دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان

راهنمای جامع اعتباربخشی ملی بیمارستانها ویرایش سال ۹۵

این سامانه تنها مرجع رسمی در ارائه فایل اصلی راهنمای اعتباربخشی می باشد.

فهرست محورها ۲

پیشگفتار ۳

ف. مدیریت و رهبری ۹
الف -۱) تیم حاکمیتی ۹
الف -۲) تیم مدیریت اجرایی ۱۷
الف -۳) بهبود کیفیت ۳۵
الف -۴) مدیریت خطا ۴۴
الف -۵) مدیریت "خطرِ حوادث و بلایا" ۵۳
الف -۶(مدیریت ایمنی بیمار .....
الف -۷(مدیریت منابع انسانی ۱۸
الف -۸(مدیریت تامین و تسهیلات اقامت ۸۹
الف -۹(مدیریت غذائی ۱۱۰
ب. مراقبت و درمان ۱۱۷
ب-۱(مراقبت های عمومی بالینی ۱۱۷
ب-۲(مراقبت های اورژانس ۱۵۳
ب-۳(مراقبت های حاد ۱۶۶
ب-۴(مراقبت های بیهوشی و جراحی ۱۷۴
ب-۵(مراقبت های مادر و نوزاد ۱۸۷
ج. مدیریت خدمات پرستاری ۲۰۳
ج-۱(مهارت سنجی و بکارگیری کارکنان پرستاری ۲۰۳
ج-۲(مدیریت مراقبت های پرستاری ۲۱۲
د. مدیریت دارو و تجهیزات ۲۲۰
د-۱(مدیریت دارویی ۲۲۰
د-۲(مدیریت تجهیزات پزشکی ۲۳۷
ه. پیشگیری و بهداشت ۲۴۶
هـ -۱(مدیریت بهداشت محیط ۲۴۶
هـ -۲(مدیریت پسماندها ۲۶۸
هـ -۳(مدیریت استریلیزاسیون ۲۸۰
هـ -۴(مدیریت خدمات رختشویخانه ۲۸۹
هـ -۵(بهداشت حرفه ای و سلامت کارکنان ۳۰۰
هـ -۶(پیشگیری و کنترل عفونت ۳۰۸
و. مدیریت خدمات پاراکلینیک ۳۲۲
و-۱(مدیریت آزمایشگاه ۳۲۲
و-۲(مدیریت تصویربرداری ۳۳۷
و-۳(مدیریت فیزیوتراپی ۳۴۲
و-۴(طب انتقال خون ۳۴۴
ز. مدیریت اطلاعات ۳۵۶
ز -۱(مدیریت اطلاعات سلامت ۳۵۶
ز -۲(فناوری اطلاعات ۳۶۹
ح. رعایت حقو ق گیرنده خدمت ۳۷۷
ح-۱(اطلاع رسانی و ارتباطات ۳۷۷
ح-۲(تسهیلات و حمایت ها ۳۸۵

پیشگفتار

پیرو ابلاغ استانداردهای نسل سوم اعتباربخشی ملی ایران، با همراهی بیش از سیصد نفر از خبرگان عرصه سلامت، اساتید دانشگاه، مدیران و کارشناسان مسئول در معاونت‌های درمان، آموزش، غذا و دارو، بهداشت، فرهنگی و دانشجویی، توسعه و منابع انسانی و همچنین مدیران، کارشناسان و صاحب‌نظران دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور، مجموعه کتاب جامع راهنمای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها تدوین گردید. امید است مجموعه پیش رو در راستای تحقق آرمان‌های اعتباربخشی در امر بهبود کیفیت خدمات و ارتقای ایمنی بیماران راه‌گشا و موثر باشد. بدیهی است این مجموعه در مسیر اعتلای کیفیت پس از اجرای یک دوره اعتباربخشی و کسب نظرات و پیشنهادات بیمارستان‌ها و دفاتر ستادی دانشگاه‌های علوم پزشکی غنی‌تر خواهد شد. در تدوین این مجموعه تلاش شده است با مشورت و راهنمایی‌های ارزشمند متخصصین در هریک از محورها ضمن صیانت از مبانی فنی، نگارش جملات به صورت موجز و حتی الامکان کوتاه و گویا صورت پذیرد. بر همین اساس توصیف گام‌های اجرای/ملاک ارزیابی در هرسنجه با استفاده از جملات کوتاه، منقطع، بدون فعل و یک خطی صورت پذیرفته است.

توضیحات کلی

راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی نسل نوین؛ در ۸ محور، ۲۴۸ استاندارد و ۹۰۳ سنجه در قالب ۲۹ مجموعه فایل الکترونیک تدوین شده است. در هریک از زیرمحورها، دستاوردهای هریک از استانداردها به منظور ارائه چشم انداز و بیان پیامد حاصل از پیاده‌سازی آن استاندارد تبیین شده است. همچنین در ذیل هر استاندارد، سنجه‌های مرتبط در چارچوب جداول یکسان معرفی و گام‌های اجرای آن از ابتدا تا پایان در محدوده مورد انتظار بیان شده است. سنجه‌ها در سه سطح الزامی، اساسی و ایده‌آل سطح بندی شده و گام‌های اجرایی به نحوی تحریر شده است که دقیقاً معادل ملاک‌های ارزیابی باشند. بدین ترتیب، هر گام، در هر سنجه یک ملاک ارزیابی است و امتیازدهی آن مستقل خواهد بود. در این شیوه، علاوه بر بیان مراحل و نحوه پیاده‌سازی، به واسطه‌ی تعیین ملاک‌های معین و شفاف، فرآیند خودارزیابی تسهیل شده و تاثیر سلیقه ارزیابان کاهش می‌یابد. همچنین در ستون روش ارزیابی و در مقابل هر گام، روش جمع‌آوری داده با سه شیوه بررسی مستند (بررسی پرونده، دستورالعمل و ...)، مصاحبه (با کارکنان یا ذینفعان و...) و مشاهده (ارزیابی عملکرد کارکنان و یا مشاهده وجود زیر ساخت‌ها) تعیین شده است. حجم جمعیت نمونه برای ارزیابی هریک از گام‌های اجرایی / ملاک ارزیابی در سامانه الکترونیک اعتباربخشی بر اساس جمعیت داده‌ها در بیمارستان‌های مختلف تعیین شده است. مجموعه کتاب جامع راهنمای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها، ابزاری یاری رسان برای مدیریان، متصدیان و مجریان بیمارستان‌ها بوده و انتظار می‌رود، مدیران ارشد ضمن تسلط کامل به تمامی محورها و استانداردهای مربوط پیاده سازی آنها را سرلوحه کاری خود قرار دهند.

در تدوین این مجموعه بیش از سیصد نفر از متخصصین انواع رشته‌های تخصصی پزشکی، پیراپزشکی، پرستاری، مامایی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، داروسازی، مهندسی تجهیزات، تاسیسات، مدیریت اطلاعات، فن‌آوری اطلاعات، بهداشت و سایر تخصص‌های مرتبط با خدمات بیمارستانی مشارکت نموده‌اند. ضمن تشکر صمیمانه از زحمات بی‌دریغ و قابل تقدیر ایشان، اسامی نویسندگان، مشاوران و همکاران تدوین این مجموعه پس از انتشار آن، در سامانه اعتباربخشی معرفی و در نسخه چاپی کتاب جامع اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها نیز که بزودی منتشر خواهد شد، به اطلاع عموم خواهد رسید.

توضیحات تکمیلی

۱. جملاتی که در ردیف توضیحات هر سنجه با علامت ستاره (*) آغاز می‌شوند، بخشی از گام‌های اجرایی / ملاک ارزیابی محسوب شده و در فرآیند خودارزیابی و ارزیابی نهایی ملاک امتیازدهی خواهند بود.

۲. جملاتی که در ردیف توضیحات هر سنجه با واژه "توصیه" آغاز می‌شوند، صرفاً به منظور ارائه پیشنهاد بیان شده و در ارزیابی نهایی نیز ملاک ارزیابی و امتیازدهی نخواهند بود.

۳. سایر توضیحات و تعاریف در ردیف توضیحات هر سنجه، جنبه آموزشی داشته و ملاک ارزیابی و امتیازدهی نخواهند بود.

۴. هدایت‌کنندگان در هر سنجه فرد/ افراد/ کمیته‌های مرتبط با گام‌های اجرایی استاندارد می‌باشند. اما جنبه توصیه دارد و هر یک از بیمارستان‌ها براساس نحوه توزیع مسئولیت یا مطابق شیوه اجرایی بومی خود، ضمن تکیه بر کار گروهی، مجاز به بازنگری فهرست هدایت کنندگان خواهند بود.

۵. براساس مطالعات انجام شده در بیمارستان‌های پایلوت بخش عمده‌ای از استانداردها در تمامی انواع بیمارستان‌ها قابل اجراء و ارزیابی است. اما برخی از استانداردها با توجه به ساختار عملکردی و نوع گرایش و ساختار تشکیلاتی، ممکن است از یک محور تا یک استاندارد و حتی سنجه غیر مرتبط و غیر قابل ارزیابی باشد. این موارد براساس نتایج پایلوت در سامانه اعتباربخشی در انواع بیمارستان‌ها تعیین شده است. اما به منظور افزایش دقت و رعایت اصل خود ارزیابی در اعتباربخشی، بایستی یک بار دیگر توسط هریک از مراکز براساس بخش‌ها/واحدهای فعال، نوع فعالیت و سطح عملکرد، مجددا براساس کتاب راهنما بررسی و سنجه‌های غیرمرتبط (غیر قابل ارزیابی) توسط هر بیمارستان در سامانه اعتباربخشی خود اظهاری شود، که در صورت تایید دانشگاه متبوع بسته ارزیابی بیمارستان، نهایی شده و مبنای خودرزیابی و ممیزی نهایی قرار خواهد گرفت. این شیوه از همکاری برای تعیین و تایید سنجه‌های غیرقابل ارزیابی با توجه به تنوع بسیار گسترده انواع بیمارستان‌ها در کشور و تفاوت‌های خرد و کلان آن‌ها به عنوان مطالبه اصلی بیمارستان‌ها در ارزیابی‌های پایلوت و جلسات کشوری، توسط مراکز مطرح گردید که در پاسخ به این مطالبه به حق، به شرح پیش‌گفت برنامه‌ریزی گردید. بنابراین اولین اقدام هریک از بیمارستان‌ها پس از دریافت نام کاربری و کلمه عبور، تایید نهایی سنجه‌های غیر مرتبط در سامانه اعتباربخشی خواهد بود.

۶. خط مشی وروش، دستورالعمل، روش‌های اجرایی، کتابچه و مجموعه‌های آموزشی و سایر مستندات زیرساختی، بایستی در شکل فایل الکترونیکی تهیه و در دسترس کارکنان قرار گیرد.

۷. نقش کمیته‌های بیمارستانی به واسطه تکیه بر کارگروهی و استفاده از خرد جمعی بسیار کلیدی و تعیین‌کننده است. ساختار و موارد مشترک کمیته‌های بیمارستانی در استاندارد الف – ۲ – ۵ با ۱۰ سنجه در محور تیم مدیریت اجرایی تبیین شده است. اما با عنایت به اهمیت کمیته‌های مختلف بیمارستانی و نقش مشارکتی آن‌ها در برنامه‌ریزی و بازنگری مدیریت، در محورهای مرتبط و در استانداردهای معین و یا در گام‌های اجرایی ایفای نقش می‌نمایند. ضمن آنکه تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های بیمارستانی در بسیاری از سنجه‌ها در ردیف هدایت کنندگان کیفیت معرفی شده و در پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی نقش برجسته‌ای ایفا می‌نمایند. بدین ترتیب توجه

ویژه مدیران ارشد به توسعه مدیریت مشارکتی و کارگروهی در تحقق استانداردهای اعتباربخشی و در مسیر اعتلای کیفیت خدمات و ارتقای ایمنی بیماران، بسیار راه‌گشا خواهد بود.

۸. موضوع وزن دهی سنجه‌ها اولین بار در نسل سوم اعتباربخشی پیش بینی شده است. این تغییر مهم نیز از مطالبات مراکز و توصیه موکد اساتید فن بود. چرا که حتی در یک استاندارد حجم عملکرد و تاثیر کیفی سنجه‌ها با هم برابر نیستند. از طرفی سنجه‌ها در سه نوع ترکیب بندی طراحی شده‌اند:

- سنجه‌های تک بعدی که صرفاً یکی از موارد زیرساختی، فرآیندی یا پیامدی را سنجش می‌نمایند.
- سنجه‌های دوبعدی که علاوه بر زیر ساخت، به فرآیند یا پیامد هم سنجش می‌نمایند.
- سنجه‌های سه بعدی که زیرساخت، فرآیند و پیامد یک استاندارد را سنجش می‌نمایند.

بنابراین هریک از محورها، زیر محورها، استانداردها، سنجه/گام‌های اجرایی وزن و ارزش اختصاصی خود را متناسب با حجم عملکرد و میزان تاثیر بر پیامدهای کیفی و ایمنی بیماران دارند. بدین ترتیب تعداد سنجه در یک محور یا زیر محور الزاماً، مبین میزان تاثیر آن محور بر امتیاز نهایی بیمارستان نخواهد بود. این اوزان در سامانه الکترونیک اعتباربخشی براساس معیارهای معین تعیین شده‌اند. بیشترین وزن به سنجه‌های ارتقاء دهنده ایمنی و کیفیت خدمات اختصاص یافته است. به عنوان مثال رعایت اصول جراحی ایمن با یک سنجه در محور مراقبت‌های بیهوشی و جراحی سنجش می‌شود. اما وزن این سنجه با توجه به ابعاد و اهمیت آن در ایمنی بیماران بالاتر از سایر سنجه‌های هم گروه می‌باشد و نمره خام بدست آمده از این سنجه، پس از تراز شدن به نمره نهایی سهم زیادی در سقف امتیاز کسب شده بیمارستان دارد.

۹. روح اصلی اعتباربخشی نسل نوین، ارتقای ایمنی بیمار است. استانداردهای که مستقیما مرتبط با ایمنی بیماران هستند از انواع بومی و یا استانداردهای توصیه شده توسط سازمان بهداشت جهانی در محورهای هشت گانه و در توالی اقدامات کیفی مربوط تعبیه شده‌اند. در واقع محور مدیریت ایمنی بیماران مجموعه‌ای از استانداردهای کیفی در تمامی محورهای اعتباربخشی است. پیام اصلی این شیوه از نگارش، ضرورت توجه به برنامه‌ها ، ملاک‌ها و نظارت‌های مرتبط با ایمنی بیمار در تمامی ابعاد اعتباربخشی و پرهیز از بخش محوری نمودن ایمنی بیماران با توجه به ابعاد متنوع آن است.

۱۰. سنجه‌ها در سه سطح الزامی، اساسی و ایده‌آل سطح بندی شده‌اند. کتاب حاضر شامل سنجه‌های الزامی و اساسی بوده و سنجه‌های ایده‌آل برای بیمارستان‌های داوطلب اخذ درجه عالی در سامانه اعلام خواهد شد. سنجه‌های الزامی، به سنجه‌هایی اطلاق می‌شود که تمامی بیمارستان‌ها ملزم به پیاده‌سازی کامل آن‌ها بوده و در صورت عدم احراز هریک از آن‌ها گواهی‌نامه اعتباربخشی مرکز صادر نخواهد شد. این سنجه‌ها کمتر از ۶٪ کل سنجه‌ها را تشکیل داده و شامل امتیازدهی نیز نخواهند بود و صرفاً احراز و عدم احراز آن‌ها ارزیابی خواهد شد. سنجه‌های اساسی، بدنه اصلی رتبه‌بندی بیمارستان‌ها را تشکیل می‌دهند و براساس امتیاز کسب شده در این سطح از سنجه‌ها، بیمارستان‌ها از درجه یک تا سه رتبه‌بندی خواهند شد. لازم به ذکر است ملاک انتخاب سنجه‌های سطح الزامی براساس الزامات قانونی و تاثیر سیستماتیک یک سنجه در کیفیت تام و ایمنی بیماران تعیین شده است.

نحوه ارزشیابی

پس از ابلاغ استانداردهای نسل نوین اعتباربخشی در تاریخ نوزدهم تیر ماه سال ۱۳۹۵، بسیاری از بیمارستان‌های کشور بر مبنای تجربه اعتباربخشی سنوات قبلی و تمرکز بر تغییرات بوجود آمده پیاده‌سازی استانداردها را به طور مستمر پیگیری نموده و اکنون با وجود کتاب جامع راهنما و رفع ابهامات احتمالی و نیز استفاده از خود ارزیابی‌های مکرر، انتظار می‌رود مسیر بهبود درون‌بخشی، بین‌بخشی و بیمارستانی در همه محورها تسریع و انشاالله منجر به آمادگی هر چه بیشتر بیمارستان‌ها برای اعتباربخشی نهایی شود.

خود ارزیابی

اولین بار فرآیند خودارزیابی با رویکرد بهبود مبتنی بر ارزشیابی داخلی در این دوره از اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران، برنامه‌ریزی شده و با مشارکت بیمارستان‌ها اجراء خواهد شد. استاندارد الف–۳ – ۶ تیم مدیریت اجرایی بیان کننده نحوه خودارزیابی بیمارستان‌ها است. بازه زمانی و تقویم خود ارزیابی نهایی از طریق دانشگاه متبوع به اطلاع مراکز خواهد رسید، بر این اساس هریک از بیمارستان‌ها طبق تقویم خود بایستی در بازه زمانی تعیین شده نسبت به بارگذاری مستندات و ارسال نهایی نتایج ارزیابی داخلی خود در سامانه اقدام نمایند. در غیر این صورت سامانه غیر فعال شده و ارزیابی نهایی ملاک اعتباربخشی این مراکز خواهد بود. از آنجا که نتایج خود ارزیابی در طراحی نقشه ممیزی نهایی بیمارستان تعیین کننده می باشد. لذا توصیه می‌شود به منظور پیشگیری از اطاله زمان ارزیابی، بیمارستان‌ها نتایج خودارزیابی را منطبق بر عملکرد واقعی بیمارستان، در سامانه ثبت و ارسال نمایند. لازم به ذکر است، دسترسی بیمارستان‌ها به سامانه اعتباربخشی، صرفاً با نام کاربری و کلمه عبور انحصاری که توسط دانشگاه متبوع تحویل رئیس/مدیرعامل بیمارستان یا نماینده وی با ابلاغ رسمی می‌شود، میسر خواهد بود.

اعتباربخشی نهایی

با توجه به اهمیت و جایگاه تاثیرگذار ارزیابان در اعتباربخشی، با استفاده از ظرفیت‌های دانشگاهی و بین المللی همزمان با بازنگری استانداردها و روش ارزیابی، برنامه تربیت ارزیان اعتباربخشی کشور در دست اجرا می‌باشد و براساس برنامه‌ریزی‌های به عمل آمده تلاش خواهد شد فرآیند ارزیابی‌های متعدد به‌صورت یکپارچه و با حضور تیم‌های مشترک در انواع استانداردهای آموزشی، دوستدار مادر، دوستدار کودک، هتلینگ، دوستدار ایمنی، ارتقاء سلامت و سایر، در قالب یک تیم حرفه‌ای، برنامه‌ریزی و اجراء شود. مدت زمان ارزیابی نهایی براساس اندازه و نوع تخصص بیمارستان از ۲ الی ۳ روز خواهد بود و تعداد نفرات ارزیاب نیز حداکثر ۶ نفر خواهند بود. با توجه به وظیفه محور بودن بسیاری از استانداردها، جمعیت نمونه برای ارزیابی سنجه/گام‌های اجرایی، متناسب با حجم عملکرد هر بیمارستان از بخش‌های مرتبط انتخاب خواهد شد. مستندات ارسالی در سامانه و قبل از انجام ارزیابی میدانی و نهایی بیمارستان، امتیاز دهی خواهد شد. لذا در روزهای اعتباربخشی نهایی ارزیابان، متمرکز عملکرد بیمارستان بوده و نیازی به ارائه مستنداتی از نوع خط مشی و روش، دستورالعمل، روش اجرایی، کتابچه‌های آموزشی و سایر موارد که در استاندارد به الکترونیکی بودن آنها تاکید گردیده، نخواهد بود.

نحوه امتیاز دهی

هریک از انواع سنجه‌های یک بعدی، دوبعدی و سه بعدی در مسیر پیاده سازی، دارای گام‌های اجرایی هستند که در سنجه‌ها به صورت اجمالی و در گام‌های اجرایی کتاب راهنما به صورت کامل بیان شده‌اند. در واقع گام‌های اجرایی، بخشی از اجزای راهنمایی برای تحقق استاندارد محسوب می‌شوند و هرگز مفهوم یک سنجه جدید مستقل را ندارند . به عنوان مثال در گام‌های اجرایی تمامی خط مشی و روش‌ها، دستورالعمل‌ها و روش‌های اجرایی، گام‌های معینی تکرار و مصادیق حداقل‌های مورد انتظار در گام‌های اجرایی بیان شده است، این شیوه از نگارش راهنما موجب کاهش تاثیر سلیقه ارزیابان و شفاف شدن انتظارات از بیمارستان خواهد شد. بر این اساس ارزیابان صرفاً در محدوده راهنما مجاز به ارزیابی هستند و تا مرز تعیین شده در راهنما کیفیت پیاده سازی استانداردها را ارزیابی می‌نمایند . در بسیاری از موارد به صورت واضح از عبارت" با تشخیص بیمارستان" استفاده شده است، که ارزیابان مجاز به ارزیابی کمیت و کیفیت این موارد نخواهند بود. براساس طراحی جدید جدول امتیازدهی، با ایجاد شفافیت در ملاک‌های ارزیابی تلاش شده است اطلاعات ارزیابی شونده و ارزیاب در خصوص ملاک‌های امتیاز دهی برابر شود. در جدول سنجه در کتاب راهنما، هریک از سنجه‌ها به یک تا چند گام تقسیم شده و هریک از این گام‌ها به عنوان ملاک ارزیابی نیز محسوب می‌شوند. لذا تفسیر ارزیابان از سایر ابعاد کمی و کیفی سنجه مجاز نخواهد بود. ضمن آنکه صرفاً ستاره‌های (*) ذکر شده در توضیحات، ملاک ارزیابی خواهند بود و سایر موارد صرفاً جنبه توصیه و آموزش دارد.

در ادوار گذشته اعتباربخشی، ارزیابان براساس جداول امتیازدهی پس از جمع بندی مستندات، مشاهدات و مصاحبه‌ها به صورت ذهنی و براساس ملاک‌های تعیین شده در جداول شبکه‌ای، از بین امتیازات صفر، یک و دو، امتیاز بیمارستان را در سامانه درج می‌نمودند. بزرگترین چالش این شیوه از ارزیابی عدم انطباق مفهومی ملاک‌ها و گام‌های اجرایی استاندارد در امتیازدهی بود که اعمال تفسیر شخصی ارزیابان را محتمل می‌ساخت. در شیوه امتیازدهی جدید، ارزیابان، صرفاً احراز و عدم احراز هریک از گام‌های اجرایی/ملاک ارزیابی را منطبق بر توالی مفهومی و اجرای استاندارد را در سامانه ثبت می‌نمایند. گام‌های اجرای و ملاک‌های ارزیابی کاملاً منطبق تدوین شده‌اند و صرفاً یک ملاک در هر گام مطرح است. لذا نمره نسبی/تاحدودی که ممکن است تفسیر پذیر باشد، در امتیازدهی گام به گام وجود ندارد.

سامانه هوشمند الکترونیک براساس مجموع امتیاز خام کسب شده ازگام‌های اجرایی هر سنجه و پس از اعمال وزن محور، زیر محور، استاندارد، سنجه/ ملاک‌های ارزیابی، نمره تراز شده نهایی هرسنجه را محاسبه می‌نماید. در پایان ارزیابی نیز، مجموع نمره تراز شده در همه محورها محاسبه و در نهایت درصد تحقق استانداردها براساس نمره نهایی و تراز شده بیمارستان نسبت به نمره تراز شده کل محاسبه و کارنامه اعتباربخشی صادر خواهد شد. لازم به ذکر است، تعداد گام‌های اجرایی ارتباطی با امتیاز سنجه ندارد. به عبارت دیگر تعداد گام‌های بیشتر بیان کننده امتیاز بیشتر آن سنجه نیست چراکه امتیاز نهایی با هر تعداد گام با احتساب امتیاز کسب شده در گام‌های مختلف آن تراز و کسری از عدد یک خواهد شد. وزن دهی سنجه‌ها در سامانه تعریف شده و با توجه به اهمیت ایمنی بیمار و بهبود کیفیت بیشترین وزن متعلق به سنجه‌هایی است که به نحوی در جهت ایمنی بیمار و بهبود کیفیت نقش موثرتری ایفا می‌نمایند. تفاوت مهم دیگر در نحوه امتیاز دهی نسبت به دوره‌های قبل اعتباربخشی تمرکز ارزیابی بر گام‌های پیامدی هر سنجه است. به نحوی که عدم کسب امتیاز گام پیامدی نتایج زیرساختی و فرآیندی را تحت تاثیر قرار خواهد داد. به عنوان

مثال در یک خط مشی تدوین اولین گام و آخرین گام عملکرد کارکنان براساس خط مشی و روش تدوین شده است و در صورت عدم احراز حداقل درصد انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش در جمعیت نمونه مورد ارزیابی، امتیاز گام‌های تدوین تا آگاهی کارکنان در سنجه نیز، لحاظ نخواهد شد. با این رویکرد، ارزیابی اعتباربخشی کاملاً عمل‌گرا بوده و زیرساخت‌ها و فرآیندها درصورت تحقق نسبی و قابل قبول پیامد امتیاز کسب خواهند کرد. به عبارت دیگر در اعتباربخشی نوین مستندات صرف، امتیازی کسب نخواهند کرد.

اعلام نتایج نهایی و رسیدگی به اعتراض‌ها

پس از انجام ارزیابی نهایی و تایید نتایج توسط کمیته اجرایی اعتباربخشی، نتایج و بازخورد ارزیابی در سامانه و با استفاده از نام کاربری و کلمه عبور بیمارستان قابل رویت خواهد بود. مدت انتظار بیمارستان‌ها برای اخذ بازخورد و صدورگواهی‌نامه بسیار کوتاه‌تر از دوره‌های گذشته برنامه‌ریزی شده است. درصورت اعتراض بیمارستان به نتایج هریک از محورها، با ذکر دلایل و ارسال مستندات مربوط در بازه زمانی معین کمیته اجرایی اعتراض‌های وارده را بررسی و در صورت تصویب، بازدید مجدد برنامه‌ریزی و در نهایت گواهی‌نامه بیمارستان صادر خواهد شد.

سخن آخر

همانگونه که تعیین گام‌های ارزشیابی برای یک کوریکولوم آموزشی برای تربیت نیروی متخصص، هدف نهایی یک کوریکولوم نیست، ارزیابی و تعیین درجه اعتبار بیمارستان‌ها، بخشی از مفهوم اعتباربخشی است. لذا انتظار می‌رود، مدیران ارشد بیمارستان، اعتباربخشی را نه به عنوان هدف بلکه به عنوان مدلی الهام بخش و ابزاری موثر برای بهبود کیفیت و ارتقای ایمنی بیماران در سرلوحه کار خود قراردهند.

الف. مدیریت و رهبری

الف –۱) تیم حاکمیتی

توضیحات کلی

- استانداردهای این محور مربوط به بخش حاکمیتی از جمله هیات امنا، شورای راهبری، مجمع یا هر گروه متناظر آن در بیمارستان است.
- در بیمارستان‌های فاقد بخش حاکمیتی، مسئولیت اجرای این محور با رئیس/ مدیر عامل/ مسئول یا پست متناظر آن خواهد بود.
- تفویض اختیارات و پاسخگویی به تمامی یا بخشی از استانداردهای تیم حاکمیتی به مدیرعامل / رئیس بیمارستان، با تشخیص اعضای تیم حاکمیتی و تنظیم صورت جلسه تفویض با امضای اعضاء و ابلاغ رسمی آن به مدیر عامل / رئیس ، منعی ندارد.
- در صورت عدم وجود سوابق تفویض فوق الاشاره، اعضای تیم حاکمیتی مسئول پیاده سازی، پاسخگویی، خودارزیابی و حضور کامل و فعال در ارزیابی نهایی بیمارستان خواهند بود.
- در بیمارستان‌هایی که تخصیص منابع انسانی، مالی و تجهیزاتی در حیطه اختیار سازمان / نهاد بالادستی است، استانداردهای مرتبط با تخصیص بودجه / تامین منابع انسانی یا تجهیزات تا مرحله بررسی، تایید و پیگیری توسط تیم حاکمیتی / مدیریت اجرایی، ارزیابی و امتیازدهی خواهد شد.
- سنجه های با سطح الزامی، شامل امتیازدهی نمی‌باشند و درصورت عدم تحقق گواهینامه اعتباربخشی بیمارستان صادر نخواهد شد.

الف	۱	۱	تیم حاکمیتی از بکارگیری پزشکان مجاز و فعالیت بیمارستان براساس مجوزهای قانونی اطمینان حاصل می‌کند.

دستاورد استاندارد

- ایفای نقش تعیین شده در سطح‌بندی خدمات سلامت در کشور توسط بیمارستان با رعایت حدود فعالیت و قوانین مرتبط
- انطباق مستمر عملکرد بیمارستان با قوانین و مقررات در چهار حیطه پروانه‌های قانونی، بخش‌های فعال، بکارگیری کارکنان و تجهیزات مجاز
- ارائه خدمات با استفاده از پزشکان مجاز با پروانه معتبر و بدون موانع قانونی در بیمارستان
- فعالیت پزشکان مجاز صرفا در فعالیت‌های مجاز درمانی مرتبط با رشته تحصیلی خود
- بکارگیری پرستاران ذیصلاح و فارغ التحصیل از دانشگاه‌های کشور و مورد تایید وزارت بهداشت

سنجه ۱. تیم حاکمیتی درخصوص به روز رسانی پروانه بهره‌برداری بیمارستان برابر قوانین وزارت بهداشت[1] اقدام نموده و بیمارستان دارای مجوز/پروانه بهره‌برداری معتبر است.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود پروانه بهره‌برداری اخذ شده از کمیسیون قانونی وزارت بهداشت	بررسی مستند
۲	وجود تاریخ معتبر در پروانه بهره‌برداری *	بررسی مستند
توضیحات	*مستندات و سوابق ارسال پروانه و ارائه کپی پروانه ارسالی و تاییدیه دانشگاه در خصوص تاریخ اعتبار پروانه بهره‌برداری قابل قبول است. مجوز فعالیت موقت بیمارستان با تاریخ معتبر که مورد تایید وزارت بهداشت باشد، قابل قبول است.	
هدایت کننده	تیم حاکمیتی	

[1] وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در این مجموعه باختصار وزارت بهداشت بیان می‌شود.

سنجه ۲. هرگونه توسعه یا تغییر کاربری و تعداد بخش‌ها / واحدهای پاراکلینیک و تعداد تخت‌های فعال بیمارستان با رعایت قوانین و براساس پروانه بهره‌برداری است، و تیم حاکمیتی بر این امر نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انطباق مشخصات بخش‌های درمانی و تشخیصی فعال در بیمارستان با پروانه تاسیس/ مجوز بهره برداری*	بررسی مستند و مشاهده
۲	هم‌خوانی تعداد کل تخت فعال بیمارستان حداکثر تا سقف تعداد تخت مصوب مندرج در پروانه تاسیس/ مجوز بهره برداری	بررسی مستند
توضیحات	*هرگونه افزایش بخش یا تغییر کاربری با اطلاع و مجوزهای سطح بندی، ملزم به تایید دانشگاه علوم پزشکی/ وزارت بهداشت است.	
هدایت کننده	تیم حاکمیتی	

سنجه ۳. تیم حاکمیتی پیش از هرگونه توسعه تجهیزاتی که ملزم به اخذ مجوز قانونی از وزارت بهداشت است در خصوص اخذ مجوزهای قانونی اقدام می‌نماید و تجهیزات بیمارستان دارای مجوزهای قانونی معتبر از وزارت بهداشت است.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود مجوزهای قانونی برای تجهیزات* مشمول اخذ مجوز، از دانشگاه علوم پزشکی/ وزارت بهداشت طبق نظام سطح بندی	بررسی مستند و مشاهده
۲	وجود مجوزهای قانونی برای تجهیزات مشمول اخذ مجوز، از سازمان انرژی اتمی	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	*موافقت اصولی و مجوز بهره‌برداری بایستی از کمیسیون ماده ۲۰ اخذ شود. ضمن آنکه موافقت اصولی جایگزین پروانه بهره‌برداری نمی‌باشد. ***فهرست تجهیزات مشمول سطح بندی*** ○ انواع CT SCAN و CT SIMOLITOR ○ انواع MRI (شامل MRI اندامی) ○ انواع PET-MRI, PET.CT.SPECT ,PET-CT ,PET ○ Cyclotron ○ شتاب دهنده‌های خطی، Brachytherapy، Cyber Knife.Gamma Knife ،IORT ○ CT SPECT ,GAMMA CAMERA ,SPECT ○ سنگ شکن برون اندامی ○ سنجش تراکم استخوان ○ CBCT ○ excimer laser ○ femtosecond lasers و Femto cataract ○ سیستم‌های آنژیو گرافی	
هدایت کننده	تیم حاکمیتی	

سنجه ۴. تیم حاکمیتی در خصوص بکارگیری پزشکان و شاغلین حرف وابسته که ملزم به دارا بودن مجوزهای قانونی فعالیت می‌باشند، نظارت نموده و افراد غیر مجاز از منظر قوانین اشتغال پزشکان و حرف وابسته بکارگیری نمی‌شوند.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بکارگیری پزشکان با مدرک مورد تایید وزارت بهداشت	بررسی مستند و مشاهده
۲	مجوز مطب/ فعالیت پزشکان در محل جغرافیایی استقرار بیمارستان از سازمان نظام پزشکی بدون منع قانونی *	بررسی مستند
۳	بکارگیری پرستاران با مدرک مورد تایید وزارت بهداشت	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* بکارگیری پزشکان و شاغلین حرف وابسته در موارد ذیل منع قانونی دارد: ۱. بکارگیری دانشجویان پزشکی و پرستاری به عنوان پرستار یا پزشک در مراکز غیر آموزشی ۲. بکارگیری دستیاران تخصصی یا فلوشیپ‌های مشغول تحصیل در مراکز غیر آموزشی ۳. بکارگیری پزشکان و پرستاران مشمول تعهدات قانونی (ضریب کا و تمام وقت جغرافیایی) در بیمارستان‌های خارج از محل خدمت، به استثنای مواردی که با مجوزهای رسمی وزارت بهداشت و در مناطق محروم تفاهم نامه همکاری با سازمان ها و نهادهای عمومی در این زمینه عقد می‌شود. بدیهی است هرگونه فعالیت پزشکان و پرستاران مشمولان تعهدات قانونی در بخش خصوصی مطلقا ممنوع می‌باشد. ۴. بکارگیری پزشکان فارغ التحصیل خارج از کشور بدون وجود مستندات تاییدیه مدارک و مجوز طبابت از وزارت	
هدایت کننده	تیم حاکمیتی	

الف | ۱ | ۲ | سیاست‌های اصلی و ماموریت بیمارستان ابلاغ شده و برنامه‌های بیمارستان براساس آن تدوین می‌شود.

دستاورد استاندارد

- جهت‌گیری و تعیین روال‌های از پیش تعیین شده در مباحث کلان بیمارستان مبتنی بر سیاست های بالا دستی
- پیش‌بینی راهکارهای کلان برای جلب رضایت و مشارکت ذینفعان کلیدی (بیماران/ همراهان، کارکنان، بیمه‌های طرف قرارداد و ...)
- پیش‌بینی راهکارهای کلان برای ارتقای ایمنی بیمار، مدیریت خطا و خطر و بهبود مستمر کیفیت
- پیش‌بینی راهکارهای کلان برای جذب و بکارگیری و توانمند سازی نیروی انسانی
- پیش‌بینی راهکارهای کلان برای جلب مشارکت سازمان‌های مردم نهاد و خیرین، تامین کنندگان مالی، سازمان‌های مرتبط، سهامداران و سایر
- کسب اطمینان از دستیابی به نتایجی متوازن و همسو با سیاست‌های اصلی بیمارستان

سنجه ۱. تیم حاکمیتی، سیاست‌های اصلی را به منظور دستیابی به اهداف کلان و تحقق ماموریت، تدوین و به اطلاع ذینفعان کلیدی می‌رساند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی و تدوین سیاست‌های اصلی*	بررسی مستند
۲	تبعیت و همسویی سیاست‌های اصلی بیمارستان با سیاست‌های بالا دستی	بررسی مستند
۳	تعیین ذینفعان کلیدی هریک از سیاست‌های اصلی	مصاحبه
۴	اطلاع رسانی سیاست‌های اصلی به ذینفعان کلیدی**	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*سیاست‌های اصلی به منظور جهت‌گیری و تعیین روال کاری و اولویت‌های بیمارستان برای اجرای منسجم وظایف، تدوین می‌شوند. سیاست‌های اصلی می‌تواند بر اساس اسناد بالا دستی بیمارستان تعیین شود. ** ذینفعان کلیدی مخاطب هر یک از سیاست‌های اصلی بیمارستان، گروهی از ذینفعان هستند که در پیامد نهایی حاصل از اعمال آن سیاست در فعالیت‌های بیمارستان تاثیرگذار هستند این گروه‌ها توسط تدوین کنندگان سیاست، تعیین می‌شوند. روش اطلاع رسانی با تشخیص تیم حاکمیتی بوده و ملاک ارزیابی آن صرفا آگاهی ذینفعان تعیین شده است. سیاست‌های اصلی بیمارستان چارچوب برنامه ریزی‌های تیم مدیریت اجرایی و هدایت‌گر برنامه‌ها و رفتار سازمانی است.	
هدایت کننده	تیم حاکمیتی	

سنجه ۲. تیم حاکمیتی، سند استراتژیک و برنامه‌های پیشنهادی تیم مدیریت اجرایی را از نظر انطباق با سیاست‌های اصلی و ماموریت بیمارستان بررسی نموده و ابلاغ می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی و تصویب سند استراتژیک در جلسات تیم حاکمیتی*	بررسی مستند
۲	ابلاغ سند استراتژیک به بخش‌ها / واحدها	بررسی مستند
۳	بررسی و تصویب برنامه‌های عملیاتی در جلسات تیم حاکمیتی	بررسی مستند
۴	ابلاغ برنامه عملیاتی به بخش‌ها/ واحدهای مرتبط	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*تیم مدیریت اجرایی سند استراژیک بیمارستان و برنامه‌های عملیاتی را بدون مغایرت با سیاست‌های اصلی و ماموریت بیمارستان تدوین نموده و جهت بررسی، تصویب و ابلاغ به تیم حاکمیتی ارائه می‌نماید. در صورت وجود هرگونه مغایرت، تیم حاکمیتی با مشارکت تیم مدیریت اجرایی برنامه‌ها را بازنگری، در صورت لزوم اصلاح و پس از تصویب، ابلاغ می‌نماید.	
هدایت کننده	تیم حاکمیتی	

سنجه ۳. تیم حاکمیتی بر اجرای برنامه‌های ابلاغ شده و دستیابی به نتایج متوازن، نظارت می‌نماید و گزارش‌های ارسالی را در فواصل زمانی مشخص بررسی و در صورت نیاز، اصلاحات مربوط را اعمال می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	گزارش مسئولان پایش هریک از برنامه‌ها درخصوص پیشرفت برنامه‌های بیمارستان به تیم حاکمیتی	بررسی مستند و مصاحبه
۲	بررسی پیشرفت برنامه‌های بیمارستان حداقل سه ماه یکبار توسط تیم حاکمیتی	بررسی مستند
۳	تسلط تیم حاکمیتی به میزان پیشرفت و نتایج بدست آمده از اجرای برنامه‌ها	مصاحبه
۴	انجام مداخله اصلاحی در هدایت، پیشرفت و اخذ نتایج متوازن در برنامه‌ها	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* فواصل زمانی حداقل سه ماه یک بار است. منظور از برنامه‌های ابلاغ شده کلیه برنامه‌های اجرایی بیمارستان (اعم از برنامه عملیاتی،بهبود کیفیت و ...) است منظور از نتایج متوازن در برنامه‌ها این است که بیمارستان تمامی برنامه‌های عملیاتی را بدون تقدم و تأخر و بر اساس زمان‌بندی پیش‌بینی شده، برنامه‌ها در سرلوحه کار خود قرار داده و نتایج آن‌ها را پایش نموده و در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آورد.	
هدایت کننده	تیم حاکمیتی	

الف | ۱ | ۳ | تیم حاکمیتی بیمارستان از تأمین و تخصیص منابع جهت انجام برنامه‌های مصوب، اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- اثر بخشی برنامه‌های تدوین شده
- اولویت بخشی در تخصیص بودجه‌ها به برنامه‌های دارای اولویت ارتقای ایمنی بیماران، بهبود کیفیت
- تخصیص بودجه مورد نیاز برای اجرای برنامه‌های توسعه و توانمندسازی کارکنان
- ترویج فرهنگ برنامه محوری در بیمارستان با حمایت‌های تیم حاکمیتی

سنجه ۱. برنامه‌های پیشنهادی تیم مدیریت اجرایی توسط تیم حاکمیتی تصویب و بودجه مورد نیاز تخصیص یافته است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تخصیص بودجه مورد نیاز برنامه‌های تیم مدیریت اجرایی پس از تصویب برنامه و بودجه آن توسط تیم حاکمیتی	بررسی مستند
۲	تامین بودجه برنامه‌های تصویب شده*	بررسی مستند و مصاحبه
۳	پیش‌بینی سازوکاری برای تامین بودجه‌های فوری جهت برنامه‌های بهبود کیفیت ضروری به تشخیص تیم مدیریت اجرایی	مصاحبه
توضیحات	*در شرایط غیر مترقبه و عدم تامین به موقع منابع مالی جهت برنامه‌های مصوب، بازنگری مدون برنامه توسط تیم مدیریت اجرایی و تایید تیم حاکمیتی قابل قبول است.	
هدایت کننده	تیم حاکمیتی	

سنجه ۲. عملکرد بیمارستان بیانگر اولویت بخشی به تخصیص بودجه جهت برنامه‌های ارتقای ایمنی بیمار و بهبود کیفیت است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اولویت تصویب و تخصیص بودجه مورد نیاز برنامه‌های ارتقای ایمنی بیمار و بهبود کیفیت در مقایسه با سایر برنامه‌ها*	بررسی مستند
۲	اولویت تخصیص بودجه به برنامه‌های ایمنی بیمار و بهبود کیفیت در مستندات مالی در مقایسه با سایر برنامه‌ها	بررسی مستند
۳	تصویب و تخصیص بودجه مورد نیاز برنامه‌های ارتقای ایمنی بیمار و بهبود کیفیت در سال گذشته	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*اولویت بخشی به برنامه‌های ارتقای ایمنی و بهبود کیفیت از قدرالسهم انواع برنامه‌ها از بودجه سالیانه توسط تیم حاکمیتی قابل تحلیل است.	
هدایت کننده	تیم حاکمیتی	

سنجه ۳. بودجه سالانه برای آموزش کارکنان با توجه به اولویت‌های تعیین شده تخصیص یافته است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تایید اولویت‌بندی برنامه‌های آموزش کارکنان توسط تیم حاکمیتی*	بررسی مستند
۲	تخصیص بودجه مورد نیاز برنامه‌های مصوب آموزش کارکنان براساس اولویت‌بندی صورت پذیرفته**	بررسی مستند
۳	تصویب و تخصیص بودجه مورد نیاز تمامی برنامه‌های مصوب آموزش کارکنان در سال گذشته	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*تیم مدیریت اجرایی برنامه‌های آموزشی را براساس اهمیت و در قالب یک فهرست اولویت‌بندی شده به تیم حاکمیتی ارائه، و تیم حاکمیتی فهرست نهایی برنامه‌های آموزشی را تصویب می‌نماید. **تیم مدیریت اجرایی، منابع مورد نیاز اجرای برنامه‌های آموزشی یک‌ساله بیمارستان را اعم از مدرس، امکانات و تسهیلات را برای هر یک از دوره‌های آموزشی برآورد نموده و به فهرست اولویت‌بندی شده برنامه‌ها الحاق نموده است.	
هدایت کننده	تیم حاکمیتی / تیم مدیریت اجرایی	

مقدمه ای بر استانداردهای ارتقای سلامت

ارتقای سلامت، یکی از علوم جدید اما کاربردی در حوزه سلامت است که امروزه بیش از پیش به آن توجه می‌شود. در واقع در یک تعریف ساده، ارتقای سلامت عبارت است از "فرآیند توانمندسازی مردم در شناخت و کنترل عوامل تاثیرگذار بر سلامت فردی و اجتماعی و تصمیم گیری صحیح در انتخاب رفتارهای سلامت محور و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم"

"ارتقای سلامت، علم و هنر کمک به مردم برای تغییر شیوه زندگی‌شان برای داشتن یک وضعیت سلامت پایدار است."

بیمارستان‌ها به عنوان یکی از مهمترین مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، بایستی نقش خود را در ارتقای سلامت تعیین نموده و در این خصوص مسئولیت پذیر و پاسخگو باشند. در همین راستا استانداردهای جامع ارتقای سلامت در بسته مستقلی تدوین شده و برای بیمارستان‌های دوستدار ارتقای سلامت قابل اجرا می‌باشد. اما نسل سوم اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها به واسطه اهمیت موضوع پیشگیری و ارتقای سلامت، فعالیت‌های مرتبط با ارتقای سلامت بیماران و کارکنان را برای تمامی بیمارستان‌ها، و محورهای تغییر سازمان به مکانی جهت ارتقای سلامت و مشارکت فعال در ارتقای سلامت جامعه در محیط بیمارستان را برای بیمارستان‌های متقاضی اخذ درجه عالی مدنظر قرار داده است.

اولین قدم برای طراحی یک برنامه ارتقای سلامت، ارزیابی نیازها می باشد. به عبارت دیگر تشخیص نیازها و اولویت‌ها باعث می‌شود تا دید واضحی در مورد نیازهایی که منجر به تهیه برنامه ارتقای سلامت می‌شود، ارائه گردد. به علاوه این که به وسیله ارزیابی نیازها می‌توان به راحتی اولویت‌های منطبق با نیازهای گروه‌های هدف برای برنامه‌های ارتقای سلامت را مشخص کرد.

فرهنگ مشارکت، فاکتور حیاتی در موفقیت برنامه‌های ارتقا دهنده سلامت در ساختار و فرهنگ بیمارستانی است و نیازمند برنامه‌ریزی‌های میان‌مدت و درازمدت است. بیمارستان بایستی از طریق مشارکت کارکنان در سلامت، تخصیص بودجه ویژه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، استفاده از راهبردهای اطلاع رسانی مانند پمفلت و سمینارهای سالیانه و نیز آموزش‌های خاص بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت استفاده نماید.

الف	۱	۴	بیمارستان در جهت پیشگیری و ارتقای سلامت اقدام می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- افزایش اثربخشی درمان و مراقبت از طریق بهبود روش زندگی بیماران
- توسعه فرهنگ پیشگیری در سطح بیمارستان و ایفای نقش بیمارستان در ارتقای سلامت کارکنان
- تقویت انگیزش کارکنان در ایفای نقش سازمانی خود
- مشارکت بیمارستان در کاهش سرانه هزینه‌های سلامت کشور از طریق پیشگیری و ارتقای سلامت

سنجه ۱. خط مشی و روش "مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه بیمار" با حداقل‌های مورد انتظار و با مشارکت ذینفعان تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☑ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۲	شناسایی و مشارکت ذینفعان*	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست‌های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	نحوه ارزیابی سیستماتیک نیازهای انجام فعالیت‌های ارتقای سلامت بیماران در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	نحوه ارائه اطلاعات شفاف، قابل فهم درباره وضعیت واقعی، درمان، مراقبت و عوامل تاثیرگذار بر سلامت، به بیماران در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	پیش‌بینی فعالیت‌های ارتقای سلامت برای بیماران با استفاده از استانداردهای دوستدار ارتقای سلامت، در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	تعیین مسئول پیگیری برنامه‌های ارتقای سلامت بیماران**	بررسی مستند
۱۱	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش اجرایی	بررسی مستند
۱۲	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش اجرایی	مصاحبه
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش و عرضه فعالیت‌های ارتقای سلامت به تمامی بیماران	مشاهده

توضیحات	*حداقل شامل مسئولان ارتقای سلامت حوزه معاونت بهداشتی، تیم مدیریت اجرایی، مسئول واحد تغذیه، بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای، نماینده پزشکان مرتبط، نمایندگان بخش‌ها/ واحدهای مرتبط، واحدهای پاراکلینیک، توانبخشی، کنترل عفونت، نماینده بیماران و همراهان بیمار و سایر افراد به تشخیص بیمارستان باشند. **با تشخیص بیمارستان از بین کارکنان درمانی انتخاب می‌شود. توصیه ۱. آموزش و مشاوره سبک زندگی سالم، ترک سیگار و الکل، تغذیه و رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی توصیه ۲. آموزش و مشاوره به ویژه برای بیماران قلبی، ریوی مزمن، آسمی، دیابتی، سرطانی، سکته مغزی، اختلالات روانپزشکی و جراحی
هدایت کننده	تیم حاکمیتی

سنجه ۲. خط مشی و روش "مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه کارکنان" با حداقل‌های مورد انتظار و با مشارکت ذینفعان تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☑ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین خط مشی و روش*	بررسی مستند
۲	شناسایی و مشارکت ذینفعان ** و صاحبان فرآیند	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست‌های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی منابع، امکانات مورد نیاز	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	نحوه ارزیابی سیستماتیک نیازهای فعالیت‌های ارتقای سلامت کارکنان در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	نحوه توانمندسازی کارکنان در جهت خود مراقبتی، مدیریت بیماری‌های شغلی، توسعه شیوه زندگی در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	پیش‌بینی فعالیت‌های ارتقای سلامت با استفاده از استانداردهای دوستدار ارتقای سلامت برای کارکنان در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	تعیین مسئول پیگیری برنامه‌های ارتقای سلامت کارکنان در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۱	ابلاغ خط مشی و روش به صورت فایل الکترونیک	بررسی مستند
۱۲	آگاهی کارکنان از برنامه‌های ارتقای سلامت کارکنان در بیمارستان	مصاحبه
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان مجری با خط مشی و روش ارتقای سلامت کارکنان	مشاهده
توضیحات	*حداقل شامل مسئولان ارتقای سلامت حوزه معاونت بهداشتی، تیم مدیریت اجرایی، مسئول واحد تغذیه، مسئول بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، نماینده پزشکان مرتبط، نمایندگان بخش‌ها/ واحدهای مرتبط، واحدهای پاراکلینیک، توانبخشی، و سایر افراد به تشخیص بیمارستان ** با تشخیص بیمارستان از بین کارکنان توصیه ۱. تثبیت محیط کاری سالم، ایمن و حمایت از فعالیت‌های ارتقای سلامت کارکنان توصیه ۲. راهبرد جامع منابع انسانی از جمله توسعه و آموزش کارکنان در مورد مهارت‌های ارتقای سلامت	
هدایت کننده	تیم حاکمیتی	

الف | ۱ | ۵ | بیمارستان از مشخص بودن ارتباط سازمانی و پاسخگویی مدیران و مسئولان در حیطه وظایف شان اطمینان حاصل می‌کند.

دستاورد استاندارد

- افزایش کارآمدی سازمان به واسطه توزیع مسئولیت‌ها با ترکیب بندی سطوح پاسخگویی در بیمارستان
- افزایش مسئولیت پذیری و پاسخگویی مدیران/ مسئولان

سنجه ۱. نمودار سازمانی با روابط و سطوح مسئولیت‌ها و اختیارات در بیمارستان تدوین و ابلاغ شده و ارتباط سازمانی براساس آن برقرار است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین نمودار سازمانی با رعایت سطوح ارتباطات	بررسی مستند
۲	ابلاغ نمودار سازمانی به بخش‌ها / واحدها	بررسی مستند
۳	انطباق عملکرد با روابط و سطح مسئولیت کارکنان در نمودار سازمانی*	مصاحبه
توضیحات	*نمودار سازمانی صرفا یک جدول معرفی مسئولان و اعضای سازمان نیست. بلکه معرف توزیع ساختارمند مسئولیت‌ها در بیمارستان است. لذا تطابق این نمودار با عملکرد واقعی مدیران/ مسئولان مد نظر است. توصیه ۱. قوانین و مقررات سازمان‌های بالا دستی مد نظر قرار گیرد و از ایجاد سِمت‌های مغایر قوانین بالادستی خودداری شود. توصیه ۲. طراحی نمودار سازمانی به نحوی باشد که تداخل اختیارات و حدود مسئولیت‌ها بروز نکند.	
هدایت کننده	تیم حاکمیتی و تیم مدیریت اجرایی	

سنجه ۲. تیم حاکمیتی، براساس گزارش‌های دریافتی از تیم مدیریت اجرایی و بررسی‌های میدانی از شفافیت جریان اطلاعات و پاسخگو بودن مدیران و مسئولان بیمارستان به بیماران/خانواده آنها و کارکنان اطمینان حاصل می‌کند و در صورت لزوم تصمیمات اصلاحی خود را ابلاغ می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اخذ گزارش تحلیلی پایش شاخص‌های عملکردی بخش‌ها / واحدها حداقل هر سه ماه یک بار از تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۲	اخذ گزارش تحلیلی رضایت سنجی از بیماران/ خانواده بیماران، حداقل هر شش ماه یک بار از تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۳	اخذ گزارش تحلیلی رضایت سنجی از کارکنان حداقل هر شش ماه یک بار به تیم حاکمیتی از تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۴	بررسی گزارش‌های دریافتی در خصوص عملکرد بیمارستان و رضایت بیماران و کارکنان در جلسات تیم حاکمیتی	بررسی مستند
۵	انجام بازدید توسط تیم حاکمیتی به صورت میدانی و دوره‌ای از بخش‌ها/ واحدها به منظور ارزیابی عملکرد و پاسخگویی مسئولان	مصاحبه
۶	اخذ تصمیمات اصلاحی در موارد عدم انطباق عملکرد روسا/ مسئولان با انتظارات سازمانی و ابلاغ آن به تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
توضیحات	*اهداف بازدیدهای میدانی(حضور تیم حاکمیتی در بخش‌ها / واحدها) شامل موارد ذیل است: • ارزیابی کیفیت پاسخگویی و مسئولیت پذیری روسا/ مسئولان بخش‌ها و واحدها به نیازهای بیماران و همراهان آن‌ها • ارزیابی نحوه پاسخگویی به نیازهای بیماران و ارائه توضیحات به خانواده بیمار توسط پزشک و پرستاران • رعایت منشور حقوق بیماران توسط روسا/ مسئولان بخش‌ها / واحدها و کارکنان آن‌ها • رعایت عدالت و رفتار احترام آمیز در برخورد با کارکنان توسط روسا / مسئولان بخش‌ها و واحدها توصیه ۱. بر گزاری جلسات ملاقات حضوری با روسا/ مسئولان بخش‌ها و واحدها و گوش فرا دادن به مشکلات آن‌ها توصیه ۲. برگزاری جلسات ملاقات حضوری با کارکنان و گوش فرا دادن به مشکلات آن‌ها	
هدایت کننده	تیم حاکمیتی و تیم مدیریت اجرایی	

الف– مدیریت و رهبری

الف –۲) تیم مدیریت اجرایی

جایگاه تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های بیمارستانی

هدف از تشکیل تیم مدیریت اجرایی، تقویت سامانه‌های تصمیم سازی مبتنی بر اطلاعات پردازش شده به جایگزینی مدیریت امری و مبتنی بر تجربه‌های فردی است. بیمارستان سازمانی پیچیده و پر خطر است و اداره موفق آن وابسته به مدیریت و رهبری هوشمند، ترویج کارِ گروهی و استفاده از خرد جمعی است. تیم مدیریت اجرایی براساس استانداردهای اعتباربخشی و با مشارکت کمیته‌های بیمارستانی در تعیین نقش‌های اجرایی هریک از مدیران، مسئولان بخش‌ها / واحدها برنامه‌ریزی و نظارت می‌نماید. اهم وظایف تیم مدیریت اجرایی، برنامه ریزی و مدیریت منابع در مسیر کارایی بیشتر، پاسخگویی به ذینفعان، ارتقای کیفی خدمات و بهبود ایمنی بیماران است.

براساس استانداردهای اعتباربخشی علاوه بر سند استراتژیک و برنامه‌ریزی‌های عملیاتی و بهبود کیفیت، بخش عمده‌ای از اطلاعات مجریان شامل نتایج ارزیابی‌های عملکرد بخش‌ها / واحدها و کمیته‌های بیمارستانی، در بستر تیم مدیریت اجرایی به تصمیم سازی‌های مهم و مداخلات اصلاحی منجر می‌شود. همچنین فرآیندهای مهم ایمنی بیمار، مدیریت منابع انسانی، اقتصاد درمان، مدیریت مالی و سایر ابعاد مدیریت اجرایی نیز در دستور کار مستقیم تیم مدیریت اجرایی است، لذا تعداد جلسات و ترکیب اعضای موقت و مشورتی با رعایت حداقل الزامات[۱]، با توجه به نوع، اندازه و ابعاد عملکرد بیمارستان با تشخیص رئیس/ مدیر عامل بیمارستان و تیم مدیریت اجرایی تعیین می‌شود. حذف اعضای تیم مدیریت اجرایی یا تشریفاتی نمودن جلسات آن و هدایت تصمیم‌گیری‌ها توسط فرد یا سایر تشکیلات مانند هیات رئیسه/شورای مدیران/شورای معاونین/شورای اداری و یا هر عنوان دیگر به جایگزینی تیم مدیریت اجرایی، موجب آسیب کیفی به ساختار مدیریت و رهبری و حذف امتیازات این محور در ارزشیابی بیمارستان می‌شود.

عمل گرایی و تمرکز بر نتایج واقعی و عینی عملکرد بیمارستان مد نظر نسل نوین اعتباربخشی بیمارستان‌ها است. بر همین اساس، رعایت الزامات عمومیِ برگزاری جلساتِ تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های بیمارستانی[۲]، صرفا پیش نیاز فرآیند تصمیم‌گیری است و موفقیت بیمارستان، بر مبنای تصمیم سازی مبتنی بر شواهد، خرد جمعی و نگرش سیستمی در این جلسات ارزیابی خواهد شد. ملاک‌های ارزیابی این مهم در گام‌های اجرایی بسیاری از استانداردها مطرح شده اند که نقش تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های بیمارستانی در برنامه ریزی و هدایت عناصر کیفی سازمان ارزیابی می‌شود. بنابراین چند استاندارد محدود و مستندیابی درخصوص برگزاری جلسات ملاک ارزیابی عملکرد تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های بیمارستانی نخواهد بود. لذا نگرش سیستمی مدیران در تحقق استانداردهای اعتباربخشی راه‌گشا خواهد بود.

در نسل نوین اعتباربخشی، دفتر بهبود کیفیت به نحوی مسئول آشکارسازی وضعیت واقعی بیمارستان است. نظارت این دفتر بر عملکرد کمیته‌های بیمارستانی و محوریت در ارزیابی عملکرد فرآیندی و پیامدی و سنجش میزان تحقق برنامه‌های عملیاتی، بهبود کیفیت بیمارستان، موید اهمیت این دفتر است. لذا توصیه می‌شود، این دفتر مستقیما تحت نظارت رئیس / مدیر عامل فعالیت نماید.

کمیته پایش و سنجش کیفیت در واقع کمیته الحاقی به تیم مدیریت اجرایی است چرا که مسئولیت پردازش اطلاعات حاصل از کمیته‌های بیمارستانی، نتایج شاخص‌های سه گانه (فرایندی، پیامدی و برنامه ای) و رضایتمندی ذینفعان را بر عهده دارد. در واقع حلقه برنامه ریزی، اجرا، ارزیابی و بازنگری با فعالیت دقیق، حرفه‌ای و اثربخش کمیته پایش و سنجش کامل خواهد شد و تصمیمات مداخله‌ای تیم مدیریت اجرایی، در بسیاری از موارد مبتنی بر اطلاعات پردازش شده در این کمیته طراحی می‌شود. لذا انتظار می‌رود، مدیران ارشد به ویژه مدیر بیمارستان و مدیر پرستاری در این کمیته نقش فعالی ایفا نمایند.

ارتقای جایگاه مسئول فنی بیمارستان به عنوان عضو تیم مدیریت اجرایی و مسئول ایمنی بیمارستان در اعتباربخشی نسل نوین، به منظور تقویت نظارت پیشگیرانه به عنوان ضرورتی مهم و اثر گذار در امر پیشگیری و کنترل قصور پزشکی و صیانت از ایمنی و حقوق بیماران است.

- سنجه های با سطح الزامی، شامل امتیازدهی نمی‌باشند و درصورت عدم تحقق گواهینامه اعتباربخشی بیمارستان صادر نخواهد شد.

[۱] استاندارد الف -۲-۱ سنجه ۱

[۲] استاندارد الف-۲-۱سنجه ۱ و استاندارد الف-۲-۵ سنجه ۱

الف	۲	۱	تیم مدیریت اجرایی بیمارستان تشکیل شده و نحوه فعالیت و تصمیم‌گیری آن مدون و مبتنی بر تحلیل نتایج عملکردی است.

دستاورد استاندارد

- انسجام و هماهنگی مدیران ارشد در تصمیم‌گیری
- اخذ تصمیمات مبتنی بر واقعیت و مصلحت به واسطه بررسی اطلاعات پردازش شده از محیط اجرایی بیمارستان
- ترویج فرهنگ کار تیمی و تکیه بر خرد جمعی
- تسهیل و تسریع در اجرای تصمیمات با توجه به مشارکت ذینفعان در فرآیند تصمیم سازی
- بهبود هزینه اثربخشی با توجه به جریان اطلاعات در تیم مدیریت اجرایی و دوری از تصمیمات فردی و مبتنی بر تجربه شخصی مدیران

سنجه ۱. تیم مدیریت اجرایی حداقل با عضویت متصدیان/مسئولان اجرایی ذیل در بیمارستان تشکیل و همه اعضاء در جلسات، مشارکت فعال دارند.
ریاست / مدیریت عامل -معاونت آموزشی - معاونت درمان - مدیریت - مدیریت پرستاری - مسئول فنی- واحد امور مالی- واحد منابع انسانی -دفتر بهبود کیفیت- واحد فناوری اطلاعات

سطح سنجه	☑ الزامی	☐ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	ابلاغ عضویت تمامی اعضاء طبق استاندارد در تیم مدیریت اجرایی*	بررسی مستند
۲	مشارکت فعال **و حضور اعضا در جلسات تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات	*با توجه به عناوین شغلی و ساختارهای سازمانی متنوع در انواع بیمارستان‌ها، تطبیق کامل اعضای تیم مدیریت اجرایی با عناوین ذکر شده در متن استاندارد الزامی نیست. مبنای انتخاب پست متناظردر هریک از اعضا چارت تشکیلاتی بیمارستان می‌باشد. اما مسئول / مسئولان جایگزین بایستی دارای وظایف معادل متصدیان /مسئولان اجرایی متناظر خود در تیم مدیریت اجرایی باشند. رعایت موارد ذیل الزامی است: ۱. در صورت وجود متصدیان/مسئولان اجرایی ذکر شده در متن استاندارد در بیمارستان، جایگزینی افراد متناظر مغایر استاندارد است. ۲. عضویت سایر مسئولان در صورت تشخیص رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، علاوه بر اعضای الزامی، منعی ندارد. ۳. سرپرستی تیم مدیریت اجرایی بر عهده رئیس / مدیر عامل بیمارستان است و برای ایشان ابلاغ مجزایی لازم نیست. ۴. نحوه اداره جلسه، مشارکت افراد و تصمیم‌های اخذ شده براساس صورت جلسات، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد ** نام خانوادگی و امضای اعضا در صورتجلسات به تنهایی موید مشارکت فعال آنها در جلسات تیم مدیریت اجرایی نیست و مشارکت آنها در اخذ تصمیمات و اجرای آنها بیان گر مشارکت فعال اعضای تیم مدیریت اجرایی است.
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل بیمارستان

سنجه ۲. تیم مدیریت اجرایی به صورت منظم و مدون جلسات را برگزار نموده و مصوبات آن موید تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات پردازش شده از نتایج شاخص‌های فرآیندی/عملکردی/برنامه‌ای، مصوبات کمیته‌های بیمارستان و سایر موارد به تشخیص تیم مدیریت اجرایی است.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تشکیل جلسات تیم مدیریت اجرایی مطابق آیین‌نامه داخلی*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	اخذ تصمیمات مبتنی بر اطلاعات پردازش شده **	بررسی مستند
۳	استفاده از نتایج سنجش و ارزیابی شاخص‌های فرآیندی/عملکردی/برنامه‌ای	بررسی مستند
۴	استفاده از مصوبات کمیته‌های بیمارستانی در تصمیمات اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات	*آیین نامه داخلی تدوین شده و در یکی از جلسات تیم مدیریت اجرایی تصویب می‌شود و حداقل شامل، اهداف، تعیین حداقل تعداد اعضا برای رسمیت بخشیدن به جلسات، تعیین دبیر و برنامه زمانی و تواتر جلسات است. **تعریف اطلاعات پردازش شده: مراجعه شود به واژگان توصیه. ایجاد ضمانت اجرایی برای تصمیمات مصوبات کمیته‌های بیمارستانی و تعامل نزدیک تیم مدیریت اجرایی با تمامی کمیته‌های بیمارستانی به عنوان بازوی مشورتی تصمیمات اجرایی را به سوی خرد جمعی و مدیریت مبتنی بر شواهد سوق می‌دهد.
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل بیمارستان

سنجه ۳. تیم مدیریت اجرایی ارزیابی مستمری از نتایج تصمیمات اخذ شده را از نظر دستیابی به اهداف و اثربخش بودن آنها به عمل آورده و در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آورد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اخذ گزارش از مسئول انجام مصوبات قبلی مطابق مهلت زمانی انجام آنها در هر جلسه	بررسی مستند و مصاحبه
۲	اخذ تصمیمات تسریع کننده و تسهیل گر جهت اجرایی شدن مصوبات معوق و اجرایی نشده	بررسی مستند و مصاحبه
۳	بررسی نتایج نهایی و میزان اثربخشی تصمیمات قبلی و در صورت لزوم تصویب اقدام اصلاحی لازم*	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* تیم مدیریت اجرایی پس از بررسی شواهد و مستندات درخصوص اثر بخش بودن تصمیمات قبلی، در صورت عدم دستیابی به نتایج مورد نظر، نسبت به بازنگری تصمیمات قبلی و ابلاغ تصمیمات جدید اقدام می‌نماید. توصیه. مسئول اجرای هر مصوبه بایستی میزان پیشرفت مصوبه را براساس شاخص مربوط در جلسه بعدی گزارش نماید.	
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل بیمارستان	

الف | ۲ | ۲ | سند استراتژیک بیمارستان تدوین شده و به صورت دوره‌ای پایش و بازنگری می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ترویج فرهنگ برنامه محوری به جایگزینی تجربه محوری در حوزه مدیریت و برنامه ریزی
- استفاده از الگوهای معتبر برای برنامه ریزی استراتژیک
- یکپارچگی و تداوم سیاست‌های اصلی در سند استراتژیک بیمارستان و برنامه‌های عملیاتی الهام گرفته از اهداف کلان بیمارستان
- برنامه ریزی مبتنی بر تحلیل شرایط بیمارستان و اولویت بخشی به استراتژی‌های اصلی بیمارستان
- ترویج کار تیمی در مدیریت و برنامه ریزیبا مشارکت ذینفعان هریک از برنامه‌ها

سنجه ۱. تیم مدیریت اجرایی سند استراتژیک بیمارستان را با مشارکت کارکنان و هماهنگ با سیاست‌های اصلی تهیه و به تیم حاکمیتی ارائه نموده و حداقل سالیانه مورد بازنگری قرار می‌دهد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین سند استراتژیک براساس یکی از روش‌ها و الگوهای شناخته شده علمی	بررسی مستند
۲	مشارکت کارکنان و سایرذینفعان* در تدوین سند استراتژیک	بررسی مستند و مصاحبه
۳	هماهنگی و عدم مغایرت اهداف کلی سند استراتژیک با سیاست‌های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	تحلیل وضعیت موجود براساس شرایط واقعی و بومی بیمارستان	مصاحبه
۵	ارسال سند استراتژیک طی نامه رسمی جهت اصلاح/تصویب به تیم حاکمیتی	بررسی مستند
۶	ویرایش و بازنگری سند استراتژیک در بازه زمانی مشخص و حداقل سالانه	بررسی مستند
توضیحات	* ذینفعان با توجه به سیاست‌های اصلی و تشخیص مدیران ارشد بیمارستان انتخاب می‌شوند.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی	

سنجه ۲. بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیمار جزو اولویت‌های استراتژیک بیمارستان است و تیم مدیریت اجرایی در قالب برنامه‌های عملیاتی با پیش بینی منابع مورد نیاز، این برنامه‌ها را تدوین و بر اجرای آن نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بهبود مستمر کیفیت جزء اهداف کلی در سند استراتژیک*	بررسی مستند
۲	ایمنی بیمار جزء اهداف کلی در سند استراتژیک	بررسی مستند
۳	تدوین برنامه و بودجه عملیاتی در راستای بهبود کیفیت	بررسی مستند
۴	تدوین برنامه و بودجه عملیاتی در راستای ارتقای ایمنی بیمار	بررسی مستند
۵	پایش مستمر برنامه‌های عملیاتی بهبود کیفیت و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم	بررسی مستند و مصاحبه
۶	پایش مستمر برنامه‌های عملیاتی ایمنی بیمار و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*برنامه‌های عملیاتی بهبود کیفیت و ایمنی بیمار الزاماً نبایستی عناوین مزبور را داشته باشند بلکه نتیجه نهایی برنامه‌های عملیاتی بایستی منجر به بهبود کیفیت خدمات و ارتقای ایمنی بیماران باشد. معیار این همخوانی ارتباط موضوع برنامه،اهداف عینی[1] و شاخص برنامه برای دستیابی به اهداف عینی است.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی	

سنجه ۳. سند استراتژیک به صورت فایل الکترونیکی در بخش‌ها/واحدهای مختلف بیمارستان در دسترس می‌باشد و کارکنان حداقل از اهداف اصلی (کلان) برنامه آگاهی دارند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	دسترسی کارکنان به فایل الکترونیک سند استراتژیک در بخش‌ها و واحدها	بررسی مستند و مصاحبه
۲	آگاهی کارکنان به اهداف اصلی سند استراتژیک*	مصاحبه
توضیحات	*ملاک ارزیابی کارکنان آگاهی آنها به اهداف اصلی(کلان) مرتبط با بخش کاری خود است. هرگونه تولید نسخه کاغذی سند استراتژیک در بخش‌ها / واحدها امتیاز این سنجه را صفر می‌نماید.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی	

[1] objective

الف	۲	۳	مسئولان ایمنی تعیین شده و براساس شرح وظایف معین در بیمارستان فعالیت می‌نمایند.

دستاورد استاندارد

- تقویت مدیریت پیشگیری و ایمنی در بیمارستان با تولیت مشخص و برنامه‌های معین
- اولویت بخشی، برنامه ریزی، اجرا و پایش و بازنگری مستمر برنامه‌های ارتقای ایمنی بیماران در تمام سطوح بیمارستان

سنجه ۱. مسئول فنی بیمارستان، براساس ابلاغ صادره به عنوان مسئول ایمنی نیز فعالیت می‌نماید.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	صدور ابلاغ کتبی مسئول فنی بیمارستان به عنوان مسئول ایمنی توسط رئیس بیمارستان	بررسی مستند
۲	ذکر شرح وظایف مسئول ایمنی در ابلاغ صادره	بررسی مستند
۳	ارسال رونوشت ابلاغ به تمامی بخش‌ها /واحدهای بیمارستان*	بررسی مستند و مصاحبه
۴	فعالیت مسئول ایمنی همزمان با انجام سایر وظایف مسئول فنی ** است.	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* کارکنان بایستی مسئول فنی را به عنوان مسئول ایمنی شناسایی نموده و از حیطه اختیارات وی آگاه باشند. **در حال حاضر مسئول فنی در بیمارستان‌ها ممکن است بیش از یک نفر باشد لذا تا زمان ابلاغ آیین‌نامه جدید مسئول فنی از سوی وزارت بهداشت، رئیس/ مدیرعامل بیمارستان بایستی از بین مسئولان فنی یک نفر را به عنوان مسئول ایمنی منصوب نماید. بدیهی است با توجه به عضویت مسئول فنی در تیم مدیریت اجرایی حضور مستمر ایشان درشیفت صبح الزامی است. توصیه . جایگاه قانونی مسئول فنی، از یک طرف و اهمیت ایمنی در بیمارستان موید ضرورت توجه ویژه مدیران ارشد در بکارگیری اثربخش، مستمر و محوری مسئول فنی به عنوان مسئول ایمنی در همه ابعاد آن در بیمارستان است.	
هدایت کننده	رئیس/مدیرعامل بیمارستان	

سنجه ۲. مسئول ایمنی" براساس شرح وظایف ابلاغی و حدود اختیارات، فعالیت می‌نماید		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	فعالیت مسئول فنی طبق وظایف محوله در ابلاغ خود به عنوان مسئول ایمنی *	بررسی مستند و مصاحبه
۲	مسئول ایمنی بر روند پیشرفت برنامه‌های عملیاتی ایمنی نظارت میدانی دارد**	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* سوابق گزارشات در فواصل زمانی منظم به ریاست بیمارستان موید عملکرد مسئول ایمنی طبق وظایف محوله است و کارکنان فعالیت ایشان را در حیطه برنامه ایمنی بخش تایید می‌نمایند. ** مسئول ایمنی چالش‌ها و موانع پیشرفت برنامه‌های مرتبط با ایمنی را نظارت و در صورت لزوم با هماهنگی تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی به عمل می‌آید.	
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، مسئول فنی / ایمنی بیمارستان	

سنجه ۳. طی حکمی از سوی رئیس بیمارستان، یک نفر از پزشکان/پرستاران با سابقه حداقل ۵ سال کار در بخش های بالینی به عنوان" کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار" تعیین شده است.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	صدور ابلاغ کتبی به عنوان کارشناس هماهنگ کننده ایمنی* بیمار توسط رئیس بیمارستان	بررسی مستند
۲	پزشک/ پرستار با سابقه حداقل ۵ سال کار در بخش های بالینی به عنوان کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	بررسی مستند
۳	ذکر شرح وظایف کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در ابلاغ صادره	بررسی مستند
۴	تعیین سطح پاسخگویی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در ابلاغ صادره	بررسی مستند
۵	ارسال رونوشت ابلاغ به تمامی بخش‌ها / واحدهای بیمارستان**	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*مسئول ایمنی پاسخگوی تمامی موارد مرتبط با ایمنی اعم از ایمنی بیماران، مراجعین،کارکنان و بیمارستان است و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار متمرکز برنامه‌های ایمنی بیمار بوده و اقدامات خود را با هماهنگی مسئول ایمنی بیمارستان انجام می‌دهد. ** کارکنان بایستی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار شناسایی نموده و از حیطه اختیارات وی آگاه باشند.	
هدایت کننده	رئیس/مدیرعامل بیمارستان	

سنجه ۴. "کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار" براساس شرح وظایف ابلاغی و حدود اختیارات، فعالیت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	فعالیت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار طبق وظایف محوله در ابلاغ صادره	بررسی مستند و مصاحبه
۲	نظارت میدانی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر رعایت اصول ایمنی بیمار در بخش‌های بالینی*	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*سوابق گزارشات در فواصل زمانی منظم به ریاست بیمارستان موید عملکرد کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار طبق وظایف محوله است و کارکنان فعالیت ایشان را در حیطه برنامه ایمنی بخش تایید می‌نمایند.	
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، مسئول فنی / ایمنی بیمارستان	

سنجه ۵. اثربخشی اقدامات انجام شده برای ارتقاء ایمنی توسط مسئول ایمنی در فواصل زمانی مدون ارزیابی شده و گزارش آن در جلسات تیم مدیریت اجرایی مطرح و تیم مدیریت اجرایی در صورت لزوم اقدام اصلاحی تعیین و بر اجرای آن نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	پایش اثربخشی اقدامات* انجام شده برای ارتقای ایمنی بیمار	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تحلیل شاخص‌های ایمنی را در فواصل زمانی منظم توسط مسئول ایمنی	بررسی مستند و مصاحبه
۳	گزارش نتایج شاخص‌های ایمنی توسط مسئول ایمنی حداقل سه ماهه از طریق نامه رسمی به ریاست بیمارستان**	بررسی مستند و مصاحبه
۴	نظارت مسئول ایمنی بر اجرای اقدامات اصلاحی مصوب تیم مدیریت اجرایی***	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* برنامه‌های عملیاتی بهبود کیفیت به منظور ارتقای ایمنی بیمار **گزارش کتبی آن در جلسات تیم مدیریت اجرایی طرح (مستند- صورت جلسات جلسات تیم مدیریت اجرایی) و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی به همراه نحوه نظارت به منظور اجرایی شدن اقدامات اصلاحی ابلاغ گردیده است. ***کارکنان از اقدامات اصلاحی مصوب اطلاع دارند.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول فنی/ ایمنی بیمارستان	

الف	۲	۴	بازدیدهای مدیریتی به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیماروشناسایی خطرات، بطور منظم انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- اولویت بخشی به موضوع مهم ایمنی بیمار در سطح بخش‌ها/واحدها
- بررسی چالش‌های ایمنی از نگاه کارکنان
- جلب مشارکت و ترغیب کارکنان به توجه ویژه به ایمنی بیمار
- ایجاد فرهنگ بیمارمحوری در سطح بیمارستان
- شناسایی مشکلات ایمنی بیماران از نزدیک و اصلاح میدانی تهدیدات ایمنی

سنجه ۱. تیم مدیریت اجرایی با همراهی مسئولین ایمنی و کنترل عفونت، به منظور ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقای فرصت‌های بهبود، بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی را منطبق بر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، به اجرا می‌گذارد

سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	وجود تقویم بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی با موضوع ارتقای فرهنگ ایمنی	بررسی مستند
۲	اعلام رسمی برنامه‌های بازدیدهای مدیریتی با موضوع ارتقای فرهنگ ایمنی به بخش‌ها و واحدها*	بررسی مستند و مصاحبه
۳	انجام بازدیدها در فواصل زمانی قید شده بر حسب نوع بخش توسط افراد عنوان شده برنامه**	بررسی مستند و مصاحبه
۴	شناسایی شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار از زبان کارکنان در حین بازدید	بررسی مستند
۵	ارائه بازخوردهای فردی به افراد گزارش کننده شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار** *	مصاحبه
۶	آگاهی کارکنان در خصوص لزوم بازدیدهای مدیریتی با موضوع ارتقای فرهنگ ایمنی	مصاحبه

توضیحات	* مشاهده تاریخ و زمان بازدید در تابلو اعلانات بخش‌ها /واحدها ** طبق دستورالعمل ابلاغی از طرف وزارت بهداشت ***بررسی سوابق بازخورد فردی از قبیل ایمیل یا نامه اداری رسمی و یا هر روش مقتضی به منظور جلب مشارکت کارکنان در ارتقای ایمنی بیماران.
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی

سنجه ۲. نتایج بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی با رویکرد ایمنی بیمار در جلسات تیم مدیریت اجرایی مطرح شده و اقدام‌های اصلاحی / برنامه‌های بهبود کیفیت تعیین و بر اجرای آن نظارت می‌شود.

سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	برگزاری جلسه جمع بندی بازدید با حضور تیم بازدید کننده در بخش/ واحد مورد بازدید*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	پیگیری نتایج بازدیدهای ایمنی بیمار در جلسات تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۳	انجام اقدامات اصلاحی/ تدوین برنامه بهبود که نیاز به تصمیم‌گیری در سطح مدیریت اجرایی دارند	مشاهده
۴	نظارت تیم مدیریت اجرایی بر اجرای صحیح و به موقع اقدامات اصلاحی/ اجرای برنامه بهبود کیفیت	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات	*تنظیم صورتجلسه با ذکر تاریخ و ساعت و فرد مسئول اجرا/پیگیری فعالیت
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی

الف	۲	۵	کمیته‌های بیمارستانی طبق دستورالعمل‌های ابلاغی تشکیل و بر عملکرد آنها نظارت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- تصمیم سازی مبتنی بر خرد جمعی
- ترویج فرهنگ مدیریت مشارکنی
- ترویج کار گروهی در حل مشکلات بیمارستان
- گردش اطلاعات و ایجاد درک متقابل مابین کارکنان و مدیران ارشد
- اخذ مشارکت پزشکان در برنامه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیماران

سنجه ۱. حداقل کمیته‌های بیمارستانی براساس دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت به شرح ذیل در بیمارستان فعال هستند.
پایش و سنجش کیفیت - مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات - اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای - کنترل عفونت - بهداشت محیط - حفاظت فنی و بهداشت کار - مدیریت خطرِ حوادث و بلایا - ترویج زایمان طبیعی و ایمن - ترویج تغذیه با شیر مادر - اورژانس/تعیین تکلیف بیماران (مدیریت تخت) - اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی - مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج - طب انتقال خون

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی*	روش ارزیابی
۱	فعال بودن کمیته پایش و سنجش کیفیت در بیمارستان	بررسی مستند
۲	فعال بودن کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات	بررسی مستند
۳	فعال بودن کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای	بررسی مستند
۴	فعال بودن کمیته کنترل عفونت	بررسی مستند
۵	فعال بودن کمیته بهداشت محیط	بررسی مستند
۶	فعال بودن کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار	بررسی مستند
۷	فعال بودن کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا	بررسی مستند
۸	فعال بودن کمیته - ترویج زایمان طبیعی و ایمن	بررسی مستند
۹	فعال بودن کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر	بررسی مستند
۱۰	فعال بودن کمیته اورژانس/ تعیین تکلیف بیماران / تریاژ	بررسی مستند
۱۱	فعال بودن کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی	بررسی مستند
۱۲	فعال بودن کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی	بررسی مستند
۱۳	فعال بودن کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج	بررسی مستند
۱۴	فعال بودن کمیته طب انتقال خون	بررسی مستند

توضیحات	*استثناءهای برگزای جلسات کمیته‌ها که در ارزیابی مد نظر قرار می‌گیرد: ۱. در بیمارستان‌های با ۱۰۰ تخت فعال و کمتر، برگزاری جلسات کمیته‌های: بهداشت محیط با کنترل عفونت - ترویج زایمان طبیعی و ایمن با ترویج تغذیه با شیر مادر - پایش و سنجش کیفیت با مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات - مدیریت خطرِ حوادث و بلایا با حفاظت فنی و بهداشت کار - مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج با طب انتقال خون به صورت همزمان قابل قبول است. ۲. کمیته‌های ترویج زایمان طبیعی و ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان‌های فاقد بلوک زایمان و تک تخصصی‌های غیر از زنان زایمان و مامایی الزامی نمی‌باشد و غیر قابل ارزیابی است. ۳. برگزاری مشترک جلسات کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و کمیته درمان و دارو و تجهیزات پزشکی با دستور کارهای مستقل بلامانع است. ۴. کمیته طب انتقال خون در بیمارستان‌های بدون ترانسفیوژن الزامی نبوده و غیر قابل ارزیابی است. ۵. برگزاری کمیته‌های اورژانس و زیر کمیته‌های آن به صورت همزمان قابل قبول است.
هدایت کننده	رئیس / مدیر عامل بیمارستان

سنجه ۲. جلسات کمیته‌ها حداقل در فواصل زمانی تعیین شده برابر دستورالعمل‌های ابلاغی برگزار می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین فواصل زمانی معین برای تشکیل جلسات هریک از کمیته‌ها در آیین‌نامه مربوط*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	برگزاری جلسات براساس زمان بندی تعیین شده در آیین‌نامه کمیته‌ها**	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* فاصله‌های زمانی برگزاری جلسات براساس آیین‌نامه داخلی تعیین می‌شود. البته در صورت تعیین بازه زمانی معین در دستورالعمل ابلاغی ملاک ارزیابی فاصله زمانی ابلاغی است. ** فاصله زمانی جلسات کمیته‌های بیمارستانی با ۶۴ تخت فعال و کمتر تا دوبرابر فاصله زمانی در تواتر برگزاری کمیته‌ها نسبت به دستورالعمل قابل قبول است و امتیاز تعلق می‌گیرد.(بعنوان مثال بازه زمانی ماهیانه دستورالعمل در بیمارستان‌های ۶۴ تخت فعال و کمتر برگزاری هر دو ماه یک بار امتیاز می‌گیرد)	
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل بیمارستان	

سنجه ۳. آیین‌نامه داخلی کمیته‌ها تهیه شده و اعضاء کمیته از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین آیین‌نامه داخلی کمیته‌های بیمارستانی*	بررسی مستند
۲	تصویب آیین‌نامه داخلی کمیته‌های بیمارستانی توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۳	رعایت حداقل های مورد انتظار در تدوین آیین‌نامه کمیته‌های بیمارستانی**	بررسی مستند
توضیحات	*درصورت ابلاغ دستورالعمل کمیته‌های بیمارستانی مبنای تدوین آیین‌نامه دستورالعمل ابلاغی است و در غیر این صورت با تشخیص تیم مدیریت اجرایی آیین‌نامه کمیته‌ها تدوین و تصویب می‌شود. **حداقل‌های مورد انتظار در آیین‌نامه کمیته‌های بیمارستانی ○ عدم مغایرت با دستورالعمل‌های ابلاغی کمیته‌ها از وزارت بهداشت/دانشگاه ○ شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته‌ها ○ اعضای دائم و موقت کمیته ○ برنامه زمانی و تواتر جلسات ○ تعیین حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات ○ تعیین اهداف هریک از کمیته‌ها ○ تعیین نحوه ارزیابی عملکرد کمیته‌ها ○ نحوه مستند سازی سوابق جلسات ○ نحوه تعامل با سایر کمیته‌ها و تیم مدیریت اجرایی ○ نحوه پی‌گیری مصوبات توصیه. حداقل‌های مورد انتظار فرم صورتجلسه کمیته شامل: تاریخ و ساعت جلسه، دستور کار جلسه، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبل، مباحث مطرح شده توسط اعضای جلسه، مصوبات جدید، مسئول پیگیری مصوبات، مهلت زمانی اجرای مصوبات، امضای اعضای حاضر در جلسه است.	
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل بیمارستان	

سنجه ۴. رئیس/مسئول، دبیر کمیته‌ها و اعضای اصلی، متناسب با وظایف و تخصص‌های مورد نیاز، توسط رئیس/مدیرعامل بیمارستان تعیین شده‌اند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	صدور ابلاغ برای روسای کمیته‌های بیمارستانی، طبق آیین‌نامه داخلی مربوط، توسط رئیس / مدیر عامل بیمارستان*	بررسی مستند
۲	صدور ابلاغ برای دبیران کمیته‌های بیمارستانی، طبق آیین‌نامه داخلی مربوط، توسط رئیس / مدیر عامل بیمارستان*	بررسی مستند
۳	صدور ابلاغ برای اعضای ثابت کمیته‌های بیمارستانی، طبق آیین‌نامه داخلی مربوط، توسط رئیس / مدیر عامل بیمارستان**	بررسی مستند
توضیحات	*ابلاغ روسا/ دبیران کمیته‌ها با تغییر رئیس/ مدیرعامل تا زمانیکه تصمیم‌گیری جهت تعویض آنها صورت نگرفته بقوت خود باقی است ونیازی به ابلاغ جدید توسط رئیس/مدیرعامل جدید ندارد. ** درصورت غیبت اعضای ثابت بیش از سه جلسه متوالی و یا بیش از ۳۰درصد جلسات سالیانه بایستی عضو جدید جایگزین شود.	
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل بیمارستان	

سنجه ۵. دستور کار جلسات کمیته‌ها در راستای اهداف، ماموریت‌ها و با اولویت بندی مشکلات واقعی و جاری بیمارستان است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	همسویی دستور کار جلسات کمیته‌ها با اهداف و ماموریت‌های کمیته‌ها*	بررسی مستند
۲	همسویی دستور کار جلسات کمیته‌ها با مشکلات واقعی و جاری بیمارستان**	مصاحبه و بررسی مستند
۳	اطلاع رسانی دستور کار کمیته به اعضاء قبل از برگزاری جلسات کمیته‌ها	مصاحبه و بررسی مستند
توضیحات	*معیار همسویی دستور کار جلسات با اهداف و ماموریت‌های کمیته آیین‌نامه داخلی کمیته است. **معیار همسویی دستور کار جلسات با مشکلات واقعی و جاری بیمارستان نتایج شاخص‌های بیمارستانی، نتایج رضایت سنجی ذینفعان و مصاحبه با اعضای کمیته است.	
هدایت کننده	روسا و دبیران کمیته‌های بیمارستانی	

سنجه ۶ . مصوبات کمیته‌های بیمارستانی شامل راه‌حل‌های واضح و مشخص برای حل مشکلات بیمارستان است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین دستور کارهای همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی کمیته‌ها*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تصویب راه حل‌هایی واضح و مشخص همسو با با دستور کار کمیته	بررسی مستند و مصاحبه
۳	قابلیت اجرایی مصوبات کمیته‌ها	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*مصاحبه با دبیر و اعضای کمیته در خصوص اولویت بندی مشکلات بیمارستان در تعیین دستور کارکمیته‌ها	
هدایت کننده	روسا و دبیران کمیته‌های بیمارستانی	

سنجه ۷. رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار او در تمامی جلسات کمیته‌ها حضور دارد و مصوبات کمیته ضمانت اجرایی دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	حضور رئیس / مدیر عامل بیمارستان یا جانشین تام الاختیار او در جلسات کمیته‌های بیمارستانی *	بررسی مستند و مصاحبه
۲	ضمانت اجرایی** مصوبات پس از تایید *** رئیس / مدیر عامل بیمارستان یا جانشین تام الاختیار وی در جلسه کمیته	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*در صورت عدم حضور رئیس / مدیر عامل در هریک از کمیته‌های بیمارستانی صدور ابلاغ برای جانشین تام الاختیار با قید اختیارات لازم ضروری است. **ضمانت اجرایی به معنی همراهی تیم مدیریت اجرایی بدون تغییر برای اجرایی شدن مصوبات است. لذا رئیس / مدیرعامل یا نماینده تام الاختیار او قبل از امضای صورتجلسه بایستی از تامین منابع اطمینان حاصل کند. *** وجود امضای رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار در صورتجلسات موید تایید مصوبات و اخذ ضمانت اجرایی است.	
هدایت کننده	رئیس / مدیر عامل بیمارستان	

سنجه ۸. میزان اثربخشی و نحوه پیگیری و اجرای مصوبات کمیته‌ها توسط دفتر بهبود کیفیت، پایش و ارزیابی می‌شود و نتایج به کمیته مرتبط و تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌شود، و اقدام اصلاحی لازم به عمل می‌آید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نظارت دفتر بهبود کیفیت* در اجرایی شدن مصوبات کمیته‌های بیمارستانی طبق مهلت زمانی تعیین شده در صورتجلسه	بررسی مستند
۲	گزارش نتایج ارزیابی کمیته‌ها در خصوص نحوه پیگیری و اجرای مصوبات به کمیته‌های مربوط و تیم مدیریت اجرایی **	بررسی مستند
۳	گزارش نتایج ارزیابی کمیته‌ها در خصوص نحوه پیگیری و اجرای مصوبات به کمیته‌های مربوط	بررسی مستند
توضیحات	*حداقل به صورت فصلی ارزیابی کمیته انجام و نتایج گزارش میشود. **علاوه بر نحوه پیگیری مصوبات از سوی مسئولان اجرای مصوبات و اجرای آنها در موعد مقرر براساس ملاک‌های تعیین شده در آیین‌نامه داخلی، ارزیابی عملکرد کمیته‌ها ارزیابی می‌شود.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول دفتر بهبود کیفیت	

سنجه ۹. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و نماینده دفتر بهبود کیفیت، عضو تمامی کمیته‌های بیمارستانی بوده و در تمامی جلسات حضور فعال دارند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود ابلاغ عضویت حداقل یکی از کارشناسان دفتر بهبود کیفیت در تمامی کمیته‌های بیمارستانی	بررسی مستند
۲	حضور کارشناس دفتر بهبود کیفیت در کمیته‌های بیمارستانی که ابلاغ عضویت دارد	بررسی مستند و مصاحبه
۳	وجود ابلاغ عضویت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در تمامی کمیته‌های بیمارستانی	بررسی مستند
۴	حضور کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در تمامی کمیته‌های بیمارستانی*	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*حضور کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات کمیته‌های اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و حفاظت فنی و بهداشت کار، ترویج تغذیه با شیر مادر و مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در صورت وجود دستور کار مرتبط با ایمنی بیماران و در سایر کمیته با هر دستور کاری الزامی است.	
هدایت کننده	روسا و دبیران کمیته‌های بیمارستانی	

سنجه ۱۰. پزشکان بیمارستان، حداقل در یکی از کمیته‌های بیمارستانی عضو هستند و در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	عضویت پزشکان به صورت ثابت یا موقت در کمیته‌های بیمارستانی*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	حضور پزشکان عضو در جلسات کمیته‌ها	بررسی مستند
توضیحات	*به منظور مشارکت پزشکان در امور برنامه ریزی و مدیریت تمامی پزشکان در بیمارستان‌های کمتر از ۱۰۰ تخت فعال و در بیمارستان‌های بیش از۱۰۰ تخت فعال حداقل یک نفر از پزشکان متخصص هریک از گروه‌های تخصصی عضو ثابت یکی از کمیته‌های بیمارستانی هستند و سایر پزشکان براساس برنامه ریزی بیمارستان در تناوب سه یا شش ماهه به عنوان اعضای موقت در جلسات کمیته‌های بیمارستانی مرتبط با تشخیص رئیس /مدیر عامل بیمارستان حاضر می‌شوند.		
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، روسا و دبیران کمیته‌های بیمارستانی	

الف	۲	۶	تیم مدیریت اجرایی بر نحوه عقد قراردادهای مالی و معاملاتی و عملکرد پیمانکاران نظارت می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- انجام برون سپاری خدمات منطبق بر صرفه وصلاح بیمارستان
- اولویت بخشی کیفیت در انتخاب پیمانکاران
- کسب اطمینان از عملکرد پیمانکاران منطبق بر قرارداد منعقده

سنجه ۱. خط مشی و روش "انتخاب پیمانکـاران با لحاظ معیارهای کیفی و رعایت "مقررات مالی معاملاتی" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان * در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست‌های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	پیش بینی نحوه تعیین معیارهای کیفی تخصصی در برون سپاری‌ها با مشارکت متخصصین امر، در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	لحاظ قوانین بالادستی مالی و معاملاتی (آیین‌نامه مالی و معاملاتی)در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	بررسی مستند و مشاهده
۱۰	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه
۱۱	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه ومشاهده
۱۲	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	*رئیس / مدیرعامل، مدیر/ مدیر داخلی، مسئول امور مالی و سایر صاحبان فرآیند و ذینفعان به تشخیص بیمارستان
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، مدیر بیمارستان، مسئول امور مالی

سنجه ۲. دستورالعمل"نظارت بر عملکرد پیمانکاران" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☑ الزامی	☐ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین دستورالعمل *	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط** از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	*حداقل مورد انتظار درتدوین دستورالعمل، شامل تعیین ناظر فنی، نحوه نظارت، پاسخگویی پیمانکار به ناظر فنی، مکانیزم‌های جریمه و یا فسخ قرارداد و رعایت دقیق الزامات و استانداردهای اعتباربخشی و سایر قوانین و الزامات وزارات بهداشت در تعهدات پیمانکار در متن قرارداد است. **ناظرین فنی قراردادهای برون سپاری توصیه ۱.طراحی نظارت ساختارمند بر عملکرد پیمانکاران با استفاده از چک لیست‌های تخصصی و بکارگیری ناظرفنی متخصص و مرتبط توصیه ۲.پیش بینی جریمه‌های نقدی معین و شرایط لغو قرارداد و اخذ خسارات وارده در صورت عدم رعایت الزامات کیفی و قانونی در مفاد قرارداد منعقده، براساس گزارش ناظر فنی قرارداد.
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، مدیر بیمارستان، مسئول امور مالی

الف	۲	۷	میزان پرداختی بیماران براساس قوانین و مقررات مرتبط برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- رعایت قوانین و مقررات ابلاغی وزارت بهداشت
- رعایت حقوق بیماران
- افزایش اعتبار بیمارستان در افکار عمومی و اطمینان بیماران و همراهان به انصاف و رعایت قوانین مالی توسط بیمارستان

سنجه ۱. آخرین تعرفه‌های درمانی ابلاغی در سامانه اطلاعات سلامت بیمارستان به روز رسانی شده و رعایت می‌شود.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی.	**روش ارزیابی**
۱	تطبیق تعرفه‌های بارگذاری شده در سامانه اطلاعات بیمارستان(HIS) با آخرین تعرفه ابلاغی*	بررسی مستند
۲	رعایت تعرفه‌های ابلاغی در محاسبه هزینه‌های درمانی در پرونده الکترونیک (HIS) بیماران بستری	بررسی مستند
توضیحات	*تعرفه ابلاغی هیات دوات تازمان ابلاغ تعرفه بعدی تنها ملاک قیمت گذاری خدمات است و هرگونه دخل و تصرف در مقادیر آن توسط بیمارستان در صورت حساب الکترونیکی بیمارستان مغایر قانون است.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل، مسئول فنی، مسئول امور مالی و مسئول فن آوری اطلاعات	

سنجه ۲. میزان پرداختی بیماران منطبق بر دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت و ضوابط بیمه‌های پایه و تکمیلی است.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	محاسبه و دریافت صحیح سهم بیمار، منطبق بر قدرالسهم پرداختی، براساس ضوابط پوششش بیمه پایه بیمار*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	محاسبه و دریافت صحیح سهم بیمار، منطبق بر قدرالسهم پرداختی، براساس ضوابط پوششش بیمه تکمیلی بیمار	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*میزان پوشش بیمه و هزینه تقریبی خدمات برابر استانداردهای حقوق بیمار قبل از بستری بایستی به اطلاع بیمار رسانده شود.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل، مسئول فنی، مسئول امور مالی و مسئول فن آوری اطلاعات	

سنجه ۳. بیماران هزینه‌های حق العلاج، هتلینگ، دارو، لوازم پزشکی و سایر موارد را طبق خدمات ارائه شده در پرونده صرفا به صندوق بیمارستان پرداخت می‌نماید و هیچگونه وجه جداگانه‌ای در داخل یا خارج از بیمارستان، بابت خدمات دریافتی و یا دارو و لوازم از بیمار دریافت نمی‌شود.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط		
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انطباق صورت‌حساب بیمار با خدمات واقعی ارائه شده	بررسی مستند و مصاحبه
۲	پرداختی بیماران صرفا به صندوق بیمارستان مطابق صورت‌حساب و براساس پرونده بالینی بیمار	بررسی مستند و مصاحبه
۳	عدم پرداخت هرگونه وجه مازاد پرونده بالینی به صندوق بیمارستان یا هر فرد دیگر در داخل یا خارج از بیمارستان*	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*منظور هرگونه پرداخت زیر میزی یا دریافتی‌های نقدی و یا پرداخت‌های دو مرحله ای در دو صندوق و موارد مشابه تخلف از قانون بابت حق العلاج، هتلینگ، دارو، لوازم پزشکی و سایر موارد است.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل، مسئول فنی، مسئول امور مالی و مسئول فن آوری اطلاعات	

سنجه ۴. تعرفه‌های مربوط به هتلینگ در کنار آخرین گواهی‌نامه ارزشیابی، حداقل در واحد پذیرش، واحد ترخیص یا حسابداری و سالن انتظار اصلی، در معرض دید گیرندگان خدمت نصب گردیده و در صورتحساب بیماران طبق آن محاسبه و دریافت می‌شود.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اطلاع رسانی تعرفه هتلینگ در کنار آخرین گواهی نامه اعتبار بخشی در واحد پذیرش در معرض دید مراجعین*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	اطلاع رسانی تعرفه هتلینگ در کنار آخرین گواهی نامه اعتبار بخشی در واحد ترخیص / حسابداری در معرض دید مراجعین	بررسی مستند و مصاحبه
۳	انطباق نحوه محاسبه هتلینگ بیماران با تعرفه مصوب اعلام شده در آخرین گواهی نامه اعتباربخشی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*بایستی بیمارستان ترتیبی اتخاذ کند که قبل از پذیرش و درزمان ترخیص گیرندگان خدمت(بیمار/ ولی قانونی وی، از تعرفه هتلینگ بیمارستان آگاهی داشته باشند.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل، مسئول فنی، مسئول امور مالی و مسئول فن آوری اطلاعات	

سنجه ۵. قیمت دارو و لوازم پزشکی طبق قیمت‌های مصوب سازمان غذا و دارو محاسبه و از بیماران اخذ می‌شود و مسئول فنی بر این امر نظارت نموده و در صورت مشاهده هرگونه عدم انطباق اقدام اصلاحی به عمل می‌آورد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	محاسبه قیمت دارو و لوازم پزشکی طبق قیمت‌های مصوب سازمان غذا و دارو * در صورتحساب بیماران	بررسی مستند
۲	نظارت مسئول فنی بر رعایت قیمت‌های مصوب سازمان غذا و دارو در محاسبه هزینه‌ها در صورتحساب بیماران**	بررسی مستند و مصاحبه
۳	در صورت مشاهد موارد عدم انطباق مسئول فنی بیمارستان، نسبت به برخورد قانونی و اقدام اصلاحی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*قیمت گذاری دارو و لوازم پزشکی توسط سازمان غذا و دارو **مسئول فنی در بازه زمانی معین طبق روش اجرایی نظارت مستمر(استانداردالف -۲ – ۹)بصورت اتفاقی تعدادی از صورتحساب‌های بیماران را بررسی می‌نماید و در صورت هرگونه عدم انطباق ضمن اصلاح قیمت و جبران خسارت بیمار طبق وظایف قانونی خود عمل می‌نماید. همچنین ضمن بررسی عوامل بروز عدم انطباق را شناسایی و ضمن اصلاح فرآیند به رئیس / مدیرعامل گزارش می‌نماید.		
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل، مسئول فنی، مسئول امور مالی و مسئول فن آوری اطلاعات	

سنجه ۶.کدهای خدمات ثبت شده در پرونده و صورتحساب بیماران منطبق بر خدمات ارائه شده و شرایط بیمار است.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انطباق کدهای خدمات ثبت شده در پرونده بالینی* و صورتحساب بیماران با نوع خدمات ارائه شده	بررسی مستند و مشاهده
۲	عدم محاسبه و اخذ کدهای خارج از کتاب ارزش نسبی خدمات در پرونده بالینی یا صورت‌حساب بیمار	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* شرح عمل و کدهای بیهوشی منطبق بر شرایط واقعی بیمار است و خدمات هتلینگ،کمک جراح و سایر موارد کد گذاری طبق تعرفه و واقیت ارائه خدمات بیمارستان است.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل، مسئول فنی، مسئول امور مالی و مسئول فن آوری اطلاعات	

سنجه ۷. مسئول فنی بر رعایت تعرفه‌ها و محاسبه صحیح صورت‌حساب بیماران نظارت می‌نماید و در صورت مشاهده هرگونه عدم انطباق، ضمن گزارش موارد به تیم مدیریت اجرایی اقدام لازم برابر مقررات را تعیین و بر اجرای آن نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نظارت مسئول فنی بر روند محاسبه صورت حساب بیماران براساس برنامه زمان بندی و نمونه برداری معین*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	گزارش موارد عدم انطباق به تیم مدیریت اجرایی بیمارستان	بررسی مستند و مصاحبه
۳	اصلاح فرایند اضافه دریافتی و جبران اضافه پرداختی بیماران با هماهنگی رئیس / مدیرعامل برای بیمار/بیماران	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*با توجه آمار ترخیص روزانه، حداقل به صورت ماهیانه یکبار این نظارت برای ۱۰ درصد پرونده‌های ترخیصی صورت پذیرد.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل و مسئول فنی	

الف	۲	۸	هزینه دارو و درمان، دارو و تجهیزات پزشکی ارزیابی و برنامه‌ریزی می‌شود.

دستاورد استاندارد

- خرید تجهیزات مصرفی و سرمایه ای براساس صرف و صلاح و اصول کارشناسی
- تجویز منطقی خدمات تشخیصی و درمانی پرهزینه و نادر
- بهبود اقتصاد دارو و درمان

سنجه ۱. طبق آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، خرید تجهیزات پزشکی مصرفی و غیر مصرفی براساس نظرات فنی و با در نظر گرفتن صرفه و صلاح پس از تایید کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی انجام می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	خرید تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای با درنظر گرفتن صرفه و صلاح و تایید کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی *	بررسی مستند و مصاحبه
۲	خرید تجهیزات پزشکی مصرفی با درنظر گرفتن صرفه، صلاح و تایید کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی **	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* ضمن رعایت آیین‌نامه‌های مالی و معاملاتی موضوع خرید تجهیزات پزشکی غیر مصرفی(سرمایه‌ای) در کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی با حضور مسئول واحد مهندسی پزشکی مطرح و ضمن بررسی کارشناسی و فنی با در نظر گرفتن صرفه وصلاح درخصوص خرید تجهیزات پزشکی سرمایه ای تصمیم‌گیری می‌شود. ** ضمن رعایت آیین‌نامه‌های مالی و معاملاتی موضوع خرید تجهیزات پزشکی مصرفی(غیر سرمایه ای) در کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی با حضور مسئول واحد مهندسی پزشکی مطرح و ضمن بررسی کارشناسی و فنی با در نظر گرفتن صرفه وصلاح درخصوص خرید تجهیزات پزشکی سرمایه ای تصمیم‌گیری می‌شود. توصیه.تدوین فرمولاری(فهرست) تجهیزات مصرفی با استفاده از سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی برای بیمارستان، اطلاع رسانی به پزشکان(به‌ویژه در خصوص کاشتنی‌ها) و رعایت فرمولاری تجهیزات مصرفی و در صورت نیاز بازنگری آن در کمیته.	
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی	

سنجه ۲. کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات اطلاعات حجم مداخلات تجویز شده توسط پزشکان بیمارستان در امور تشخیصی و درمانی شایع را با استفاده از روش‌های آماری بررسی و موارد خارج از بازه‌های معمول را شناسایی و علت یابی می‌نماید.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	جمع آوری اطلاعات حجم مداخلات تجویز شده *توسط پزشکان در امور تشخیصی و درمانی شایع در بیمارستان	بررسی مستند
۲	تحلیل آماری حجم مداخلات تجویز شده *توسط پزشکان در امور تشخیصی و درمانی شایع در بیمارستان	بررسی مستند
۳	استخراج موارد غیر معمول تجویز شده توسط پزشکان در امور تشخیصی و درمانی شایع در بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی و ثبت دلایل افزایش غیر معمول تجویز امور تشخیص و درمانی توسط یک پزشک یا گروهی از پزشکان	بررسی مستند
توضیحات	*منظور از حجم مداخلات تجویز شده میزان تجویز دارو یا تجهیزات پزشکی یا امور تشخیصی و درمانی شایع در بازه زمانی معین است.	
هدایت کننده	کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی، مسئول فنی داروخانه و مسئول واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه ۳. رئیس/مدیر عامل بیمارستان، نتایج بررسی‌های کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات در خصوص نحوه عملکرد پزشکانی که به صورت معنی‌داری مداخلات تشخیصی و درمانی بالاتر از میانگین گروه را دارند، را به همراه مستندات مربوط به صورت مکتوب به آنها متذکر می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی و ثبت مواردی از تجویز غیر معمول در امور تشخیص و درمانی که اختلاف معنا داری نسبت به متوسط حجم تجویز پزشکان بیمارستان دارد در کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی	بررسی مستند و مصاحبه
۲	گزارش مکتوب عملکرد پزشکانی که تجویز غیر معمول در امور تشخیص و درمانی با اختلاف معنا داری نسبت به متوسط حجم تجویز سایر پزشکان بیمارستان دارند به همراه مستندات مربوط به رئیس / مدیر عامل بیمارستان	بررسی مستند و مصاحبه
۳	تذکر کتبی* رئیس بیمارستان به پزشک / پزشکانی که تجویز غیر معمول در امور تشخیص و درمانی با اختلاف معنا داری نسبت به متوسط حجم تجویز سایر پزشکان بیمارستان دارند	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*تذکرات اولیه جهت اطلاع است اما در صورت تکرار برابر تصمیمات تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی لازم به عمل می‌آید.	
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی	

سنجه ۴. خدمات نادر و پرهزینه بیمارستان در کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات شناسایی شده و با مشارکت پزشکان متخصص مرتبط؛ پیش از ارائه این خدمات، با بررسی اندیکاسیون هر مورد، مجوز انجام مداخله صادر می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تهیه فهرست خدمات نادر و پرهزینه تشخیصی/ درمانی توسط کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی با مشارکت پزشکان متخصص* مرتبط	بررسی مستند و مصاحبه
۲	بررسی اندیکاسیون ارائه این خدمات به هریک ازبیماران با مشارکت پزشکان متخصص مرتبط پیش از ارائه خدمت**	بررسی مستند و مصاحبه
۳	تایید یا رد اندیکاسیون*** خدمات در هر مورد با مشارکت پزشکان متخصص مرتبط و اقدام براساس تصمیم کمیته	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* مشارکت از پزشک معاج و پزشکان همکار به نحوی باشد که ضمن مدیریت خدمات پرهزینه و نادر مسئولیت پزشک معالج خدشه دار نشود. ** به نحوی برنامه ریزی شود که قبل از بستری بیمار و اطاله زمان در جلسه کمیته مطرح و مصوب شود.. ***به منظور رعایت حقوق بیماران غیر اورژانسی راه حل‌های تشخیص یا درمانی جایگزین، شناسایی و پیشنهاد می‌شود و شامل ارائه خدمات اورژانسی که تهدید کننده حیات بیماران، نمی‌شود.	
هدایت کننده	کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی، مسئول فنی داروخانه و مسئول واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه ۵. بیمارستان نتایج عملکرد کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی را در گروه مداخلات تشخیصی و درمانی شایع، به کمیته معادل در ستاد دانشگاه گزارش می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارسال گزارش عملکرد کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی را در گروه مداخلات تشخیصی و درمانی شایع به رئیس بیمارستان	بررسی مستند و مصاحبه
۲	بررسی گزارش عملکرد واصله از کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی در خصوص مداخلات تشخیصی و درمانی شایع توسط رئیس بیمارستان	بررسی مستند و مصاحبه
۳	ارسال گزارش عملکرد کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی در گروه مداخلات تشخیصی و درمانی شایع، به کمیته معادل در ستاد دانشگاه توسط رئیس بیمارستان	بررسی مستند و مصاحبه
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی	

الف	۲	۹	مسئول فنی واجد صلاحیت بر نحوه ارائه خدمات به بیماران و رعایت قوانین و مقررات در بیمارستان نظارت می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- تقویت فرآیند پیشگیری خطا و قصور پزشکی
- ترویج برنامه خود ارزیابی و خود اظهاری پیش از بروز مشکلات حاد برای بیمار و بیمارستان
- رسیدگی فوری به قصور پزشکی طبق مقررات

سنجه ۱. مسئول فنی واجد صلاحیت ودارای پروانه معتبر در بیمارستان فعالیت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	فعالیت مسئول / مسئولان فنی بیمارستان مطابق آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت در شیفت‌های بیمارستان	بررسی مستند
۲	معتبر بودن پروانه مسئولی / مسئولان فنی بیمارستان	بررسی مستند
هدایت کننده	رئیس/مدیرعامل، مسئول / مسئولان فنی بیمارستان	

سنجه ۲. مسئول فنی بیمارستان از شرح وظایف مسئولان فنی ابلاغی از سوی وزارت بهداشت آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی مسئول / مسئولان فنی از شرح وظایف ابلاغی وزارت بهداشت *	بررسی مستند و مصاحبه
۲	انجام وظایف محوله طبق شرح وظایف ابلاغی وزارت بهداشت مسئول فنی بیمارستان	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*موضوع این سنجه شرح وظایف مسئول ایمنی نمی‌باشد و صرفا متمرکز مسئولیت‌های فنی طبق الزامات ابلاغی وزارت بهداشت است.	
هدایت کننده	رئیس /مدیرعامل و مسئول / مسئولان فنی بیمارستان	

سنجه ۳. روش اجرایی "نظارت مستمر در تمام ساعات شبانه روز بر روند ارائه خدمات در بیمارستان" با محوریت مسئول فنی و مشارکت روسا/مسئولان بخش‌ها/ واحدها با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	پیش بینی شیوه‌های ارزیابی و گزارش‌گیری از موارد خطا و قصور از بخش‌ها / واحدها در تمامی ساعات شبانه روز در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	پیش بینی شیوه‌های ارزیابی و گزارش‌گیری از موارد نقض قوانین در تمامی ساعات شبانه روز در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۹	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۱۰	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه ومشاهده
۱۱	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* روسا / مسئولان بخش‌ها و واحدها و سرپرستاران	
هدایت کننده	روسا /مسئولان بخش‌ها و واحدها و سرپرستاران	

سنجه ۴. مسئول فنی بیمارستان عضو کمیته مرگ و میر و عوارض است و در جلسات حضور فعال داشته و اقدامات لازم برای پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی به عمل می‌آورد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	صدور ابلاغ عضویت مسئول فنی* بیمارستان در کمیته کمیته مرگ و میر و عوارض	بررسی مستند
۲	حضور کامل مسئول فنی بیمارستان در تمامی جلسات کمیته کمیته مرگ و میر و عوارض	بررسی مستند و مصاحبه
۳	پیگیری موارد قصور مورد تایید کمیته مرگ و میر و عوارض برابر مقررات با همکاری متخصصین پزشکی قانونی و سایر مراجع ذیربط**	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*مسئول فنی شیفت صبح **برحسب شرح وظایف مسئولان فنی ابلاغی وزارت بهداشت	
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل بیمارستان و مسئول فنی	

الف.مدیریت و رهبری

الف –۳) بهبود کیفیت

الف	۳	۱	فرآیندهای اصلی بیمارستان، به‌صورت مستمر مدیریت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- شناسایی فرآیندهای اصلی بیمارستان
- بهبود مستمر فرآیندها براساس سنجش و بازنگری
- ترویج مشارکت گروهی در بهبود فرآیندهای اصلی بیمارستان

سنجه ۱. تیم مدیریت اجرایی، فرآیندهای اصلی بیمارستان را شناسایی، تصویب، بازنگری و ابلاغ می‌نماید و در بخش‌ها/واحدهای مرتبط، کارکنان از آن‌ها آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	شناسایی فرآیندهای اصلی توسط تیم مدیریت اجرایی*	بررسی مستند
۲	معرفی فرآیندهای اصلی شناسایی شده در جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت و مدیر پرستاری	بررسی مستند
۳	بررسی و تصویب فرآیندهای اصلی شناسایی شده در جلسه تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۴	ابلاغ فرآیندهای اصلی مصوب به بخش‌ها / واحدها، توسط رئیس بیمارستان	بررسی مستند
۵	دسترسی کارکنان مرتبط به فایل الکترونیکی فرآیندهای اصلی ابلاغ شده	مشاهده
۶	آگاهی کارکنان مرتبط از فرآیندهای اصلی مرتبط با بخش/واحد مرتبط	مصاحبه

توضیحات

* مسئول بهبود کیفیت به عنوان نماینده تیم مدیریت اجرایی با مشارکت سایر اعضاء و مسئولان واحدها/ بخش‌های پاراکلینیک، فرآیندهای اصلی بیمارستان را شناسایی می‌نماید. تعداد فرآیندهای اصلی شناسایی شده ملاک ارزیابی نیست و این امر با تشخیص بیمارستان است.

- فرآیند مجموعه‌ای از فعالیت‌های متوالی و مرتبط به هم است که برای تولید محصول یا ارائه خدمت یا دستیابی به نتایج برنامه ریزی شده انجام می‌گیرد. شروع و خاتمه مشخص داشته، با تعریف ورودی‌ها و خروجی‌های آن و تعیین متولی و صاحبان فرآیند ساختار شفاف برای عملکرد ارائه می‌کند و به شکل افقی در سازمان جریان دارد.
- فرآیندهای سازمانی در سه گروه فرآیندهای اصلی، پشتیبان و مدیریتی قرار می‌گیرند. فرآیندهای اصلی فلسفه وجودی یک سازمان یا واحد را نشان داده، با مشتری اصلی در ارتباط بوده و ایجاد ارزش افزوده می‌کند. هر یک از گام‌های فرآیندهای اصلی می‌تواند شامل یک یا چند فرآیند فرعی باشد. فرآیندها می‌توانند به صورت فلوچارت و یا نگارش انشایی(الگوریتم) تدوین شوند.
- فلوچارت یا نقشه فرآیند یا نمودار فرآیند کار: نموداری است که توالی مراحلی که در یک فرآیند برای اجرای کار درست انجام می‌شود را نشان می‌دهد. از طریق مشاهده فلوچارت می‌توان تصویری کلی از فرآیند به دست آورد و فهمید که یک فرآیند چگونه کار می‌کند و مشکلات کیفیتی در کجا روی می‌دهد.
- طراحی شماتیک فلوچارت: برای ایجاد ادبیات مشترک بین افراد و فهم فلوچارت ترسیم شده از اشکال هندسی قراردادی استفاده می‌شود، بیضی (شروع و پایان فرآیند)، مستطیل (انجام یک فعالیت)، لوزی (نشان دادن یک تصمیم گیری) و از علامت فِلِش برای نشان دادن مسیر جریان فرآیند استفاده می‌شود.
- نگارش انشائی (الگوریتم): هر دستورالعملی که مراحل انجام کاری را با زبانی دقیق و با جزئیات کافی بیان نماید بطوری که ترتیب مراحل و شروع و خاتمه عملیات در آن کاملاً مشخص شده باشد.

هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت

سنجه ۲. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئولان بخش‌ها/واحدها، شاخص‌های سنجش فرآیندهای اصلی بیمارستان را تعیین و نسبت به پایش و اندازه‌گیری آن‌ها در بازه زمانی معین اقدام و تحلیل نتایج ارزیابی را به تیم مدیریت اجرایی ارائه می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین شاخص‌هایی سنجشِ فرآیندهای اصلی توسط مسئول بهبود کیفیت با مشارکت مسئولان/ سرپرستاران بخش‌ها / واحدها*	بررسی مستند
۲	اندازه‌گیری شاخص‌های فرآیندی تعیین شده در بازه زمانی معین**	بررسی مستند
۳	گزارش تحلیلی نتایج شاخص‌های فرآیندی به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت	بررسی مستند

توضیحات

*مسئولان بخش‌ها / واحدها سرپرستاران بخش‌های تشخیصی و درمانی و مسئولان واحدهای پاراکلینیک، اداری و سایر واحدهایی است که در جریان فرآیندهای اصلی بیمارستان ایفای نقش می‌نمایند.

**بازه زمانی اندازه‌گیری شاخص‌های فرآیندی بر اساس نوع شاخص قابل تعریف است اما بازه یک‌ماهه برای شاخص‌های اصلی درگلوگاه‌های فرآیندی توصیه می‌شود.

- سازمان مانند یک سیستم است. برای سنجش عملکرد یک سازمان می‌بایستی برای هر یک از اجزاء سیستم یکسری شاخص تعریف نمود که این شاخص‌های برای اندازه گیری میزان دستیابی به آرمان‌ها یا اهداف از قبل تعیین کننده در یک سازمان مورد استفاده قرار می‌گیرد. شاخص‌های سنجش فرآیندها می‌توانند به صورت شاخصهای ساختاری، فرآیندی و یا پیامدی باشند.
- شاخص‌های ساختاری یا درون دادی: آنچه به عنوان زیرساخت ضروری برای فعالیت مطلوب و ارتقای سلامت مطرح است که شامل منابع نیروی انسانی، منابع تجهیزاتی، منابع مالی و... خواهد بود و بدون آن‌ها امکان طراحی و اجرای برنامه‌ها و تامین اهداف وجود ندارد، در این گروه از شاخص‌ها جای می گیرد. تعداد بیماران شرکت کننده در کلاس‌های آموزشی، تعداد بیماران پذیرش شده در آزمایشگاه، نسبت تعداد کادر پرستاری در بخش‌های بستری به تخت فعال
- شاخص‌های فرآیندی: برای پایش فعالیت‌های در حال اجرا استفاده می شود و نحوه ارائه خدمات، روش‌ها و برنامه‌هایی که برای دستیابی به اهداف سازمانی بکارگرفته شود را پایش می‌کند. شاخص‌های میانگین زمانی، اغلب شاخص‌های فرآیندی هستند. میانگین زمانی انتظار جواب‌دهی بخش پاتولوژی، میانگین زمانی انتظار تزریق استرپتوکیناز به بیماران با تشخیص آنفارکتوس قلبی از بدو ورود به بیمارستان تا زمان تزریق
- شاخص‌های پیامدی: شاخص‌هایی که نتایج فعالیت‌ها را نشان می دهد. شاخص‌های رضایت‌مندی و ایمنی بیمار و مواردی مانند میزان بروز زخم بستر در بیماران بستری، میزان افتادن بیمار در طول بستری، میزان مورتالیتی نوزادان زیر ۲۸ روز، جزء شاخص‌های پیامدی هستند.
- تعیین نوع شاخص‌ها برای هر فرآیند به وضعیت موجود سازمان، مطالبات سازمان‌های بالادستی، هدف از ارتقاء فرآیند و.... بستگی دارد و می‌تواند برای هر فرآیند از سه نوع شاخص هم باشد. نکته مهم در تدوین شاخص‌ها اینست که باید توازنی بین شاخص‌های ساختاری، فرآیندی و یا پیامدی در سازمان وجود داشته باشد. البته مفهوم توازن از منظر تعداد شاخص‌ها نیست بلکه منظور توجه به توازن در تعیین شاخص‌ها در هر سه حیطه ساختاری، فرآیندی و پیامدی است. به نحوی که بیمارستان صرفا بر یک حیطه متمرکز نشود.
- شناسنامه شاخص: برای یکسان سازی مفاهیم و کسب اطلاعات دقیق لازم است برای هر شاخص شناسنامه تدوین شود که حداقل در آن نوع شاخص، نحوه اندازه‌گیری، بازه زمانی اندازه‌گیری، فرد مسئول جمع آوری شاخص، نحوه گزارش دهی بخش‌ها/ واحدهای مرتبط مشخص شده باشد.

هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت

سنجه ۳. تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرآیند، نسبت به اقدام اصلاحی/تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت و در صورت لزوم، بازنگری فرآیندها اقدام می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی گزارش تحلیلی مسئول بهبود کیفیت در خصوص نتایج شاخص‌های فرآیندی در جلسه تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۲	اقدام اصلاحی/ تدوین برنامه بهبود کیفیت/ بازنگری فرآیندها با مشارکت صاحبان فرآیند در جلسات تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	توصیه. درصورت تصمیم تیم مدیریت اجرایی برای اصلاح و بازنگری فرآیندهای اصلی گروهی با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت صاحبان فرآیند در بخش‌ها / واحدهای مرتبط تشکیل و پیشنهاد اصلاحی این گروه مجدداً در جلسه تیم مدیریت اجرایی طرح و در صورت تصویب ابلاغ شود.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت	

الف ۳ ۲ | میزان پیشرفت و تحقق اهداف برنامه‌های عملیاتی/بهبودکیفیت، ارزیابی و بازنگری می‌شود.

دستاورد استاندارد

- امکان ارزیابی روند پیشرفت برنامه‌های عملیاتی و بهبود کیفیت
- امکان مداخله به‌موقع در موانع احتمالی اجرای برنامه‌ها به‌دنبال سنجش و پایش مستمر آن‌ها
- مشارکت صاحبان فرآیند در هدایت برنامه‌ها به اهداف تعیین شده

سنجه ۱. تیم مدیریت اجرایی، شاخص‌های برنامه‌ای و مسئول پایش و اندازه‌گیری میزان پیشرفت هریک از برنامه‌های عملیاتی/بهبود کیفیت را تعیین نموده و بر روند پایش و ارزیابی آن‌ها نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین شاخص‌های اندازه‌گیری پیشرفت برنامه‌های عملیاتی / بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۲	تعیین مسئول پایش و اندازه‌گیری* پیشرفت هریک از برنامه‌های عملیاتی / بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۳	پایش و اندازه‌گیری میزان پیشرفت برنامه‌های عملیاتی / بهبود کیفیت توسط مسئول پایش برنامه‌ها	بررسی مستند
۴	نظارت بر روند پایشِ برنامه‌ها توسط مسئول بهبود کیفیت به نمایندگی از تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*در شناسنامه شاخص مسئول پایش و اندازه‌گیری شاخص معرفی می شود. توصیه. برای اطمینان از اجرای صحیح برنامه‌های عملیاتی / بهبود کیفیت تدوین شده دو معیار (شاخص) طراحی شود. ۱-پایش پیشرفت برنامه عملیاتی/ بهبود کیفیت یا درصد تحقق اجرای برنامه‌های پیش بینی شده ۲- پایش شاخص‌های تعیین شده برای دستیابی به اهداف اختصاصی برنامه‌ها شاخص تحقق برنامه که بر اساس اهداف اختصاصی در بازه‌های زمانی تعیین شده، اندازه‌گیری می‌شود بیانگر موفقیت برنامه در دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده است، به عنوان مثال ده درصد افزایش رضایتمندی مراجعین به اورژانس. اما شاخص پیشرفت برنامه درصد اجرایی گام‌های برنامه بر اساس زمان بندی تعیین شده است. این معیار موید همخوانی رفتار مجریان با مراحل اجرای برنامه است و الزاماً بیانگر میزان دست‌یابی به اهداف اختصاصی برنامه نیست. در همان مثال" افزایش ده درصدی رضایتمندی مراجعین اورژانس از طریق ایجاد امکانات و بهبود مبلمان"، اگر در گام‌های اجرایی برنامه خرید و نصب امکانات و مبلمان در نظر گرفته شده، صد درصد بر اساس زمان بندی تعیین شده انجام شود الزاماً به معنی ارتقای ده درصدی شاخص برنامه نیست! و اگر تغییری در رضایتمندی بیماران بوجود نیاید پیشرفت برنامه قابل قبول است اما اهداف برنامه محقق نشده اند. به عبارت دیگر روش انتخاب شده به درستی اجرا شده اما الزاماً این روش منجر به افزایش ده درصدی رضایتمندی نشده است. لذا در هر برنامه توصیه می‌شود به منظور امکان بازنگری‌های به موقع و جلوگیری از اتلاف منابع و زمان به هر دو بعد پایش نحوه اجرا و اندازه‌گیری تحقق برنامه اهتمام شود. چراکه در مقاطع پایش و اندازه‌گیری فرصت بازنگری در هر دو بعد میسر می‌شود.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت	

سنجه ۲. مسئولان پایش برنامه‌ها، نتایج پایش و ارزیابی برنامه‌های عملیاتی/بهبود کیفیت مربوط را به صورت فصلی، در کمیته پایش و سنجش کیفیت گزارش و پس از بررسی نتایج به تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	گزارش نتایج شاخص/ شاخص‌های برنامه‌ای به کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط مسئول مربوط*	بررسی مستند
۲	بررسی و تحلیل نتایج شاخص/ شاخص‌های برنامه‌ای در جلسات کمیته پایش و سنجش کیفیت	بررسی مستند
۳	تهیه گزارش تحلیلی نتایج شاخص/ شاخص‌های برنامه‌ای و در صورت لزوم پیشنهادات اصلاحی با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت جهت ارائه به تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۴	ارائه گزارش تحلیلی و پیشنهادات اصلاحی به جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت	بررسی مستند
توضیحات	*گزارش توسط مسئول پایش و اندازه‌گیری برنامه و حداقل سه ماهه (فصلی) و در صورت نیاز در بازه‌های زمانی کوتاه تر.	
هدایت کننده	کمیته پایش و سنجش کیفیت، مسئول بهبود کیفیت	

سنجه ۳. تیم مدیریت اجرایی براساس گزارش نتایج ارزیابی پیشرفت برنامه‌های علمیاتی در خصوص هریک از برنامه‌ها در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت، تدوین و ابلاغ می‌نماید و دفتر بهبود کیفیت بر اجرای آن‌ها نظارت می‌کند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی گزارش تحلیلی و پیشنهادات اصلاحی کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص پیشرفت برنامه‌های علمیاتی/ بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۲	در صورت لزوم برنامه ریزی تیم مدیریت اجرایی جهت انجام اقدامات اصلاحی* جهت بازنگری برنامه و به منظور تحقق اهداف آن	بررسی مستند
توضیحات	* با مشارکت صاحبان فرآیند و در صورت ضرورت برنامه بهبود کیفیت به منظور رفع موانع پیشرفت برنامه توسط تیم مدیریت اجرایی، تدوین وابلاغ می‌شود.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت	

الف	۳	۳	عملکرد بالینی و غیر بالینی بیمارستان، اندازه‌گیری شده و براساس آن بازنگری انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- آگاهی بیمارستان از پیامدهای مهم عملکردی در ابعاد بالینی و غیر بالینی
- امکان بازنگری و بهبود مستمر عملکرد بیمارستان با مشارکت همه صاحبان فرآیند
- ترویج فرهنگ نتیجه گرایی در بیمارستان

سنجه ۱. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت کمیته پایش و سنجش کیفیت و مسئولان بخش‌ها/واحدهای بیمارستان، شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی را اولویت بندی، و به تیم مدیریت اجرایی پیشنهاد می‌نماید.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	طراحی شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی در کمیته پایش و سنجش کیفیت* با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت مسئولان بخش‌ها / واحدها**	بررسی مستند و مصاحبه
۲	پیشنهاد شاخص‌های عملکردی*** بالینی و غیر بالینی به صورت اولویت بندی شده برحسب درجه اهمیت به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*کمیته پایش و سنجش کیفیت در جلسات اختصاصی متناسب با بخش‌های مخاطب (درمانی/ تشخیصی/ اورژانس/ اداری/ مالی / پاراکلینیک و....) جلسات مستقل تشکیل می‌دهد و با حضور مسئولان مرتبط شاخص‌های عملکردی بخش‌ها / واحدها را طراحی می‌نماید. **شاخص‌های عملکردی بالینی بایستی تحت نظر و با تایید نهایی مدیر پرستاری طراحی شود. ***شاخص‌های عملکردی در اعتباربخشی نسل نوین در دو گروه ارزیابی می‌شوند: گروه اول شامل شاخص‌هایی است که با توجه به اهمیت آن‌ها اندازه‌گیری مستمر برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت الزامی است. شاخص‌هایی عملکردی الزامی شامل موارد ذیل می‌باشد: ۱- شاخصهای اورژانس: شاخص‌هایی ملی اورژانس ابلاغ شده طی نامه شماره ۱۰۰/۱۳۰۳ مورخ ۱۳۹۰/۹/۱۹ که شامل: درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت، درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت، درصد ترک با مسئولیت شخصی از اورژانس، میانگین مدت زمان تریاژ در هر سطح تریاژ، درصد احیای قلبی - ریوی ناموفق ۲- در بخش‌های مراقبت ویژه (ICU): جمع آوری، تحلیل و گزارش داده‌های مرتبط با مرگ مغزی به استناد نامه هیات محترم دولت به شماره ۹۹۲۹/ت ۲۴۸۰۴ مورخ ۱۳۹۰/۳/۷ و بخشنامه وزارت بهداشت، به شماره ۱۰۰/۷۷۹ مورخ ۱۳۹۰/۵/۳۰، الزامی می‌باشد. (در بیمارستان‌های دارای ICU) ۳- در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی (CCU): جمع آوری، تحلیل و گزارش داده‌های مرتبط با سکته قلبی به استناد نامه معاونت سلامت وزارت بهداشت به شماره ۴۰۲/۶۱۰۳/د مورخ ۱۳۹۲/۵/۱۶، الزامی می‌باشد و در صورتی که این مورد لحاظ نشده باشد نمره به هیچ یک از سنجه‌های این محور تعلق نمی گیرد. (در بیمارستان‌های دارای CCU) توصیه. گروه دوم شاخص‌های عملکردی است، که بیمارستان برحسب شرایط خود به هر تنوع/ تعداد که تشخیص می‌دهد طراحی، پایش و تحلیل می‌نماید. لذا برای اینکه کیفیت خدمات ارائه شده در تمامی ابعاد بررسی شود توصیه می‌شود، حداقل شاخص‌های عملکردی در حیطه‌های ذیل تدوین شود: ○ ایمنی[1]: میزان خطاهای که منجر به حادثه ناگوار، صدمات و عفونت‌ها برای بیمار می‌شود ○ به موقع بودن خدمات[2]: انجام خدمات تشخیصی درمانی در زمان مناسب و وضعیت لیست بیماران ○ اثربخشی[3]: انجام خدمات مؤثر مبتنی بر شواهد معتبر و راهنمای طبابت بالینی ○ کارآیی[4]: میزان هزینه‌های بیمار و وضعیت مصرف داروها، فرآورده‌های خونی، میزان انجام آزمایشات ○ عدالت[5]: انجام خدمات به بیماران بدون توجه به جنسیت، نژاد، سن، وضعیت بیمه، قومیت و... متناسب با نوع و شدت نیازهای ایشان ○ بیمار محوری[6] : میزان رضایتمندی بیمار از نحوه ارائه خدمات و میزان مشارکت آگاهانه در ارائه خدمات	
هدایت کننده	کمیته پایش و سنجش کیفیت، مسئول بهبود کیفیت	

[1] SAFETY
[2] TIMELINESS
[3] EFFECTIVENESS
[4] EFFICIENCY
[5] EQUITY
[6] PATIENT CENTER EDNESS

سنجه ۲. تیم مدیریت اجرایی شاخص‌های عملکردی پیشنهادی کمیته پایش و سنجش کیفیت را بررسی و تصویب نموده و با تعیین مسئول اندازه‌گیری هر یک از شاخص‌ها به تمام بخش‌ها/واحدهای مرتبط ابلاغ می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی فهرستِ شاخص‌های عملکردی پیشنهادی کمیته پایش و سنجش کیفیت، توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۲	انتخاب الویت‌ها و تصویب شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینیِ بخش‌ها/واحدها توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۳	تعیین مسئول اندازه‌گیری شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینیِ مصوب و الزامی* توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۴	تیم مدیریت اجرایی شاخص‌های تعیین شده با هر یک از شاخص‌ها را به تمام بخش‌ها/ واحدهای مرتبط ابلاغ می‌نماید.	بررسی مستند
توضیحات	* شاخص‌هایی است که با توجه به اهمیت آن‌ها اندازه‌گیری مستمر برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت الزامی است. (مراجعه به توضیحات سنجه ۱ از همین استاندارد)	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت/مسئولان بخش‌ها / واحدها	

سنجه ۳. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئولان اندازه‌گیری هر یک از شاخص‌های عملکردی، نتایج را در فواصل زمانی تعیین شده از بخش‌ها/واحدهای بیمارستان دریافت نموده و پس از تحلیل در کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌نماید و پس از تایید تیم مدیریت اجرایی، نتایج تحلیل‌ها به بخش‌ها/واحدهای مرتبط اطلاع‌رسانی می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	گزارش نتایج اندازه‌گیری هریک از شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی توسط مسئولان اندازه‌گیری* هریک از شاخص‌ها به دفتر بهبود کیفیت در فواصل زمانی معین**	بررسی مستند
۲	گزارش نتایج شاخص / شاخص‌های عملکردی به کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط مسئول بهبود کیفیت	بررسی مستند
۳	بررسی و تحلیل نتایج شاخص / شاخص‌های عملکردی در جلسات کمیته پایش و سنجش کیفیت	بررسی مستند
۴	تهیه گزارش تحلیلی نتایج شاخص / شاخص‌های عملکردی با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت جهت ارائه به تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۵	ارائه گزارش تحلیلی به جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت و درصورت موافقت تیم مدیریت اجرایی اعلام نتایج به بخش/واحد مربوط توسط دفتر بهبود کیفیت	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*مسئول اندازه‌گیری هریک از شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی توسط تیم مدیریت اجرایی تعیین می‌شود و توصیه می‌شود از بین کارکنان همان بخش یا واحد انتخاب نشود. ** بر اساس بازه زمانی تعیین شده در شناسنامه شاخص و در همین بازه زمانی هر شاخص اندازه‌گیری و گزارش می‌شود.	
هدایت کننده	کمیته پایش و سنجش کیفیت، مسئول بهبود کیفیت	

سنجه ۴. تیم مدیریت اجرای با مشارکت صاحبان فرآیند براساس نتایج و تحلیل شاخص‌های عملکردی، اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت، تدوین و ابلاغ می‌نماید و دفتر بهبود کیفیت بر اجرای آن‌ها نظارت می‌کند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی گزارش تحلیلی کمیته پایش و سنجش کیفیت درخصوص نتایجِ شاخص / شاخص‌های عملکردی در تیم مدیریت اجرایی با حضور مسولان و کارکنان کلیدی مرتبط	بررسی مستند
۲	اخذ تصمیمات اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت در مورد شاخص‌های که نتایج آن‌ها در محدوده هشدار/ بحرانی قرار دارند، با مشارکت صاحبان فرآیند*	بررسی مستند
۳	نظارت دفتر بهبود کیفیت بر اجرای صحیح اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت ابلاغ شده از سوی تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* صاحب فرآیند کسی است که مدیریت فرآیند و بهبود آن را از طریق نظارت و گزارش کارایی فرآیندها (شاخص) برعهده دارد.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت و مسئولان بخش‌ها / واحدها	

الف	۳	۴	مشکلات جاری و فرصت‌های بهبود، شناسایی و اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت مرتبط اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد

- حل مشکلات ازسطح بخش تا مدیریت ارشد با شیوه‌های ساختارمند
- بهبود فرآیندها و پیامدهای بخش‌ها و واحدها با انجام کارگروهی و خرد جمعی
- کاهش هزینه‌های فزاینده مشکلات با رفع زودهنگام آن در بخش‌ها و واحدها

سنجه ۱. مسئولان بخش‌ها/واحدها با همکاری کارکنان نسبت به شناسایی مشکلات و تعیین فرصت‌های بهبود اقدام نموده و پس از اولویت‌بندی، اقدام اصلاحی مورد نیاز را تعیین، اجرا و سوابق آن را به صورت فایل الکترونیک ثبت، و در بازه زمانی مشخص اثربخشی اقدامات را ارزیابی می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی مشکلات و فرصت‌های بهبود توسط مسئولان بخش‌ها/ واحدها با همکاری کارکنان مرتبط	بررسی مستند و مصاحبه
۲	الویت بندی مشکلات و فرصت‌های بهبود و برنامه ریزی برای اقدام اصلاحی* توسط مسئولان بخش‌ها / واحدها	بررسی مستند و مصاحبه
۳	ذخیره سوابق اقدامات اصلاحی با توصیف مشکل و نحوه حل آن با ذکر تاریخ دریک فایل الکترونیک در رایانه بخش**	بررسی مستند و مصاحبه
۴	بررسی مجدد اثربخشی اقدام اصلاحی توسط مسئول واحد / بخش در بازه زمانی معین به تشخیص مسئول	مصاحبه
توضیحات	*اقدام اصلاحی مستقیم زمانی مورد انتظار است که مسئول بخش / واحد بدون نیاز به منابع برون بخشی صرفاً یک مشکل فرآیندی را بازبینی و حل مشکل می‌نماید. **نیازی به طراحی فرم و مستند سازی نیست، این ثبت سوابق صرفاً برای استفاده آینده‌گان از تجربه مسئولان قبلی است و ثبت الکترونیکی آن در یک صفحه کفایت میکند.	
هدایت کننده	مسئول بهبود کیفیت و مسئولان بخش‌ها / واحدها	

سنجه ۲. دفتر بهبود کیفیت برنامه‌های بهبود کیفیت پیشنهادی بخش‌ها/واحدها را در جلسات تیم مدیریت اجرایی، مطرح و در صورت تصویب با همکاری مسئولان واحدها/بخش‌ها بر پیشرفت و اجرای آن نظارت و نتایج را به تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌نماید.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین برنامه بهبود با مشارکت مسئول بهبود کیفیت در مواردی که حل مشکل نیاز به منابع خارج از بخش دارد و یا نیازمند تعامل بیش از یک بخش در حل مشکل است*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	معرفی برنامه‌های بهبود بخش‌ها / واحدها در اولین جلسه تیم مدیریت اجرایی جهت تصویب و تامین منابع مورد نیاز توسط مسئول بهبود کیفیت	بررسی مستند و مصاحبه
۳	در صورت تایید تیم مدیریت اجرایی ابلاغ برنامه بهبود به بخش/ واحد و تامین منابع مورد نیاز	بررسی مستند
۴	نظارت مسئول بهبود کیفیت بر اجرا و پیشرفت برنامه بهبود کیفیت ابلاغ شده و گزارش نتایج به تیم مدیریت اجرایی	مصاحبه و بررسی مستند
توضیحات	*برنامه بهبود کیفیت در بخش‌ها / واحدها زمانی تدوین خواهد شد که حل مشکلات مطرح شده نیاز به منابع انسانی مالی و تجهیزاتی دارد و با اجرای اقدامات اصلاحی توسط مسئول بخش امکان رفع مشکل وجود نداشته باشد. برنامه بهبود کیفیت با مشارکت مسئول/مسئولین مرتبط و همکاری دفتر بهبود کیفیت تدوین به تصویب تیم مدیریت اجرایی می‌رسد. تعداد برنامه های بهبود ملاک امتیازدهی نیست. بلکه نحوه شناسایی و حل مشکلات بخش ها /واحدها حائز اهمیت است.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت و مسئولان بخش‌ها / واحدها	

الف	۳	۵	مستندات مربوط به استانداردهای اعتباربخشی ملی مدیریت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- مدیریت و کنترل بهینه مستندات اعتباربخشی
- یکپارچه سازی مستندات کیفی
- مستند سازی الکترونیکی خط مشی‌ها، روش‌ها و دستورالعمل‌ها

سنجه. دفتر بهبود کیفیت مستنداتی را که برای اجرای الزامات اعتباربخشی ملی تهیه شده‌اند، به صورت فایل الکترونیک در فرمت یکسان با ذکر نام تهیه کننده، تایید کننده و تصویب کننده و شماره ویرایش و بازنگری کدگذاری نموده و در دسترس الکترونیکی کارکنان قرار می‌دهد.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	ایجاد فرمت الکترونیک یکسان خط مشی‌ها و روشها، روشهای اجرایی، دستورالعمل‌های بیمارستان*	بررسی مستند
۲	الکترونیکی** بودن تمامی فرمت‌های خط مشی‌ها و روش‌ها، روش‌های اجرایی و دستورالعمل‌ها	مشاهده

توضیحات	*برای تهیه فرمت مستندات اعتباربخشی هیچ قالب الزامی وجود ندارد اما در خصوص محتوای آن بایستی حداقل الزامات عمومی شامل نام تهیه کننده، تایید کننده و تصویب کننده و شماره ویرایش و بازنگری کدگذاری شوند. ** تمامی خط مشی و روش، روشهای اجرایی و دستورالعمل‌ها بایستی در قابل فایل الکترونیک باشند و نیازی به امضا ندارند اما بایستی با نامه رسمی و امضای تصویب کننده از طریق اتوماسیون ابلاغ شود.
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت

الف	۳	۶	ارزیابی عملکرد بیمارستان در پیاده سازی اعتباربخشی ملی با رویکرد بهبود مستمر توسط تیم‌های داخلی انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- آگاهی بیمارستان از عملکرد اعتباربخشی پیش از ارزیابی نهایی
- فرصت و امکان بازنگری و بهبود استقرار استانداردها پیش از ارزیابی نهایی

سنجه ۱. بخش‌ها/ واحدها در زمان تعیین شده، با رویکرد بهبود مستمر کیفیت، خودارزیابی استانداردهای اعتباربخشی ملی ایران را انجام داده و پس از انجام اقدامات اصلاحی در راستای استقرار استانداردها گزارش نهایی آن را به تیم مدیریت اجرایی ارائه می‌نماید.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	انجام خودارزیابی استانداردهای اعتباربخشی ملی ایران توسط مسئولان بخش / واحدها بر اساس کتاب راهنما*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	شناسایی موارد عدم انطباق و اقدام اصلاحی درون بخشی در جهت استقرار کامل استانداردهای مرتبط با بخش / واحد	بررسی مستند و مصاحبه
۳	ارسال نتایج خودارزیابی و گزارش اقدامات اصلاحی درون بخشیِ انجام شده به دفتر بهبود کیفیت **	بررسی مستند
۴	بررسی نتایج خودارزیابی بخش‌ها / واحدها توسط مسئول بهبود کیفیت و درصورت لزوم ارائه پیشنهاد اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت	بررسی مستند و مصاحبه
۵	ارائه گزارش نتایجِ خودارزیابی بخش‌ها/ واحدها و اولویت بندی اقدامات اصلاحی / برنامه‌های بهبود کیفیت مورد نیاز به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت	بررسی مستند
۶	بررسی گزارش تحلیلی دفتر بهبود کیفیت در تیم مدیریت اجرایی و تصویب اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود کیفیت بر اساس اولویت بندی انجام شده و ابلاغ آن‌ها به بخش‌ها / واحدها	بررسی مستند
۷	انجام خودارزیابی‌های مکرر با رویکرد بهبود مستمر توسط مسئول بخش‌ها / واحدها تا زمان اطمینان از استقرار استانداردهای اعتباربخشی	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات	*با توجه به وظیفه (نقش) محوری بودن استانداردها، خودارزیابی در اغلب مواقع نیازمند کارگروهی می‌باشد و روش انجام، افراد دخیل و همچنین نحوه گزارش نتایج به دفتر بهبود کیفیت با تشخیص بیمارستان تعیین می‌شود. **برخی اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود نیازمند منابع انسانی، ملی یا تجهیزاتی است، که بایستی شرح آن به همراه نتایج خودارزیابی به دفتر بهبود کیفیت ارسال شود.
هدایت کننده	مسئول بهبود کیفیت، مسئولان بخش‌ها / واحدها

سنجه ۲. بیمارستان گروه ارزیابی داخلی تشکیل داده و طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، ارزیابی داخلی را با رویکرد بهبود مستمر کیفیت انجام داده و پس از انجام اقدامات اصلاحی نتایج نهایی را در سامانه اعتباربخشی بارگذاری می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تشکیل تیم ارزیابی داخلی اعتباربخشی با محوریت تیم مدیریت اجرایی*	مصاحبه
۲	انجام ارزیابی داخلی بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی و کتاب راهنما **	بررسی مستند و مصاحبه
۳	ثبت نتایج ارزیابی داخلی در سامانه الکترونیکی آنلاین وزارت بهداشت تحت نظارت رئیس/مدیرعامل***	بررسی مستند
۴	تایید نهایی نتایج خودارزیابی توسط رئیس/ مدیرعامل برای انجام ارزیابی نهایی اعتباربخشی بیمارستان در سامانه الکترونیکی آنلاین وزارت بهداشت و در بازه زمانی مقرر	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*انتخاب اعضای گروه داخلی ارزیابی با تشخیص رئیس/ مدیرعامل است. **تمامی سنجه‌های اعتباربخشی در سطح بیمارستان بایستی خودارزیابی و با استفاده از نام کاربری و کلمه عبور رئیس بیمارستان در سامانه الکترونیکی وزارت بهداشت نمره دهی شود. ***رئیس /مدیرعامل می‌تواند این مسئولیت را تفویض نماید اما با توجه به اهمیت نتایج خودارزیابی توصیه نمی‌شود. توصیه. تعیین افراد پاسخگو برای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در هریک از محورها و مدیریت و برنامه ریزی تیم مدیریت اجرایی با مشارکت همه اعضای در خود ارزیابی اعتباربخشی توصیه می‌شود. نتایج ارزیابی داخلی جنبه خود اظهاری داشته و الزاما قابل تعمیم به نتایج نهایی بیمارستان نخواهد بود.	
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، مسئول بهبود کیفیت و اعضای تیم مدیریت اجرایی	

الف. مدیریت و رهبری

الف–۴)مدیریت خطا

الف	۴	۱	اقدامات برنامه ریزی شده ای برای پیشگیری از خطاهای پزشکی اجرا می شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی
- توسعه فرهنگ بیمار محوری و اولویت بخشی به ایمنی بیماران در فرهنگ سازمانی بیمارستان

سنجه ۱. روش اجرایی" ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی" با حداقل های مورد انتظار در واحدها / بخش ها، با محوریت مسئول ایمنی و با مشارکت کمیته‌های بیمارستانی و واحدها / بخش های مرتبط تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند** در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مدل وشیوه ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی تجربه شده در بیمارستان، در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	تعیین شیوه شناسایی و کنترل عوامل مستعد کننده بروز خطای پزشکی در بیمارستان ، در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	نحوه شناسایی اعضا و توالی زمانی ارزیابی پیشگیرانه در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	تعیین شرایط تکرار ارزیابی پیشگیرانه در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	نحوه گزارش و پی گیری نتایج ارزیابی پیشگیرانه در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۱	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۲	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۱۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۱۴	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	*انتظار می‌رود این روش اجرایی برای پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی تجربه شده در بیمارستان تدوین شود. در عین حال امکان شناسایی عوامل مستعد کننده بروز خطای پزشکی محتمل آتی را نیز فراهم نماید. **تدوین روش اجرایی با محوریت مسئول فنی / ایمنی و مشارکت کمیته های دارو ودرمان، کنترل عفونت، مرگ و میر زایمان طبیعی و سایر کمیته ها و کارکنان به تشخیص بیمارستان انجام شود ارزیابی پیشگیرانه خطای پزشکی به معنی ارزیابی خطا نمی‌باشد چراکه قبل از بروز خطا، عوامل زمینه ساز خطاهای پزشکی(انسانی، تجهیزاتی و ساختاری) ارزیابی می‌شوند. این عوامل معمولا پس از تحلیل ریشه‌ای خطاهای پزشکی شناسایی می‌شوند(کمیته مرگ و میر). انتظار می‌رود بیمارستان با استفاده از تجربیات بدست آمده در سوابق مورتالیتی و موربیدتی بیمارستان و موارد شایع در سایر مراکز نسبت به ارزیابی پیشگیرانه برای جلوگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی اقدام نماید. از طرفی در حین ارزیابی، امکان تخمین احتمال بروز خطا با توجه به عوامل سه گانه پیش گفت نیز در مواردی میسر است. به عنوان مثال، عدم کالیبراسیون تجهیزات پزشکی حیاتی یا وجود نقایص فرآیندی مانند عدم احراز دقیق هویت بیماران قبل از درمان، و سایر نقاط کلیدی مستعد کننده بروز خطا قابل شناسایی هستند.
هدایت کننده	کمیته مرگ و میر، مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی

سنجه ۲. نتایج ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی در بخش‌ها/واحدهای بیمارستان توسط مسئول ایمنی پس از تعیین اولویت و ثبت در فهرست خطاهای احتمالی، با توجه به نوع خطا در کمیته‌های مرتبط طرح و اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی عوامل تهدید کننده زیرساختی* در بروز خطا های پزشکی در نتایج ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی	بررسی مستند
۲	ارزیابی و شناسایی عوامل تهدید کننده فرآیندی** در بروز خطا های پزشکی در ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی	بررسی مستند و مصاحبه
۳	تهیه فهرست و اولویت بندی عوامل تهدید کننده زیرساختی و فرآیندی و خطاهای احتمالی پزشکی توسط مسئول فنی	بررسی مستند و مصاحبه
۴	بررسی فهرست عوامل تهدید کننده زیرساختی و فرآیندی و خطاهای احتمالی پزشکی نتایج ارزیابی پیشگیرانه در کمیته های مرتبط*** و اخذ تصمیمات اصلاحی یا تدوین برنامه بهبود کیفیت جهت رفع عوامل زمینه ساز بروز خطا	بررسی مستند
۵	اجرای اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود کیفیتِ مصوب کمیته ها برای رفع عوامل مستعد کننده بروز خطای پزشکی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*عوامل زیرساختیِ مستعد کننده بروز خطاهای پزشکی شامل منابع انسانی(کمبود، ضعف عملکردی)، تجهیزات(کمبود، نقص فنی) است. ** عوامل فرآیندی مستعد کننده بروز خطاهای پزشکی شامل روش‌های ارائه مراقبت و درمان (عدم رعایت دستورالعمل‌ها، الزامات کیفی و فنی) می‌باشد. ***کمیته‌های مرتبط شاملِ کمیته‌های مرگ ومیر،کنترل عفونت، طب انتقال خون، دارو درمان و تجهیزات پزشکی، زایمان طبیعی و سایر کمیته ها با توجه به نتایج ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی می‌باشد.	
هدایت کننده	کمیته مرگ و میر، مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی و مسئول بهبود کیفیت	

سنجه ۳. کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، کنفرانس ها / سمینارهای مرتبط با مرگ و میر و عوارض بیمارستانی را با هدف اطلاع‌رسانی و آگاه ساختن کارکنان در این زمینه، در بیمارستان برگزار می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برگزاری سمینار/کنفرانس هایی با موضوع خطای پزشکی با محوریت کمیته مرگ و میر در بیمارستان در فواصل زمانی معین*	بررسی مستند
۲	آموزش و اطلاع رسانی تجربه های واقعی** بیمارستان و گزارش نتایج ارزیابی های پیشگیرانه خطاهای پزشکی به کارکنان	بررسی مستند
۳	آموزش و اطلاع رسانی نتایج تحلیل ریشه ای (RCA) موارد مرگ غیر منتظره و عوارض بیمارستانی	بررسی مستند
توضیحات	*تواتر زمانی برگزاری این کنفرانس ها وابسته به حجم عملکرد و تعداد تخت فعال بیمارستان متفاوت است و با تشخیص تیم مدیریت اجرایی و کمیته مرگ و میر برنامه‌ریزی می‌شود. اما در بیمارستان های بیش از ۱۰۰ تخت انتظار می‌رود که حداقل سه ماه یک بار برگزارشود و در سایر بیمارستان‌ها حداقل هرشش ماه یکباربرگزار شود. ** استفاده از سوابق خطاهای پزشکی بیمارستان (موضوع سنجه ۲ از استاندارد الف – ۴ -۲ این محور)	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیماران، روسای بخش های بالینی	

الف	۴	۲	اقدامات برنامه‌ریزی شده برای پایش و کنترل خطاهای پزشکی اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد

- تقویت مشارکت کارکنان در پایش و کنترل خطاهای پزشکی
- پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق تحلیلی ریشه‌ای علل بروز
- پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق به اشتراک گذاری تجربه ها

سنجه ۱. روش اجرایی" نحوه گزارش‌دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه" توسط مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با مشارکت صاحبان فرآیند با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	نحوه شناسایی موانع گزارش خطا در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	راه کارهای رفع موانع گزارش‌دهی در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	نحوه افزایش مشارکت کارکنان بالینی در گزارش خطاهای پزشکی در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	نحوه جمع آوری گزارش ها در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	پیش بینی شیوه های خود اظهاری بدون ترس از تنبیه در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۱	پیش بینی فرم‌های کاغذی/ الکترونیکی گزارش خطا، اعم از نزدیک به خطا[1] و وقایع ناخواسته[2] در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۲	نحوه کسب اطمینان از رعایت محرمانه بودن مشخصات فردگزارش دهنده/خطا کننده در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۳	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۴	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۱۵	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۱۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	*با محوریت کمیته مرگ و میر با حضور مسئول فنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار سایر کارکنان به تشخیص این کمیته. مهمترین گام در مدیریت خطاهای پزشکی ، گزارش به موقع و جامع خطا، تحلیل ریشه‌ای و انجام اقدامات پیشگیرانه در بروز مجدد خطا است. (موضوع استاندارد الف – ۴ – ۱) .در مواردی به دلیل ترس از سرزنش و تنبیه، خطاهای پزشکی گزارش نمی‌شود. این روش اجرایی به منظور شناسایی و رفع موانع گزارش خطا و پیش‌بینی مدبرانه راه های جایگزین برای ترقیب کارکنان به گزارش خطاهای پزشکی است. قطعا منظور از این روش تشویق کارکنان خاطی نیست. بلکه با توجه به شرایط فرهنگی و بومی هر بیمارستان بایستی شیوه‌های اخذ گزارش بدون ترس از تنبیه را طراحی و اجرا نمود. به عنوان مثال حمایت حقوقی بیمارستان از کارکنانی که خطای پزشکی خود را گزارش می‌نمایند و یا ایجاد صندوق گزارش خطا های با فرم‌های معین و بدون نام در هر بخش و بسیاری از روش های خلاقانه دیگر می‌تواند موانع را برطرف و پیش از تکرار، از بروز مجدد خطا پیشگیری به عمل آید.
هدایت کننده	کمیته مرگ و میر، مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی و مسئول بهبود کیفیت

[1] Near Miss

[2] Adverse Events

سنجه ۲. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول ایمنی سوابق خطاهای پزشکی را به صورت جاری، کامل، صحیح، ثبت نموده و از آن ها برای ارتقای ایمنی بیماران و تداوم درمان و مراقبت استفاده می‌شود.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	جمع آوری سوابق خطاهای پزشکی تایید شده در کمیته‌های مختلف بیمارستانی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت*	بررسی مستند
۲	جمع آوری گزارش‌های عمومی و خود اظهاری خطاهای پزشکی طبق روش اجرایی گزارش‌دهی همگانی خطاهای پزشکی **	بررسی مستند
۳	تدوین فرم الکترونیکی*** ثبت سوابق خطاهای پزشکی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول فنی بیمارستان	بررسی مستند
۴	استفاده از سوابق خطاهای پزشکی به عنوان تجربه های آموزشی در پیشگیری از بروز خطا و بهبود ایمنی بیماران****	مصاحبه

توضیحات	*نماینده دفتر بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار عضو تمامی کمیته‌های بیمارستانی هستند لذا انتظار می‌رود با مشارکت لازم سوابق خطاهای پزشکی احصا شده در کمیته را جمع آوری نمایند. **طبق روش اجرایی"نحوه گزارش‌دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه" موضوع سنجه ۱ استاندارد الف–۴-۲ ***فرم الکترونیکی حداقل شامل نوع خطا، رده شغلی فرد/ افراد خطا کننده، زمان و شیفت کاری که در آن خطا رخ داده، عوامل و شرایط ایجاد کننده خطا و عوارض یا مشکلات ایجاد شده در نتیجه خطا است. فرم‌ها بایستی حداقل دو ماه یک بار به روز رسانی شود. **** آموخته‌ها "با محوریت مسئول فنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به منظور اشتراک گذاری با سایر کارکنان مرتبط اطلاع‌رسانی می‌شود(موضوع سنجه ۴ استاندارد الف–۴-۲) و در کنفرانس‌های آموزشی (موضوع سنجه ۳ استاندارد استاندارد الف – ۴- ۱) مورد استفاده قرار می‌گیرد.
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی

سنجه ۳. گزارش خطاهای پزشکی رخ داده به ویژه در موارد ذیل و سایر خطاهای پزشکی به تشخیص مسئول ایمنی بیمار توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در کمیته مرتبط ارائه شده و پس از بررسی و تحلیل ریشه‌ای خطا اقدام اصلاحی/پیشگیرانه/برنامه بهبود کیفیت تدوین شده و پس از تایید تیم مدیریت اجرایی ابلاغ شده و مسئول ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت می‌نماید.

مرگ های غیر منتظره و عوارض غیر منتظره شامل :

- واکنش های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، باعث آسیب به بیمار شده اند
- خطاهای دارویی مهم که باعث آسیب به بیمار شده اند.
- خطا ها و رویدادهای هوشبری که باعث آسیب به بیمار شده اند.
- تفاوت های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته‌های پاتولوژی و جراحی.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	برگزاری جلسه کمیته مرگ و میر حداکثر ۲۴ ساعت بعد از وقوع مرگ های غیر منتظره*با محوریت مسئول فنی	بررسی مستند و مصاحبه
۲	برگزاری جلسه فوق العاده کمیته طب انتقال خون** در صورت تزریق فرآورده‌های ناسازگار و بروز عوارض پایدار در بیماران با محوریت مسئول فنی	بررسی مستند و مصاحبه
۳	برگزاری جلسه فوق العاده کمیته دارو ودرمان در صورت بروز خطاهای دارودهی، رویدادهای هوشبری، جراحی و سایر مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی که منجر به بروز عوارض پایدار در بیماران با محوریت مسئول فنی	بررسی مستند و مصاحبه
۴	برگزاری جلسه کمیته آسیب شناسی و نسوج در صورت اخذ گزارش*** تفاوت های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته های پاتولوژی و جراحی توسط مسئول ایمنی/کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	بررسی مستند و مصاحبه
۵	تحلیل ریشه ای خطاهای پزشکی ضمن بررسی دقیق پرونده بالینی بیماران در کمیته های مرتبط با موضوع خطا	بررسی مستند
۶	اخذ تصمیمات اصلاحی / پیشگیرانه در کمیته مرتبط و اجرای آنها بر اساس تصمیم کمیته	بررسی مستند و مصاحبه
۷	در صورت نیاز تدوین برنامه بهبود کیفیت بر اساس نتایج تحلیل ریشه‌ای خطاهای پزشکی با تشخیص کمیته مرتبط و طرح برنامه در جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول فنی و مسئول بهبود کیفیت	بررسی مستند و مصاحبه
۸	تصویب و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت، توسط تیم مدیریت اجرایی و نظارت مسئول فنی بر اجرای صحیح آن با هماهنگی مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات	* با تشخیص مسئول فنی/ ایمنی و حضور متخصص پزشکی قانونی ** با حضور مسئول فنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار *** کمیته آسیب شناسی و نسوج با کمیته مرگ و میر جلسه مشترک برگزار می کند. اخذ گزارش پس از بررسی پرونده های بالینی بیماران جراحی و نتایج پاتولوژی توسط مسئول فنی با مشارکت رئیس بخش جراحی و پاتولوژیست انجام می‌شود.
هدایت کننده	کمیته مرگ و میر، مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی

سنجه ۴. علل خطاهای پزشکی جهت پیشگیری از وقوع مجدد / کاهش خطاهای آتی به صورت " به اشتراک گذاری آموخته‌ها " با محوریت دفتر بهبود کیفیت به سایر کارکنان مرتبط اطلاع‌رسانی می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	برنامه ریزی برای به اشتراک‌گذاری علل خطاهای پزشکی رخ داده از طریق اطلاع رسانی موثر به کارکنان مرتبط با محوریت دفتر بهبود کیفیت و هماهنگی مسئول فنی بیمارستان	بررسی مستند و مصاحبه
۲	به اشتراک‌گذاری علل خطاهای پزشکی رخ داده در سمینارهای مرتبط*	بررسی مستند و مصاحبه
۳	به اشتراک‌گذاری علل خطاهای پزشکی رخ داده در جلسات درون بخشی و درون گروهی**	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات	*موضوع سنجه ۳ استاندارد الف – ۴- ۱ **جلسات درون بخشی در قالب جلسات پرستاری و پزشکی و در بیمارستان های آموزشی در گزارش های صبحگاهی و ژورنال کلاب
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی، مسئول بهبود کیفیت

الف	۴	۳	ارزیابی عملکرد بیمارستان در اجرای برنامه‌های مدیریت خطاهای پزشکی و ایمنی بیمار انجام و بازنگری می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ارتقای ایمنی بیماران از طریق مدیریت شاخص های ایمنی بیماران
- بازنگری و بهبود فرآیندها بر اساس ارزیابی مستمر میدانی ایمنی بیمار

سنجه ۱. شاخص‌های ایمنی بیمار با محوریت مسئول ایمنی و مشارکت پزشکان/ پرستاران و سایر کارکنان بالینی تعیین و پایش شده و تیم مدیریت اجرایی پس از دریافت گزارش ارزیابی‌ها، اقدامات اصلاحی/ پیشگیرانه/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ شده و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت می‌نماید.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تعیین شاخص های ایمنی بیمار* در بخش‌های تشخیصی و درمانی با محوریت مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مشارکت پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بالینی	بررسی مستند و مصاحبه
۲	پایش و اندازه‌گیری شاخص‌های ایمنی در بخش‌های تشخیصی و درمانی توسط مسئول اندازه‌گیری مربوط**	بررسی مستند
۳	تحلیل نتایج شاخص‌های ایمنی بیمار با مشارکت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در دفتر بهبود کیفیت	بررسی مستند
۴	گزارش تحلیل نتایج شاخص‌های ایمنی در تیم مدیریت اجرایی در بازه زمانی معین توسط مسئول بهبود کیفیت	بررسی مستند
۵	اخذ تصمیمات اصلاحی/ پیشگیرانه/ تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی***	بررسی مستند
۶	نظارت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای آن اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه و برنامه بهبود کیفیت ابلاغی	مصاحبه

توضیحات

* حداقل شاخص‌های ایمنی شامل:

۱. سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
۲. واکنش ناشی از انتقال خون ناسازگار
۳. آسیب حین تولد نوزاد
۴. سوختگی با کوتر در اتاق عمل
۵. انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
۶. جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی
۷. آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
۸. عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
۹. خون‌ریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
۱۰. ایجاد زخم فشاری درجه ۳ یا ۴ و یا زخم های فشاری تونلی در بیمارستان بستری
۱۱. تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پرخطر که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار شود
۱۲. تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی دربازه زمانی کوتاه
۱۳. شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عوارض پایدار شود
۱۴. عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود
۱۵. سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته‌ی ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود

** شناسنامه شاخص‌های ایمنی توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مشارکت حداقل یک نفر از هر گروه از کارکنان بالینی تدوین می‌شود. در فواصل تعریف شده در شناسنامه شاخص توسط مسئول اندازه گیری شاخص، اطلاعات مربوط، جمع اوری ،استخراج و به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار ارائه می‌شود.

*** تیم مدیریت اجرایی جلسات مشترک با تیم ایمنی برگزار می‌کند و در سه محور وضعیت ایمنی بیماران را بررسی نموده و تصمیمات اصلاحی/ پیشگیرانه/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ می‌نماید

۱. استاندارد الف –۲-۴ سنجه های ۱ و ۲ با موضوع بازدیدهای مدیریتی به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی خطرات احتمالی
۲. گزارش تحلیل نتایج شاخص‌های ایمنی استاندارد الف ۴ -۳ سنجه ۱ با موضوع پایش شاخص‌های ایمنی
۳. نتایج ارزیابی ایمنی بیمار توسط تیم ایمنی در سطح بیمارستان استاندارد الف ۴ -۳ سنجه۱و ۲ با موضوع ارزیابی تیم ایمنی

هدایت کننده	مسئول فنی، مدیر پرستاری، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی، مسئول بهبود کیفیت، روسا و سرپرستاران بخش های بالینی

سنجه ۲. رئیس/مدیرعامل بیمارستان ازبین اعضای کمیته‌های بیمارستانی افرادی را برای عضویت درتیم ایمنی بیمارانتخاب می‌نمایدو در فواصل زمانی معین نسبت به انجام ارزیابی ایمنی بیمار در سطح بیمارستان اقدام نموده و مسئول ایمنی نتایج را به تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های مرتبط گزارش می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تشکیل تیم ایمنی بیمار با سرپرستی مسئول فنی / ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار *	بررسی مستند
۲	انجام ارزیابی میدانی با موضوع ایمنی بیماران در فواصل زمانی **حداقل هر ماه یک بار	بررسی مستند و مصاحبه
۳	گزارش نتایج ارزیابی به تیم مدیریت اجرایی و سایر کمیته های مربوطه توسط مسئول ایمنی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* تیم ایمنی حداقل شامل: مسئول فنی/ ایمنی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مدیر پرستاری،مسئول کنترل عفونت، مسئول بهبود کیفیت و سایر اعضا به تشخیص رئیس/مدیرعامل بیمارستان **فواصل زمانی برحسب حجم فعالیت و تعداد تخت‌های فعال بیمارستان با تشخیص تیم مدیریت اجرایی زمان بندی می‌شود و حداقل بایستی هر ماه یکبار انجام شود. در صورتی که مسائل حاد و فوری مطرح نباشد می‌تواند در فواصل سه ماه یکبار در تیم مدیریت اجرایی مطرح شود.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان،مسئول فنی/ ایمنی، مدیر پرستاری، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مسئول کنترل عفونت	

سنجه ۳. نتایج ارزیابی تیم ایمنی بیمار توسط تیم مدیریت اجرایی بررسی و اقدام اصلاحی/پیشگیرانه/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ می‌نماید و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارائه نتایج ارزیابی تیم ایمنی به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول فنی/ ایمنی*	بررسی مستند
۲	تدوین و ابلاغ برنامه اصلاحی/پیشگیرانه/ بهبود کیفیت برای موارد تهدید کننده ایمنی بیمار توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۳	نظارت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای برنامه اصلاحی/پیشگیراته/بهبود کیفیت ابلاغی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*تیم مدیریت اجرایی جلسات مشترک با تیم ایمنی برگزار می‌کند و در سه محور وضعیت ایمنی بیماران را بررسی نموده و تصمیمات اصلاحی/ پیشگیرانه/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ می‌نماید. استانداردهای همسو با این سنجه به شرح ذیل است: ۱. استاندارد الف –۲-۴ سنجه های ۱ و ۲ با موضوع بازدیدهای مدیریتی به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی خطرات احتمالی ۲. گزارش تحلیل نتایج شاخص‌های ایمنی استاندارد الف ۴ -۳ سنجه ۱ با موضوع پایش شاخص‌های ایمنی ۳. نتایج ارزیابی ایمنی بیمار توسط تیم ایمنی در سطح بیمارستان استاندارد الف ۴ -۳ سنجه ۱ و ۲ با موضوع ارزیابی تیم ایمنی	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی	

الف	۴	۴	کمیته‌های تخصصی مرگ و میر و عوارض، طبق دستورالعمل‌های ابلاغی فعالیت می‌نمایند.

دستاورد استاندارد

- تصمیم سازی مبتنی بر خرد جمعی در موضوع مهم خطاهای پزشکی
- فعالیت کمیته های قانونی مرگ و میر در بیمارستان

سنجه ۱. کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه به عنوان زیر مجموعه‌ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می‌نماید.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برگزاری جلسات کمیته مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر *	بررسی مستند و مصاحبه
۲	عضویت و حضور مسئول فنی/ ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده در کمیته مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه	بررسی مستند
توضیحات	*با توجه به تفاوت‌های عوامل موثر در بروز خطا در کودکان و آسیب‌پذیری آنها بایستی جلسات اختصاصی با موضوع مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه برگزار شود و ضمن تحلیل ریشه‌ای دلایل مرگ و میر کودکان اقدامات اصلاحی/ پیشگیرانه و برنامه بهبود کیفیت تدوین، ابلاغ و اجرا شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی/ ایمنی، دبیر و رئیس کمیته مرگ و میر	

سنجه ۲. کمیته مرگ مادران و پری ناتال به عنوان زیر مجموعه‌ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می‌نماید.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برگزاری جلسات کمیته مرگ مادران به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر* در موارد مرگ مادر	بررسی مستند و مصاحبه
۲	برگزاری جلسات کمیته مرگ پری ناتال به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر* در موارد پری‌ناتال	بررسی مستند و مصاحبه
۳	عضویت و حضور مسئول فنی/ ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده در کمیته مرگ مادران و پری ناتال	بررسی مستند
توضیحات	*توجه به تفاوت‌های عوامل موثر در بروز خطا در مرگ مادران و مرگ پری ناتال و اهمیت جهانی شاخص مرگ مادران بایستی جلسات اختصاصی با موضوع مرگ مادران و مرگ پری ناتال برگزار شود و ضمن تحلیل ریشه‌ای دلایل مرگ اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه و برنامه بهبود کیفیت تدوین، ابلاغ و اجرا شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی/ ایمنی، دبیر و رئیس کمیته مرگ و میر	

سنجه ۳. کمیته احیاء نوزادان مطابق با بسته خدمتی احیاء نوزاد به عنوان زیر مجموعه‌ای از کمیته مرگ و میر و عوارض، فعالیت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☑ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تشکیل کمیته احیاء نوزادان* به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر	بررسی مستند
۲	عضویت دایم مسئول فنی/ ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده در کمیته احیاء نوزادان	بررسی مستند
۳	تنظیم دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های مرتبط با احیای نوزادان توسط این کمیته	بررسی مستند
۴	ساماندهی وسایل و تجهیزات لازم برای احیای نوزادان برای برگزاری دوره های بازآموزی احیای نوزادان	مشاهده
توضیحات	* برگزاری جلسات این کمیته مطابق با بسته خدمتی احیاء نوزادان و با حضور رئیس / مدیرعامل بیمارستان	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، دبیر و رئیس کمیته مرگ و میر	

سنجه ۴. کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی و تمامی زیر کمیته‌های تخصصی آن در موارد مرگ و میر غیر منتظره حداکثر طی ۲۴ ساعت تشکیل جلسه داده و با همکاری صاحبان فرآیند، سوابق بالینی پرونده بیمار را به صورت ریشه‌ای بررسی و مستند نموده و اقدام اصلاحی طراحی و مسئول فنی بیمارستان براساس قوانین و مقررات مربوط پی‌گیری و اقدام لازم به عمل می‌آورد.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تشکیل کمیته مرگ و میر *و زیر کمیته‌های آن، حداکثر ۲۴ ساعت پس از وقوع مرگ و میر غیرمنتظره و گزارش به دانشگاه	بررسی مستند
۲	تحلیل ریشه‌ای[1] و بررسی پرونده بالینی بیماران پس از وقوع مرگ و میر غیر منتظره حداکثر تا ۷۲ ساعت و گزارش به دانشگاه	بررسی مستند
۳	مشارکت کادر درمانی مرتبط در تحلیل ریشه درلایل مرگ و میری در کمیته	بررسی مستند
۴	اخذ تصمیمات اصلاحی و نظارت مسئول فنی/ ایمنی بر اجرای اقدامات اصلاحی و پی‌گیری اقدامات قانونی	بررسی مستند
توضیحات	*کمیته مرگ و میر با حضور مسئول فنی نوعی ارزیابی داخلی از منظر خطا یا قصور پزشکی است که در صورت اثبات، ضمن گزارش فوری به ریاست بیمارستان و دانشگاه علوم پزشکی بایستی مسئول فنی طبق مقررات و شرح وظایف محوله اقدام نماید.	
هدایت کننده	مسئول فنی/ ایمنی، دبیر و رئیس کمیته مرگ و میر	

سنجه ۵. بیمارستان با همکاری پزشکی قانونی سازوکاری برای انجام اتوپسی در اولین فرصت ممکن برای اثبات علت مرگ ها فراهم می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برنامه ریزی اتوپسی در مواردی که علت مشخصی برای مرگ و میر وجود ندارد با هماهنگی پزشکی قانونی *	بررسی مستند
توضیحات	*درصورتی که پس از تحلیل ریشه ای علت مرگ مشخص نشود، استفاده از فرصت اتوپسی ریشه‌یابی مرگ‌های غیر منتظره را میسر می‌نماید.	
هدایت کننده	مسئول فنی/ ایمنی، دبیر و رئیس کمیته مرگ و میر	

[1] RCA

الف- مدیریت و رهبری

الف –۵) مدیریت "خطرِ حوادث و بلایا"

بیمارستان‌ها با توجه به ماهیت و شرایط خاصی که دارند از جمله وابستگی بیماران بستری به تجهیزات پزشکی حیاتی، ناتوانی بیماران در هنگام وقوع حادثه جهت پناه و گریز، وجود دستگاه‌های حساس، وجود مواد خطرناک و خطرساز، در معرض انواع حوادث داخلی از جمله آتش سوزی، قطع سیستم برق و سامانه اطلاعات بیمارستان، اپیدمی‌ها و سایر موارد قرار دارند. همچنین در صورت وقوع حوادث خارج از بیمارستان مانند تصادفات، زلزله، سیل و سایر بلایاهای طبیعی، ازدحام مصدومین و مراجعین، بیمارستان‌ها را با چالش مواجه می‌نماید. لذا بیمارستان همچون شهری پرخطر، در هر لحظه مستعد حوادث است. این مهم به ویژه در بیمارستان‌های با قدمت بیشتر و با ازدحام مراجعین از حساسیت بیشتری برخوردار است.ایجاد محیطی ایمن برای بیماران، همراهان و کارکنان مستلزم برنامه ریزی است. برنامه ریزی در راستای پیشگیری از بروز حوادث در داخل بیمارستان و کنترل و مدیریت مواجهه با حوادث و بلایای خارجی، از طریق ایجاد آمادگی و افزایش ظرفیت بیمارستان صورت می‌پذیرد. توجه مدیران ارشد به برنامه ریزی‌های پیشگیرانه و ایجاد آمادگی در مواجهه پیش از وقوع، سرمایه گذاری ارزشمندی است که لازم است در دستور کار مدیریت و رهبری بیمارستان قرار گیرد.

الف	۵	۱	بیمارستان ارزیابی و اولویت بندی خطرِحوادث و بلایا را انجام داده واقدامات پیشگیرانه را برنامه‌ریزی می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- شناسایی خطرات بالقوه موجود در بیمارستان و آمادگی و برنامه ریزی جهت کاهش خطرات
- کاهش بروز آسیب به بیماران، مراجعین و کارکنان و کاهش خسارت مالی ناشی از بروز حوادث و بلایا

سنجه ۱. ارزیابی خطرِ حوادث و بلایا در بیمارستان براساس آخرین مرجع علمی اعلام شده از سوی وزارت بهداشت [1] و در سه حیطه ایمنی عملکردی، ایمنی سازه‌ای و غیر سازه‌ای به صورت سالیانه انجام می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تشکیل تیم ارزیابی *	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	انجام ارزیابی خطرِ حوادث و بلایا در حیطه ایمنی عملکردی حداقل سالیانه، طبق دستورالعمل ابلاغی**	بررسی مستندات
۳	انجام ارزیابی خطرِ حوادث و بلایا در حیطه ایمنی سازه‌ای حداقل سالیانه، طبق دستورالعمل ابلاغی***	بررسی مستندات
۴	انجام ارزیابی خطرِ حوادث و بلایا در حیطه ایمنی غیر سازه‌ای حداقل سالیانه، طبق دستورالعمل ابلاغی****	بررسی مستندات
۵	ثبت نتایج ارزیابی و امتیازات آن در فایل اکسل [2]	بررسی مستندات

توضیحات	*تیم ارزیابی خطر حوادث و بلایا حداقل شامل مسئول فنی / ایمنی، مسئولان ساختمان، تأسیسات، تجهیزات، بهداشت محیط و حرفه‌ای، دبیر کمیته و سایر اعضاء منتخب کمیته توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا می‌باشند. **حیطه ایمنی عملکردی منطبق با کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی شامل ایجاد ساختار و برنامه مقابله با حوادث و فوریت‌ها می‌باشد که شامل (تشکیل کمیته، تدوین برنامه و راهنماهای عملیاتی آمادگی، پاسخ و بازتوانی) می‌باشد. طبق بخشنامه شماره ۴۰۱/۸۱۸۹ مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۹ درخصوص ارزیابی بیمارستان‌ها براساس کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی. ***حیطه ایمنی سازه‌ای شامل اجزایی است که وزن ساختمان را تحمل می‌کنند مثل ستون‌ها، تیرآهن‌ها، صفحات بتون و سقف‌ها می‌باشد. طبق بخشنامه شماره ۴۰۱/۸۱۸۹ مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۹ درخصوص ارزیابی بیمارستان‌ها براساس کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی. **** حیطه ایمنی غیر سازه‌ای شامل اجزایی از سازمان هستند که در تحمل وزن ساختمان نقش ندارند مانند سیستم‌های حیاتی(الکتریکی، ارتباطی، ذخایر آب، سوخت، گازهای پزشکی)،گرمایش، سرمایش و تهویه هوا، تجهیزات اداری، تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی و اجزای معماری هستند. طبق بخشنامه شماره ۴۰۱/۸۱۸۹ مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۹ درخصوص ارزیابی بیمارستان‌ها براساس کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی توصیه. نتایج ارزیابی خطر بلایا در اتاق رئیس بیمارستان و یا اتاق مرکز عملیات فوریت (EOC) جهت بررسی و پایش برنامه‌ها، نصب شود.
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا

[1] Hospital Safety Index (HSI)
[2] Excel

سنجه ۲. براساس نتایج ارزیابی خطرِ حوادث و بلایا در حیطه‌های عملکردی، اولویت‌ها مشخص شده و اقدامات پیشگیرانه برنامه‌ریزی شده‌است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	طرح و بررسی نتایج ارزیابی خطر بلایا در حیطه ایمنی عملکردی درکمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	بررسی مستندات
۲	اولویت بندی خطرات*	بررسی مستندات
۳	تدوین برنامه اقدامات پیشگیرانه براساس اولویت‌های تعیین شده	بررسی مستندات
۴	ابلاغ برنامه تدوین شده به بخش‌ها/ واحدهای مرتبط جهت اجرا	بررسی مستندو مصاحبه
۵	اجرای برنامه تدوین شده طبق زمان‌بندی تعیین شده	مشاهده
توضیحات	* اولین مرحله برنامه ریزی مدیریت خطر، بررسی وضعیت موجود سازمان و شناسایی خطرات می‌باشد. مرحله بعد اولویت بندی خطرات است که توسط مدیران ارشد سازمان با در نظر گرفتن اولویت‌های سازمان‌های بالادستی و شرایط بیمارستان (منابع مالی، انسانی، تجهیزات و ارزش‌های سازمان) صورت می‌گیرد.سپساقدامات پیشگیرانه جهت کنترل خطرات، تدوین و اجرایی خواهد گردید این اقدامات شامل مداخلاتی جهت حذف خطر،کاهش خطر، انتقال خطر و یا پذیرش خطر است.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	

سنجه ۳. براساس نتایج ارزیابی خطرِ حوادث و بلایا در حیطه‌های سازه‌ای اولویت‌ها مشخص شده و اقدامات پیشگیرانه برنامه‌ریزی شده‌است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	طرح و بررسی نتایج ارزیابی خطر بلایا در حیطه ایمنی سازه‌ای درکمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	بررسی مستندات
۲	اولویت بندی خطرات	بررسی مستندات
۳	تدوین برنامه اقدامات پیشگیرانه براساس اولویت‌های تعیین شده	بررسی مستندات
۴	ابلاغ برنامه تدوین شده به بخش‌ها/ واحدهای مرتبط جهت اجرا	بررسی مستند و مصاحبه
۵	اجرای برنامه تدوین شده طبق زمان‌بندی تعیین شده *	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* در بیمارستان‌های نوساز و قدمت کمتر از ۵ سال، لازم است مجوز مقاوم سازی ساختمان و تأسیسات درخصوص اجزای سازه‌ای از مراجع ذیصلاح دریافت شود و در بیمارستان‌های با قدمت بیش از ۵ سال در صورت لزوم مقاوم سازی اتصالات سازه در برخی قسمت‌های بیمارستان اجرا شود و الزاما درهنگام توسعه فضاهای فیزیکی جدید و نصب تجهیزات پزشکی سنگین مانند MRI، CT scan و موارد مشابه، مطالعات مقاوم سنجی صورت پذیرد.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	

سنجه ۴. براساس نتایج ارزیابی خطرِ حوادث و بلایا در حیطه‌های غیرسازه‌ای اولویت‌ها مشخص شده و اقدامات پیشگیرانه برنامه‌ریزی شده‌است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	طرح و بررسی نتایج ارزیابی خطر بلایا در حیطه ایمنی غیر سازه‌ای درکمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	بررسی مستندات
۲	اولویت بندی خطرات	بررسی مستندات
۳	تدوین برنامه اقدامات پیشگیرانه براساس اولویت‌های تعیین شده	بررسی مستندات
۴	ابلاغ برنامه تدوین شده به بخش‌ها/ واحدهای مرتبط جهت اجرا	بررسی مستند و مصاحبه
۵	اجرای برنامه تدوین شده طبق برنامه زمان‌بندی تعیین شده *	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	*در بخش‌ها / واحدها اجزای غیر سازه‌ای ساختمان مانند تابلوها، کمدها و وسایل و تجهیزات پزشکی/ اداری جهت جلوگیری از سقوط یا پرتاب شدن در صورت بروز حوادثی مانند زلزله ثابت شده باشند.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	

سنجه ۵. به صورت سالیانه تمرین‌های شبیه سازی شده حوادث و بلایا براساس نتایج ارزیابی خطر انجام می‌شود که حداقل شامل تمرین دور میزی و تمرین عملیاتی محدود است و کارکنان در رده‌های مختلف شغلی در آن شرکت می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برنامه ریزی برگزاری تمرین‌های شبیه سازی شده جهت کارکنان در رده‌های مختلف شغلی*	بررسی مستندات
۲	تدوین سناریوی تمرین **	بررسی مستندات
۳	برگزاری تمرین دور میزی***حداقل سالیانه	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	برگزاری تمرین عملکردی محدود****حداقل سالیانه	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	* تمرین‌های شبیه سازی شده جهت تقویت وارتقای آمادگی سازمان و کارکنان در راستای پاسخ به حوادث و بلایا به کار می‌رود.کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا براساس نتایج ارزیابی خطر و برنامه‌های آمادگی، برنامه ریزی جهت برگزاری تمرین‌های شبیه سازی شده را ویژه اعضاء کمیته و سایر کارکنان در رده‌های مختلف شغلی بصورت سالیانه تدوین می‌کند که حداقل شامل "تمرین‌های آتش سوزی و تخلیه بیمارستانی" می‌باشد. ** برای انجام تمرین‌ها نیاز به سناریو است. سناریو متن و داستانی است که در آن وقایعی توصیف می‌شود که به دنبال وقوع حوادث و بلایا باعث اختلال در عملکرد سازمان می‌شود.بهتر است سناریوها براساس نتایج ارزیابی خطر تدوین گردند. این تمرین‌ها در قالب تمرین‌های دورمیزی و عملیاتی محدود می‌باشد. *** تمرین دور میزی[1] افراد اصلی مسئول در انجام یک کار دور هم جمع می‌شوند و به بررسی یک سناریو می‌پردازند. این کار معمولاً برای بررسی برنامه‌ها، سیاست‌ها و روش‌ها به کار می‌رود. (ویژه اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا) ****تمرین عملیاتی محدود[2]، طرح هماهنگ و نظارت شده‌ای است که برای بررسی یک فعالیت معین طراحی شده است. به عنوان مثال: ○ تمرین اطفای حریق ○ تمرین تریاژ در حوادث با مصدومین انبوه ○ تمرین فعالسازی سامانه مدیریت حوادث و بلایا در بیمارستان ○ تمرین فعالسازی سامانه هشدار سریع ○ تمرین استفاده از وسایل حفاظت فردی (PPE) در حوادث شیمیایی، هستهای و بیولوژیکی ○ تمرین آلودگی زدایی مصدومین در حوادث شیمیایی، هسته‌ای و بیولوژیکی ○ تمرین حفظ ایمنی و امنیت بیمارستان، پرسنل و بیماران در زمان وقوع حوادث و بلایا ○ تمرین تخلیه اضطراری افقی و یا عمودی در بخش‌های مختلف بیمارستان به ویژه بخش اورژانس دستورالعمل مرتبط: نقشه راه کارگروه سلامت در حوادث غیر مترقبه طی نامه شماره ۴۰۱/۲۸۲۹۷د مورخ ۱۳۹۴/۱۰/۲۷	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	

[1]Tabletop Exercise

[2]Drill

الف	۵	۲	اقدامات پیشگیری و کنترل آتش سوزی در بیمارستان اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد

- کاهش احتمال خطر آتش سوزی
- محافظت از جان بیماران، همراهان و کارکنان در برابر خطر آتش سوزی
- کاهش خسارات مالی ناشی از آتش سوزی

سنجه ۱. روش اجرایی "ایمنی در مقابل آتش سوزی" با محوریت کمیته خطرِحوادث و بلایا با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	پیش‌بینی طرح مدون ایمنی در مقابل آتش سوزی شاملِ پیشگیری، کشف سریع، پاسخ و خروج ایمن در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	نحوه آغاز عملیات آتش نشانی بخش‌ها / واحدها یا تیم‌های مقابله با آتش درصورت بروز آتش سوزی در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۹	آگاهی کارکنان مرتبط** از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۱۰	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۱۱	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده و مصاحبه

توضیحات	* روسا / مسئولان بخش‌ها و واحدها ** روسا /مسئولان بخش‌ها و واحدها و کارکنان
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، رئیس و دبیر سایر اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تیم آتش نشانی

سنجه ۲. مکان‌های خطر آفرین برای آتش سوزی شناسایی شده و تمهیدات اختصاصی پیشگیری و کنترل در نظر گرفته شده است.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	شناسایی مکان‌های خطر آفرین* و مستعد آتش سوزی در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	بررسی مستند
۲	برنامه ریزی اقدامات پیشگیرانه** آتش سوزی	بررسی مستند
۳	ابلاغ برنامه به بخش‌ها/ واحدهای مرتبط و اجرای برنامه	مصاحبه
۴	نصب تابلو و مشخص نمودن این مکان‌ها در بیمارستان	مشاهده
۵	نصب امکانات و تجهیزات لازم جهت شناسایی سریع و اطفاء حریق به تعداد کافی	مشاهده
۶	نگهداری مواد قابل اشتعال در یک انبار امن خارج از ساختمان بیمارستان***	مشاهده

توضیحات	* فضاهای تأسیساتی و فضاهایی که در آنها گازهای طبی (به تعداد قابل توجه)، مواد سوختنی و قابل اشتعال نگهداری می‌شوند مانند انبارها، بایگانی‌های کاغذی و سایر موارد به تشخیص کمیته به عنوان مناطق پرخطر و نقاط بحرانی در بیمارستان محسوب می‌شوند. ** برنامه‌ریزی شامل تعیین و تهیه امکانات لازم و تجهیزات جهت شناسایی سریع و اطفاء حریق، مشخص نمودن مکان‌ها و آموزش به کارکنان جهت رعایت ایمنی در این مکان‌ها می‌باشد. ***لازم است مواد قابل اشتعال در یک انبار امن خارج از ساختمان بیمارستان نگهداری شده و محل آن با تصویر گرافیکی یا علائم راهنما مشخص گردد.
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تیم آتش نشانی

سنجه ۳. تعداد و نوع خاموش کننده‌های دستی مورد نیاز به تفکیک بخش‌ها/واحدها و فضاهای مختلف، مشخص شده و با تاریخ معتبر و آماده اطفاء، در ارتفاع و محلی با دسترسی آسان و در معرض دید نصب شده‌اند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین تعداد، اندازه و نوع خاموش کننده‌های دستی مورد نیاز به تفکیک بخش‌ها / واحدها و فضاهای مختلف بیمارستان*	بررسی مستند
۲	وجود خاموش کننده‌ها در بخش‌ها / واحدها و فضاهای مختلف به تعداد کافی و نوع آن منطبق با مصوبات کمیته	مشاهده
۳	وجود خاموش کننده‌ها در بخش‌ها / واحدها و فضاهای مختلف با تاریخ معتبر و آماده اطفاء	مشاهده
۴	وجود خاموش کننده‌ها در بخش‌ها / واحدها و فضاهای مختلف در ارتفاع مناسب و قابل دسترسی	مشاهده
توضیحات	*مصوب کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا توصیه. تدوین چک لیست و کنترل منظم و دوره‌ای خاموش کننده‌ها صورت پذیرد. این ارزیابی‌ها جهت اطمینان از شارژ و آماده استفاده بودن خاموش کننده‌ها تدوین می‌شود و بایستی در فواصل زمانی منظم تکمیل می‌شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تیم آتش نشانی	

سنجه ۴. سیستم اعلام حریق و دتکتورهای حساس به دود/حرارت آماده و سالم بکار گرفته شده‌اند.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین نوع دتکتورهای مورد نیاز* به تفکیک بخش‌ها واحدها و فضاهای مختلف براساس ارزیابی میزان خطر آتش سوزی	بررسی مستند
۲	تعبیه سیستم‌های اعلام حریق و دتکتورهای حساس به دود/حرارت در فضاهای عمومی و در بخش‌ها / واحدها	مشاهده
۳	کنترل صحت عملکرد دتکتورها و سیستم‌های اعلام حریق در فواصل زمانی مناسب	بررسی مستندات
۴	سالم و آماده به کار بودن دتکتور حساس به حرارت / دود	مشاهده
توضیحات	* نوع و حساسیت دتکتورها، با توجه به خطرحریق در هر محل تعیین شود. به همین دلیل لازم است در بخش‌های مختلف بیمارستان براساس صلاحدید کارشناس فنی حریق، انتخاب شود. توصیه. محدوده حفاظتی دتکتورها بستگی به حساسیت آن و تراکم محصولات حریق دارد، بطوری که تعیین محدوده مؤثر آن، براساس توصیه‌های سازنده و با آزمایشات کنترل کیفی صورت می‌پذیرد. دتکتورها باید تابع یکی از استانداردهای معتبر بین المللی (مثلا BS و NFPA) یا استاندارد ملی (ISIRI-3706) باشند.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تیم آتش نشانی	

سنجه ۵. مسیرهای تخلیه سریع و ایمن و پلکان اضطراری با علائم تصویری مشخص شده‌اند و در تمام اوقات باز و قابل دسترسی هستند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نصب علائم تصویری خروج اضطراری در هر بخش / واحد *	مشاهده
۲	وجود علائم و نوشته‌های روی آن به رنگ فسفری (شب رنگ)	مشاهده
۳	عدم وجود مانع در مسیرهای خروج و پلکان‌های اضطراری	مشاهده
۴	باز بودن مسیر خروج و پلکان‌های اضطراری در تمام اوقات شبانه روز	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*علایم به نحوی باشند که افرادی که توانایی خواندن ندارند و یا افراد خارجی که به زبان فارسی مسلط نیستند، آگاهی یابند.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	

سنجه۶. تمهیدات لازم برای جلوگیری از سرایت دود و آلاینده‌های هوا از طریق موتور خانه و سرایت آتش و انفجار احتمالی از موتور خانه به سایر ساختمان‌ها پیش‌بینی شده و کنترل‌های لازم به عمل می‌آید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین برنامه اطفاء حریق و دستورالعمل حفظ ایمنی واحد موتورخانه *	بررسی مستند
۲	ابلاغ برنامه و اجرا توسط مسئولان مرتبط	بررسی مستند و مصاحبه
۳	نصب امکانات و تجهیزات لازم برای شناسایی سریع و اطفاء حریق به تعداد کافی و آماده به کار در موتورخانه	مشاهده
۴	تعبیه مسیر تهویه و خروج هوا از موتورخانه به سمت فضای باز	مشاهده
توضیحات	* درکمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تیم آتش نشانی	

سنجه ۷. بیمارستان تیم آتش نشانی تشکیل داده است که به عنوان رابط آتش نشانی بخش فعالیت نموده و اعضاء به شرح وظایف خود آگاهی دارند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فهرست* اعضای تیم آتش نشانی و رابطین بخش‌ها و واحدها	بررسی مستند
۲	تعیین وظایف رابطین آتش نشانی توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	بررسی مستند
۳	مطلع بودن رابطین از برنامه‌های ایمنی آتش در بیمارستان**	مصاحبه
۴	مهارت داشتن رابطین جهت کار با کپسول و جعبه‌های آب آتش نشانی	مصاحبه
توضیحات	* فهرست اعضای تیم آتش نشانی و رابطین بخش‌ها / واحدها با ذکر نام ونام خانوادگی، مسئولیت در تیم و جزئیات تماس (شامل شماره تلفن ثابت و همراه، آدرس، تلفن خویشاوندان و دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با فرد تماس گرفت) در اختیار مسئول این واحد و سایر مسئولانی که در برنامه پیشگیری و کنترل آتش سوزی بیمارستان مشخص شده اند، می‌باشد. ** رابطین حداقل درخصوص مطالب ذیل مطلع باشند: ۱. مباحث تئوری ایمنی در برابر آتش سوزی. ۲. کار با کپسول آتش نشانی و جعبه‌های آب آتش نشانی به منظور کسب مهارت عملی ۳. نقش کارکنان در برنامه ایمنی آتش (به ویژه نگهبان‌ها و مسؤلین ایمنی) ۴. نگهداری ایمن از مواد قابل اشتعال و خطرناک	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تیم آتش نشانی	

الف	۵	۳	برنامه ارزیابی، نگهداری و امنیت تأسیسات و ساختمان بیمارستان تدوین شده و اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد

- برقراری بی وقفه و سالم سیستم‌های تأسیسات و تجهیزات در محیطی امن
- حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان در برابر حوادث ساختمان و تأسیسات
- کاهش خسارات مالی ناشی از حوادث ساختمان و تأسیسات

سنجه ۱. روش اجرایی" نگهداشت سرمایش، گرمایش و تهویه بیمارستان "تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	پیش‌بینی برنامه‌های تعمیرات و نگهداری منابع سرمایشی، گرمایشی و تهویه در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	برنامه ادواری سرویس و نگهداری پیشگیرانه وسایل و تجهیزات در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	مدیریت سوابق سرویس‌ها و تعمیرات دستگاه‌ها و تجهیزات در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	تعیین فرایندهای درخواست و انجام تعمیرات و فرایند سرویس‌های دوره ای در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۱	آگاهی کارکنان مرتبط**از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۱۲	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات

* روش اجرایی با مشارکت مسئول تأسیسات، مسئول ساختمان و اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین می‌شود.

**مسئول تأسیسات، مسئول ساختمان و کارکنان این واحدها

توصیه. پیش‌بینی موارد ذیل در روش اجرایی

- برنامه ادواری سرویس و نگهداری پیشگیرانه وسایل و تجهیزات سرمایشی، گرمایشی و تهویه بیمارستان و دستگاه‌های حساس و حیاتی در موتورخانه‌ها اعم از دیگ‌های بخار، چیلرهای جذبی و تراکمی، الکتروپمپ‌ها و...
- برنامه نگهداری پیشگیرانه طبق نظر کارخانه سازنده و متخصصین نگهداری راهبری تأسیسات
- شناسنامه دار شدن دستگاه‌ها و تجهیزات مهم و اساسی در موتورخانه بیمارستان حداقل شامل نوع و مدل دستگاه، سال ساخت، کارخانه سازنده، تاریخ نصب و راه اندازی آنها.
- مدیریت سوابق تعمیرات دستگاه‌ها (تاریخ تعمیر، شرح فعالیت انجام گرفته و قطعات تعویض شده و ارزیابی‌های منظم و دوره‌ای دستگاه‌ها و تجهیزات با استفاده از چک لیست‌های معین
- سرویس‌های انجام گرفته در شناسنامه دستگاه مشخص و ثبت می‌شود.
- فواصل زمانی معین تعمیرات و سرویس‌های پیشگیرانه در فرم‌های نگهداری پیشگیرانه ثبت شود.

هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول تأسیسات، مسئول ساختمان

سنجه ۲. سوابق بازدیدهای دوره‌ای از تأسیسات و تجهیزات بیمارستان بیانگر مداخلات به موقع در رفع نواقص و مشکلات است و در صورت لزوم به روز رسانی و جایگزینی سیستم‌ها یا اجزای آن انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انجام بازدیدهای دوره‌ای و منظم از ساختمان، تأسیسات و تجهیزات بیمارستان طبق برنامه زمان‌بندی معین*	بررسی مستند
۲	ارائه نتایج گزارش بازدیدهای دوره‌ای و اقدامات لازم جهت اصلاح نواقص به مدیریت بیمارستان	بررسی مستند
۳	بررسی و تحلیل نتایج، اولویت بندی اقدامات همراه با برآورد هزینه‌های تعمیر و یا جایگزینی سیستم‌ها یا اجزای آن**	بررسی مستند
۴	تدوین، ابلاغ و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای در واحدهای مرتبط	بررسی مستندو مشاهده
توضیحات	*زمان‌بندی با تشخیص بیمارستان است. **در هنگام تصویب بودجه جهت تعمیرات و نگهداری به اثربخش بودن هزینه‌ها نیز باید توجه شود. بعضی اوقات هزینه‌های نگهداری تجهیزات فرسوده بسیار بالاتر از هزینه تعویض و جایگزینی دستگاه طی دوره زمانی یک‌ساله و یا کمتر می‌باشد توصیه. تدوین چک لیست بازدیدهای دوره‌ای و منظم از ساختمان، تأسیسات و تجهیزات بیمارستان	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تأسیسات، مسئول تجهیزات پزشکی	

سنجه ۳. دستورالعمل‌های راهبری ایمن سیستم‌های الکتریکی و مکانیکی با توضیحات کامل در واحد تاسیسات تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل *	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط** از دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*دستورالعمل راهبری و استفاده ایمن سیستم‌های الکتریکی و مکانیکی مانند سیستم‌ها و شبکه‌های لوله کشی آب با توضیحات کامل و با مشارکت مسئول تأسیسات، مسئول ساختمان و اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین و ابلاغ می‌شود. **کارکنان تاسیسات	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول تأسیسات	

سنجه ۴. دستورالعمل " ارزیابی و کنترل ایمنی سطوح و دیوارها " با مشارکت مسئول ایمنی، مسئول بهداشت و سلامت محیط کار و حوزه فنی بیمارستان تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط** از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* دستورالعمل با مشارکت مسئول ایمنی، مسئول بهداشت و سلامت محیط کار، مسئول ساختمان بیمارستان و اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شود. ** مسئول ایمنی، مسئول بهداشت و سلامت محیط کار، مسئول ساختمان بیمارستان و اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا توصیه‌های ایمنی سطوح ○ تجهیزات نصب شده روی دیوارها به صورت ماهانه توسط واحد ساختمان بازدید و از استحکام آنها اطمینان حاصل می‌گردد. ○ جهت جلوگیری از سقوط اجسام و تجهیزات همه آنها به دیوار ثابت شده اند. ○ در بخش‌های بستری و سرپایی برای بیماران در فواصل مناسب دستگیره‌های کنار دیوار برای پیشگیری از سقوط تعبیه شده است. ○ نرده پلکان برای تمام راه پله‌ها وجود دارد. ○ پله فرار در صورت طبقاتی بودن بیمارستان پیش‌بینی شده است. ○ درصورت وجود رمپ در ورودی بخش‌ها یا در محوطه بیمارستان، سطوح آنها مشبک شده تا اصطکاک کافی داشته باشند. ○ برای رمپ‌ها و مسیرهایی که همسطح با کف نیستند، نرده پیش‌بینی شده است. ○ درمحلهایی که رمپ در مجاورت دیوار قرار دارد روی سرتاسر دیوار دستگیره در ارتفاع مناسب نصب شده است. ○ در بازدیدهای دوره‌ای کلیه قسمت‌های بیمارستان از لحاظ ایمنی کنترل می‌شوند.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول ایمنی، مسئول ساختمان	

سنجه ۵. اکسیژن سانترال بیمارستان با ظرفیت مورد نیاز بیمارستان فعال بوده و فشار اکسیژن بطور مستمر پایش و کنترل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین میزان اکسیژن مورد نیاز بیمارستان براساس میزان خدمات	بررسی مستند
۲	فعال بودن اکسیژن سانترال بیمارستان منطبق با ظرفیت تعیین شده	مشاهده
۳	رعایت نکات ایمنی و فنی اکسیژن سازها*	مشاهده
۴	وجود چک لیست و تکمیل فرم ثبت خلوص و فشار و میزان مصرف اکسیژن به صورت دوره‌ای (حداقل ۵ مرتبه در روز)	بررسی مستند
توضیحات	* نکات ایمنی و فنی اکسیژن سازها ۱. به برق اضطراری مجموعه متصل می‌باشد. ۲. دستگاه دارای شناسنامه بوده و سوابق تعمیراتی ثبت شده و موجود است (مستندات شناسنامه و سوابق تعمیراتی) ۳. چک لیست ثبت خلوص و فشار و میزان مصرف اکسیژن بصورت دوره‌ای (حداقل ۵ مرتبه در روز) ثبت و کنترل می‌شود. ۴. برنامه نگهداری پیشگیرانه و بازبینی دوره‌ای لوله کشی‌های سانترال به بخش‌ها، موجود و در دسترس می‌باشد. ۵. سیستم رزرو کپسول اکسیژن در بیمارستان در مواقع اضطراری موجود است. ۶. منابع تأمین کننده اکسیژن و مخازن ذخیره آن به علت احتمال خطر انفجار خارج از ساختمان بیمارستان قرار دارد. ۷. جایگاه به آسانی در دسترس بوده و درمعرض مخاطرات (سیل، منابع حرارتی و سقوط اشیاء و اجسام معلق در هوا) قرار ندارد. توصیه. درخصوص سیستم گازهای طبی هوای فشرده با توجه به ورود هوا از طریق دستگاه ونتیلاتور به ریه بیمار، وجود سیستم کامل فیلترینگ هوا، فیلترهای ذره گیر و آنتی باکتریال و.... ضروری است.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول تجهیزات پزشکی	

سنجه ۶. کنترل و مصرف گازهای طبی براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود و در دسترس بودن دستورالعمل استفاده از کپسول‌های گازهای طبی ابلاغی وزارت بهداشت*	بررسی مستند
۲	رنگ بندی کپسول‌ها به تفکیک گاز داخلی منطبق با دستورالعمل ابلاغی	مشاهده
۳	کنترل سالیانه کپسول‌ها توسط اداره استاندارد	بررسی مستند
۴	آگاهی کارکنان و خدمات درخصوص نحوه استفاده و رنگ بندی کپسول‌های گازهای طبی	مصاحبه
توضیحات	* نامه ابلاغی وزارت بهداشت با شماره ۴۰۲/۴۵۵۷د مورخ ۹۵/۲/۱۱ موضوع؛ استاندارد رنگ سیلندرهای گازهای طبی توصیه. نکات ایمنی کپسول‌های گازهای طبی شامل موارد ذیل می‌باشد: ○ کپسول‌های گازهای طبی در مکان‌های خود محکم شده اند. ○ حمل کپسول‌های گازهای طبی پر با کلاهک انجام می‌شود. ○ بدنه کپسول با پارچه یا سایر تزئینات پوشیده نشده است. ○ دستورالعمل استفاده از کپسول‌های گازهای طبی بر روی بدنه آنها نصب شده است.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تجهیزات پزشکی	

الف ۵ ۴ برنامه ارزیابی، نگهداری و امنیت سیستم‌های الکتریکی، تدوین شده و اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد:

- برقراری بی وقفه و سالم سیستم‌های الکتریکی
- حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان در برابر حوادث سیستم‌های الکتریکی
- کاهش خسارات مالی ناشی از حوادث سیستم‌های الکتریکی

سنجه ۱. بیمارستان حداقل از دو شبکه انتقال نیروی برق شهری تغذیه می‌شود و در مواقع خاموشی یکی از دو خط شهری قابل استفاده می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	استفاده از دو شبکه انتقال نیروی برق شهری *	بررسی مستندو مشاهده
۲	رینگ بودن ترانس در محل ورودی برق بیمارستان	مشاهده
توضیحات	*درصورت قطع برق از یک شبکه، شبکه دیگر امکان تغذیه برق شهری بیمارستان را دارد.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تاسیسات	

سنجه ۲. بیمارستان حداقل دارای دو دستگاه ژنراتور برق اضطراری است، که حداقل یکی از آنها دوگانه سوز بوده و آماده به کار می‌باشند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود حداقل دو دستگاه ژنراتور برق اضطراری در بیمارستان*	مشاهده
۲	وجود شناسنامه، چک لیست عملکردی و برنامه تعمیر و نگهداری دستگاه‌های ژنراتور برق اضطراری	بررسی مستند
۳	آماده به کار بودن حداقل یکی از دو دستگاه ژنراتور برق اضطراری	مشاهده
توضیحات	*حداقل یکی از آنها دوگانه سوز باشد. توصیه ۱.بررسی روزانه ژنراتورها از نظر عملکرد و ایمنی با استفاده از چک لیست و اطمینان از صحت عملکرد دستگاه و باطری‌ها که مهمترین قطعه در زنجیره راه اندازی دستگاه می‌باشند، بررسی منبع سوخت اولیه، دستگاه الکتروپمپ گازوئیل و اتصال پمپ به برق اضطراری از مهمترین نکات در بحث ایمنی دستگاه می‌باشد. توصیه ۲. برآورد میزان حداقل یک هفته سوخت دیزل ژنراتور و وجود ذخیره سوخت	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تاسیسات	

سنجه ۳. دستورالعمل " کنترل عملکرد ژنراتورها و سیستم‌های تأمین کننده برق اضطراری" توسط حوزه فنی بیمارستان تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	توصیه. پیش‌بینی وجود شناسنامه برای دستگاه‌ها، ارزیابی براساس چک لیست، ثبت سوابق تعمیراتی در شناسنامه و پیش‌بینی برنامه تعمیرات و نگهداری دستگاه‌ها در دستورالعمل.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول تاسیسات	

سنجه ۴. مکان‌های استفاده از منبع تغذیه بدون وقفه جریان برق براساس اولویت‌های ایمنی بیماران مشخص شده و پریزهای آن در سطح بیمارستان شناسایی شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و در صورت قطع موقت برق، فعال می‌شوند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	مشخص نمودن مکان‌های استفاده از منبع تغذیه بدون وقفه جریان برق براساس اولویت‌های ایمنی بیماران*	بررسی مستند
۲	وجود پریزهای برق UPS براساس دستورالعمل	مشاهده
۳	مطلع بودن کارکنان بیمارستان از نحوه عملکرد UPS و مکان‌های آن	مصاحبه
۴	بررسی منظم و دوره‌ای عملکرد دستگاه UPS	مشاهده
۵	فعال شدن دستگاه پس از قطع موقت برق	مشاهده
توضیحات	* مکان‌های استفاده از منبع تغذیه بدون وقفه جریان برق براساس اولویت‌های ایمنی بیمار و با مشارکت مسئول تأسیسات، مسئول ایمنی بیمار و مسئولان بخش‌ها/ واحدها مشخص شده و از طریق کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا به کارکنان ابلاغ گردیده است.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول تاسیسات	

سنجه ۵. سیستم توزیع انرژی الکتریکی بیمارستان از نوع سیستم نقطه اتصال مستقیم به زمین است و سیستم نول و ارت آن از هم جدا هستند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تائیدیه پایش رایانه‌ای توسط مراجع ذیصلاح جهت کنترل فعال بودن سیستم اتصال به زمین[1] به صورت ماهیانه	بررسی مستند
۲	تدوین برنامه نگهداری و ارزیابی دوره‌ای *تابلوهای برق اصلی و فرعی و تابلوهای درون بخشی بیمارستان	بررسی مستند
توضیحات	* برنامه ارزیابی حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد ○ اندازه گیری منظم ارت مرکزی و تأیید مقاومت زیر ۲ اهم آن و همچنین کنترل همبندی‌ها در تمامی بخش‌های درمانی ○ کنترل محکم بودن اتصالات ارت مخصوصاً در اتاقهای عمل، استفاده از پریزهای ارت دار و سه راهی‌های ارت دار ○ بررسی و آچارکشی و نظافت کامل تابلوها بطور ادواری(ماهیانه) ○ انجام اندازه گیری‌های اولیه جریان در فازهای مختلف و اطمینان از توالی فاز و یکسان تقسیم شدن جریان در تابلوهای ۳ فاز	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول تاسیسات	

[1]Earth

سنجه ۶. سیستم توزیع انرژی الکتریکی در بخش‌های مراقبت ویژه و اتاق عمل از نوع تابلو ایزوله می باشد و سیستم نول و ارت آن از هم جدا هستند		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تأییدیه نقشه الکتریکی ساختمان توسط مراجع ذیصلاح	بررسی مستند
۲	ایزوله و ترانس[1] بودن سیستم توزیع انرژی الکتریکی در بخش‌های مراقبت ویژه و اتاق عمل	مشاهده
۳	تدوین و اجرای برنامه نگهداری و ارزیابی دوره‌ای از تابلوهای ایزوله بیمارستان*	بررسی مستند
توضیحات	* در تدوین برنامه نگهداری و ارزیابی دوره‌ای از تابلوهای ایزوله، چک کردن ترانس و ایزوله بودن برق خروجی گنجانده شود. هرگونه نشت جریان و یا عملکرد ناصحیح ترانس باعث آسیب به بیمار خواهد شد.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول تاسیسات	

الف ۵ ۵ فرایندی جهت گزارش حوادث و یا موقعیت‌های خطرآفرین برای کارکنان وجود دارد.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از بروز حوادث و حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان
- پیشگیری از بروز مجدد حوادث رخ داده شده
- کاهش خسارات مالی ناشی از حوادث

سنجه ۱. روش اجرایی" گزارش حوادث و موقعیت‌های خطرآفرین" با محوریت مسئول ایمنی و مشارکت کمیته خطرِحوادث و بلایا تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☑سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین شیوه گزارش دهی کارکنان (کتبی، شفاهی، الکترونیکی و...) در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	تعیین شیوه آموزش به کارکنان در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	نحوه و فرایند رسیدگی به حوادث گزارش شده و موقعیت‌های خطرآفرین در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	نحوه بررسی آن در کمیته، تدوین برنامه‌های اصلاحی و اطلاع رسانی نتایج به کارکنان در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۱	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه و مشاهده
۱۲	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا با مشارکت مسئول ایمنی، مسئول بهداشت حرفه‌ای، مسئول ساختمان و تأسیسات تدوین می‌شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول تاسیسات، مسئول بهداشت حرفه‌ای	

[1] ISOLATE AND TRANS (IT)

سنجه ۲. حوادث گزارش شده بیمارستان در زمینه‌های ساختمان، تاسیسات، برق اضطراری، سیستم اطلاعات بیمارستان، خرابی تجهیزات اصلی و سایر موارد رخ داده در کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا بررسی، تحلیل و اقدام اصلاحی /برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی و تحلیل نتایج ارزیابی‌ها و حوادث گزارش شده در بیمارستان در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا*	بررسی مستند
۲	تدوین و ابلاغ برنامه اصلاحی / بهبود کیفیت به واحدهای مرتبط	بررسی مستند و مصاحبه
۳	اجرای برنامه‌های اصلاحی / بهبود کیفیت طبق زمان‌بندی	مشاهده
توضیحات	* برای پیشگیری از بروز حوادث مشابه در بیمارستان، حوادث گزارش شده در کمیته بررسی شده، در صورت لزوم تحلیل ریشه‌ای می‌شود و برنامه مداخله‌ای برای آن تدوین می‌گردد. نتایج بررسی و اقدامات به سایر کارکنان نیز اطلاع رسانی می‌شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	

الف ۵ ۶ آمادگی بیمارستان برای پاسخ به فوریت‌ها و عوامل خطر آفرین برنامه‌ریزی شده است.

دستاوردهای استاندارد

- افزایش ظرفیت و آمادگی بیمارستان جهت مقابله با حوادث و بلایای خارجی
- کاهش آسیب به بیماران، مراجعین، کارکنان جهت مقابله با حوادث و بلایای خارجی
- افزایش ظرفیت و آمادگی بیمارستان جهت مقابله با حوادث و بلایای داخلی
- کاهش آسیب به بیماران، مراجعین، کارکنان جهت مقابله با حوادث و بلایای داخلی

سنجه ۱.عوامل خطرآفرین داخلی و خارجی بیمارستان براساس آخرین مراجع علمی تایید شده ازسوی وزارت بهداشت، با محوریت کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا، ارزیابی و اولویت بندی شده و حداقل پنج عامل مهم خطر آفرین داخلی و خارجی شناسایی، و برنامه‌های آمادگی پاسخ به این عوامل تدوین و اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی و امتیاز دهی*عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی بیمارستان در کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا براساس آخرین مراجع علمی تایید شده از سوی وزارت بهداشت ** حداقل به صورت سالیانه	بررسی مستند
۲	اولویت بندی عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی و تعیین۵ اولویت اول بیمارستان	بررسی مستند
۳	تدوین و ابلاغ برنامه‌های آمادگی پاسخ به این عوامل، براساس آخرین مرجع علمی تایید شده ازسوی وزارت بهداشت***	بررسی مستند
۴	اجرای برنامه‌های تدوین شده طبق زمان‌بندی در بخش‌ها/ واحدهای مرتبط	مشاهده
۵	مطلع بودن مسئولان بخش‌ها/ واحدهای مرتبط از برنامه آمادگی و نقش واحد خود	مصاحبه
توضیحات	* هر عامل خطرآفرین براساس شدت، احتمال وقوع، میزان آسیب پذیری و دوره بازگشت امتیاز دهی خواهد شد. عوامل خطرآفرین به ترتیب از بیشترین تا کمترین امتیازات شناسایی می‌شوند. در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا نتایج بررسی و با توجه به منابع مالی، انسانی، تجهیزات و شرایط سازمان(ارزش‌ها، باورها و اعتقادات و...) پنج عامل خطرآفرین اول بیمارستان تعیین می‌شوند. ** کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی[1] *** کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا[2] - عوامل خطر آفرین (مخاطره): به پدیده‌هایی گفته شود که بالقوه آسیب‌زا هستند و می‌توانند منجر به آسیب جانی، مالی و محیطی به مردم و یا بیمارستان شوند عوامل خطرآفرین به صورت طبیعی مانند سیل، زلزله و... و یا انسان ساخت مانند آتش سوزی، اپیدمی، حملات سایبری و... هستند. - حوادث و بلایا در بیمارستان می‌تواند با منشأ داخلی بیمارستان باشد مانند (آتش سوزی، قطع برق یا آب، قطع گازهای طبی، قطع سیستم‌های ارتباطی، نشت مواد رادیواکتی و سایر...، و یا با منشأ خارج از بیمارستان بوده ولی بیمارستان را تحت تأثیر قرار داده و باعث ورود بیش از انتظار مجروحان و مصدومان به بیمارستان می‌شود مانند تصادفات، زلزله، سیل و...	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	

[1] HSI
[2] HOSPITAL DISASTER PREPAREDNESS

سنجه ۲. برنامه‌های آمادگی با رویکرد تمامی عوامل خطر آفرین و براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، با محوریت کمیته مدیریت خطرِحوادث و بلایا، تدوین و اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین و ابلاغ برنامه‌های آمادگی با رویکرد تمامی عوامل خطر آفرین[1]در کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت *	بررسی مستند
۲	دارا بودن حداقل کارکردهای تخصصی ارائه خدمات بیمارستانی در برنامه‌های آمادگی **	بررسی مستند
۳	اجرای برنامه‌های تدوین شده منطبق با زمان‌بندی	بررسی مستند و مشاهده
۴	آگاهی مسئولان بخش‌ها/ واحدهای مرتبط از برنامه آمادگی و نقش واحد خود	مصاحبه
توضیحات	* کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا (HDP) و کتاب برنامه پاسخ نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها (EOP) ** در برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها (EOP)کارکردهای تخصصی ارائه خدمات بیمارستانی شامل موارد ذیل است که براساس کتاب‌های فوق برنامه آمادگی بیمارستانی تدوین می‌شود: ۱. ارزیابی سریع بیمارستانی ۲. تریاژ بیمارستانی ۳. تیم پاسخ اضطراری بیمارستانی ۴. ارائه خدمات درمانی ۵. انتقال بین بیمارستانی ۶. تخلیه بیمارستانی ۷. آلودگی زدایی در بیمارستان ۸. مدیریت ازدحام در بیمارستان دستورالعمل مرتبط: نقشه راه کارگروه سلامت در حوادث غیر مترقبه طی نامه شماره ۴۰۱/۲۸۲۹۷د مورخ ۹۴/۱۰/۲۷	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	

سنجه ۳. سامانه هشدار اولیه* به منظور پاسخ‌دهی به عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی با محوریت کمیته مدیریت خطرِحوادث و بلایا تدوین شده و کسانی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین سامانه هشدار اولیه[2] قبل از حادثه براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت**در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	بررسی مستند
۲	طراحی و ابلاغ فلوچارت فعال سازی سامانه هشدار اولیه در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	بررسی مستند
۳	تدوین فهرست موارد قابل گزارش به سوپروایزر و ستاد هدایت دانشگاه براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت	مشاهده لیست
۴	آگاهی اعضاء کمیته حوادث و بلایا از موارد قابل گزارش به ستاد هدایت دانشگاه و نحوه فعال سازی سامانه هشدار اولیه	مصاحبه
۵	آگاهی کارکنان از موارد قابل گزارش	مصاحبه
توضیحات	* اولین قسمت از برنامه پاسخ به حوادث و بلایا، سامانه هشدار اولیه است و به گونه‌ای عمل می‌کند که آمادگی پاسخ بیمارستان به حادثه را با قابلیت‌های در دسترس به بالاترین سطح برساند و جمعیت در معرض خطر پیش از مواجهه با حادثه از آن آگاه می‌شوند. ** ابلاغ نقشه راه کارگروه سلامت در حوادث غیر مترقبه طی نامه شماره ۴۰۱/۲۸۲۹۷د مورخ ۹۴/۱۰/۲۷ سامانه هشدار اولیه براساس کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا و منطبق با ۱۶ مورد ذکر شده تدوین گردد. توصیه. نصب این فهرست موارد خطر آفرین قابل گزارش در بخش‌های مختلف بیمارستان سرعت واکنش را بالا می‌برد.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	

[1]All-Hazard
[2]Early Warning System- EWS

سنجه ۴. روش اجرایی " افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه‌های فضای فیزیکی، تجهیزات، ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و نیروی انسانی" با محوریت کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده، و کسانی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل از آنها آگاهی دارند و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین نحوه افزایش ظرفیت در حوزه فضای فیزیکی در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	تعیین نحوه افزایش ظرفیت در حوزه تجهیزات، ملزومات و مواد مصرفی پزشکی در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	تعیین نحوه افزایش ظرفیت در حوزه منابع انسان در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۰	آگاهی کارکنان مرتبط** از جزئیات روش اجرایی	مصاحبه
۱۱	آگاهی کارکنان بیمارستان از کلیات روش اجرایی	مصاحبه
۱۲	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات

*کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا روش اجرایی، مسئول ایمنی، مسئول ساختمان، تأسیسات، تجهیزات

** افرادی که در هنگام حادثه مسئولیت فرماندهی و کنترل را برعهده دارند.

توصیه. یک مرکز درمانی درصورتی می‌تواند هنگام وقوع حوادث به ارائه خدمات خود ادامه دهد، که بتواند براساس یک برنامهٔ از پیش تدوین و تمرین شده، ظرفیت خود را افزایش دهد. هر برنامهٔ افزایش ظرفیت شامل سه جزء اصلی کارکنان (منابع انسانی)، تجهیزات و امکانات (تخصصی و غیرتخصصی بیمارستانی) و ساختارها (فضای فیزیکی) می‌باشد. کتاب"مجموعه ابزارهای ملی ارزیابی مخاطرات و شاخص‌های توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا" مرجع تدوین این روش اجرایی است.

- برنامه افزایش ظرفیت فضای بیمارستان: بیمارستان می‌تواند از تمام ظرفیت فیزیکی خود که شامل اتاق‌های بستری، راهروها، سالن‌ها و حتی فضای باز بیمارستان، به‌خصوص در مواقعی که ایمنی ساختمان اصلی تهدید شده است، برای عرضهٔ خدمات بهتر استفاده کند. در این برنامه، کاربری تمامی فضاهای موجود در بیمارستان در هنگام وقوع حادثه، از پیش مشخص و نیز فضاهای مورد نیاز برای تریاژ بیماران، بستری مصدومان، نگهداری اجساد و همچنین، محل استراحت کارکنان پیش‌بینی شده است. نکتهٔ بسیار مهم در استفاده از این فضاها، ایمن بودن آنها برای ارائهٔ خدمات است.
- برنامهٔ افزایش ظرفیت در حوزه تجهیزات: بیمارستان برنامه‌ای را برای استفاده از منابع و تجهیزات از انبارهای موجود در بیمارستان و یا از طریق تفاهم نامه‌هایی که با مراکز و نهادهای همکار برای تأمین مواد و تجهیزات منعقد ساخته است، تدوین کند. در این برنامه، علاوه بر تأمین نیازهای تخصصی، نحوهٔ تأمین مواد مصرفی و همچنین مواد غذایی نیز مشخص شده است.
- برنامهٔ افزایش ظرفیت منابع انسانی: بیمارستان براساس یک برنامه پیش‌بینی شده منابع انسانی مورد نیاز برنامه، اعم از پزشکان، پرستاران، کادر پیراپزشکی و نیروهای خدماتی را تأمین سازد. بالطبع، ممکن است تمام این منابع هنگام بروز حادثه در اختیار مدیریت نباشند؛ بنابراین، برنامهٔ افزایش ظرفیت می‌تواند منابع انسانی موردِ نیاز را از راه‌های مختلف (کارکنان بیمارستان، کارکنان مراکز همکار، نیروهای داوطلب و...) تأمین سازد.
- برنامه افزایش ظرفیت بیمارستان می‌تواند با تکیه بر منابع داخلی بیمارستان و یا استفاده از منابع خارجی در قالب انعقاد تفاهم نامه‌هایی با سازمان‌ها، مراکز و یا سایر مرکز درمانی نزدیک به محل بیمارستان جهت استفاده از فضا، منابع انسانی و یا تجهیزات باشد.که منجر به تفاهم نامه‌ها با سازمان‌ها، مراکز، بیمارستان‌ها و... جهت افزایش ظرفیت بیمارستانی می‌شود.

هدایت کننده	مدیر بیمارستان،مسئول فنی/ ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا

سنجه ۵. دستورالعمل "تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه" با محوریت کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا تدوین شده و کسانی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۵	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۶	آگاهی کارکنان مرتبط از جزئیات روش اجرایی	مصاحبه
۷	آگاهی کارکنان بیمارستان از کلیات روش اجرایی	مصاحبه
۸	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا دستورالعمل "تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه" را با مشارکت مسئول ایمنی،مسئول ساختمان و تأسیسات و سایر مسئولان واحدها / بخش‌ها تدوین و ابلاغ نموده است. توصیه .در تدوین دستورالعمل تخلیه بیمارستان حداقل موارد ذیل مد نظر قرار گیرد: ○ اندیکاسیون‌های فعالسازی برنامه تخلیه بیمارستانی و همچنین فرد تصمیم گیرنده برای تخلیه مشخص باشد. ○ مسئولیت‌های افراد در زمان تخلیه بیمارستانی مشخص شده است. ○ نحوه اولویت بندی بیماران جهت تخلیه اضطراری مشخص باشد(روش‌هایی مثل تریاژ و...) ○ نوع و سطح تخلیه‌ای که ممکن است رخ دهد تعریف شود(افقی، عمودی، نسبی، کلی) ○ فازهای اجرایی تخلیه با برنامه زمان‌بندی مشخص وجود داشته باشد(به عنوان مثال هشدارپرسنل،دسترسی به منابع و تجهیزات،آماده کردن بیماران و وسایل مورد نیاز) ○ مسیرها و خروجی‌های تخلیه تعیین شده باشد. ○ پروتکل برای تبادل اطلاعات لازم بین پرسنلی که در تخلیه نقش دارند وجود داشته باشد. ○ وسایل و تجهیزات مورد نیاز برای تخلیه پیش‌بینی و موجود باشد. ○ منابع لازم برای بیمارانی که تخلیه می‌شوند و نحوه دسترسی به آنها تعیین شده باشد(از قبیل آب و غذا و..) * افرادی که در هنگام حادثه مسئولیت فرماندهی و کنترل را برعهده دارند.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان،مسئول فنی/ ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	

سنجه ۶. نتایج اجرای برنامه‌های پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی حوادث و بلایا در کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا، مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته و براساس آن برنامه اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اعلام نتایج پایش برنامه‌ها، تمرین‌های برگزار شده، نقاط قوت و ضعف و اثربخشی آموزشهای ارائه شده در کمیته*	بررسی مستند
۲	بررسی و تحلیل نتایج پایش برنامه‌ها و اجرای برنامه‌های آموزشی و برنامه ریزی اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت	بررسی مستند
۳	ابلاغ اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت به مسئولان واحدهای مرتبط	بررسی مستند
۴	اجرا برنامه‌های تدوین شده منطبق با زمان‌بندی	مشاهده
۵	آگاهی مسئولان مرتبط از برنامه و نقش خود در اجرای برنامه	مصاحبه
توضیحات	*پایش برنامه‌های عملیاتی تدوین شده پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی حوادث و بلایا با مشارکت مسئولان مربوطه توسط دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا حداقل به صورت فصلی انجام می‌شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	

الف	۵	۷	فعال سازی سامانه‌های مدیریت حوادث و بلایا، برنامه ریزی و اجرا می‌شود.

دستاوردهای استاندارد

- پاسخ گویی مناسب و مؤثر به هر حادثه و کاهش آسیب به بیماران، مراجعین، کارکنان

سنجه ۱. دستورالعمل "فعال‌سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث" با محوریت کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا تدوین شده و کسانی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط** از جزئیات روش اجرایی	مصاحبه
۶	آگاهی کارکنان بیمارستان از کلیات روش اجرایی	مصاحبه
۷	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	* کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا دستورالعمل " فعال‌سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث " را با مشارکت مسئولان واحدها / بخش‌ها تدوین و ابلاغ نموده است. دستورالعمل شامل برنامه فعال سازی منطبق با کتاب آمادگی بیمارستانی (HDP) و برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا (EOP) در حوادث و بلایا تدوین می‌شود و شامل ارزیابی آسیب‌ها، نیازها و برنامه عملیاتی پاسخ می‌باشد. ** افرادی که در هنگام حادثه مسئولیت فرماندهی و کنترل را برعهده دارند.
هدایت کننده	مدیر بیمارستان،مسئول فنی/ایمنی،کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا

سنجه ۲. شرح وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات، جایگاه‌های سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان موجود است و افرادی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین سامانه فرماندهی حادثه* بیمارستانی را براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی **در کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا	بررسی مستند
۲	تعیین و ابلاغ شرح وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات افراد بر حسب نوع جایگاه در سامانه فرماندهی حادثه	بررسی مستند
۳	آگاهی افراد مذکور در چارت فرماندهی حادثه از شرح وظایف و نقش خود در هنگام بروز حادثه	مصاحبه
۴	آگاهی سایر کارکنان از کلیات سامانه فرماندهی حادثه	مصاحبه

توضیحات	* سامانه فرماندهی حادثه بیمارستانی(HICS)یک سیستم مدیریتی جهت سازماندهی پرسنل، امکانات و تجهیزات و ارتباطات برای ارائه پاسخی مؤثر به حوادث و بلایا است. سامانه فرماندهی حادثه بیمارستانی یک سیستم مدیریتی در هنگام حادثه است و چارت سازمانی نیست. ** سامانه فرماندهی حادثه براساس کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا تدوین می‌گردد. ابلاغ نقشه راه کارگروه سلامت در حوادث غیر مترقبه طی نامه شماره ۴۰۱/۲۸۲۹۷د مورخ ۹۴/۱۰/۲۷ توصیه. به ازاء هر جایگاه دو نفر جانشین قرار داده شود که این افراد آموزش‌های لازم را درخصوص شرح وظایف مقرر اخذ نموده باشند.
هدایت کننده	مدیر بیمارستان،مسئول فنی/ ایمنی،کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا

سنجه ۳. دستورالعمل"نحوه فعال سازی و غیر فعال‌سازی جایگاه‌های سامانه فرماندهی حادثه" با محوریت کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا تدوین شده و افرادی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین*دستورالعمل	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط** از جزئیات روش اجرایی	مصاحبه
۶	آگاهی کارکنان بیمارستان از کلیات روش اجرایی	مصاحبه
۷	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا دستورالعمل " فعال‌سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث " را با مشارکت مسئولان واحدها / بخش‌ها تدوین و ابلاغ نموده است. **آگاهی افراد مذکور در چارت فرماندهی حادثه از دستورالعمل فعال سازی و غیر فعال سازی جایگاه‌های HICS و مطلع بودن سایر کارکنان از کلیات سامانه فرماندهی حادثه در دستورالعمل لحاظ شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	

سنجه ۴. دستورالعمل "فعال‌سازی روش‌های ارتباطی جایگزین در هنگام وقوع حادثه" با محوریت کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا تدوین و اجرا شده و افرادی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین* دستورالعمل	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط** از جزئیات روش اجرایی	مصاحبه
۶	آگاهی کارکنان بیمارستان از کلیات روش اجرایی	مصاحبه
۷	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا دستورالعمل " فعال سازی روش‌های ارتباطی جایگزین در هنگام وقوع حادثه" را با مشارکت مسئولان واحدها / بخش‌ها تدوین و ابلاغ نموده است. **آگاهی افراد مذکور در چارت فرماندهی حادثه از فعال سازی روش‌های ارتباطی جایگزین در هنگام وقوع حادثه و آگاهی سایر کارکنان از کلیات دستورالعمل لحاظ شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	

سنجه ۵. روش اجرایی "تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه" با محوریت کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا تدوین شده و افرادی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	پیش‌بینی فهرستی از خدمات ضروری بیمارستان** در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	نحوه کسب اطمینان از در دسترس بودن اقلام ضروری و حیاتی *** در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	نحوه کسب اطمینان از در دسترس بودن تجهیزات پزشکی ضروری**** در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	شناسایی و تامین منابع مورد نیاز جهت تداوم خدمات ضروری بیمارستان***** در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۱	مطلع بودن افراد درج شده در چارت فرماندهی حادثه از تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه	مصاحبه
۱۲	مطلع بودن سایر کارکنان از کلیات روش اجرایی	مصاحبه
۱۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۱۴	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا، مسئولان واحدها / بخش‌ها به تشخیص بیمارستان ** خدمات در دسترس در هر شرایط و موقعیتی (اعمال جراحی و خدمات اورژانسی) *** از جمله آب، برق و اکسیژن و سوخت در زمان حوادث و بلایا حداقل به مدت ۷۲ ساعت **** در اتاق عمل، اورژانس، بخش‌های ویژه، CSSD، آزمایشگاه و رادیولوژی ***** به ویژه برای گروه‌های آسیب پذیر و بیماران بدحال (مانندکودکان، افراد مسن و معلولین) با توجه به نقش بیمارستان‌ها یکی از اجزای مهم برنامه‌ریزی تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان (مانند مراقبت‌های اورژانسی، جراحی‌های فوری و مراقبت از مادر و کودک) در زمان حوادث و بلایا می‌باشد.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، مدیریت خطر حوادث و بلایا	

الف . مدیریت و رهبری

الف–۷)مدیریت منابع انسانی

توضیحات کلی

در سال‌های اخیر واژه نیروی انسانی به سرمایه انسانی و سپس به منابع انسانی[1] تعبیر شده است. امروزه با توجه به جایگاه رفیع انسانی در برخی مراجع علمی از این مقوله با عنوان انسان[2] یاد می‌شود. مدیریت منابع انسانی اصطلاحی است برای توصیف گستره‌ای از فعالیت‌های متنوع شامل انتخاب، جذب، بکارگیری و توانمند سازی کارکنان با استعداد و پرانرژی، به‌منظور دستیابی به اهداف سازمان، به همین منظور اهم موضوعات این محور، افزایش انگیزش، بازدهی، بهره‌وری و رضایت شغلی کارکنان است. با توجه به نقش تعیین کننده منابع انسانی در موفقیت بیمارستان در پیاده سازی استانداردهای کیفی و ارتقای ایمنی بیماران، برنامه‌ریزی و توجه ویژه تیم حاکمیتی و تیم مدیریت اجرایی به این محور بسیار ضروری می‌باشد. براساس مطالعات انجام شده، مسئولیت اداره منابع انسانی در بیمارستان‌های مختلف در کشور، به اشکال و عناوین متفاوتی صورت می‌پذیرد، از جمله مدیر منابع انسانی، مسئول واحد منابع انسانی، رئیس اموراداری، مسئول امور اداری و کارگزینی و .سایر موارد، متناسب با چارت تشکیلاتی و قوانین بالا دستی هر بیمارستان. اما آنچه اهمیت دارد پیاده‌سازی استانداردهای این محور از طریق کار گروهی، با مشارکت همه صاحبان فرآیند و تحت محوریت رئیس، مدیر و مدیر پرستاری بیمارستان است. نسل نوین اعتباربخشی مروج کار گروهی و جایگزینی وظیفه (نقش) محوری به جای بخش‌محوری است. بنابراین فرد/ گروه هدایت کننده هر سنجه بایستی از طریق کارگروهی و ایفای نقش هریک از اعضاء نسبت به پیاده سازی ارزش‌های کیفی پیش بینی شده اقدام نماید.

- در بیمارستان‌های با اندازه کوچک و فاقد تولیت منابع انسانی متناسب با انتظارت کیفی، در صورت عدم مغایرت با تشکیلات سازمانی، با صلاحدید تیم مدیریت اجرایی، مدیر بیمارستان می‌تواند وظایف هدایت واحد منابع انسانی بر عهده گرفته و یا پاسخگوی الزامات کیفی این محور باشد.

[1] Human resources

[2] Human

الف	۷	۱	نیروی انسانی موردنیاز برای تمامی بخش‌ها و واحدها براساس شرح شغل تعیین شده، شناسایی و بکارگیری می‌شوند.

دستاورد استاندارد

- توزیع متوازن نیروی انسانی موجود
- امکان بازنگری در ترکیب نیروی انسانی
- برآورد نیروی انسانی مورد نیاز بیمارستان مبتنی بر شواهد

سنجه ۱. برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی مورد نیاز برای تمامی بخش‌ها / واحدها براساس یک الگوی مبتنی بر شواهد علمی و منطبق با استراتژی‌های بیمارستان برای بازه‌های زمانی معین، با محوریت تیم مدیریت اجرایی صورت می‌پذیرد.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	استفاده از یکی از روش های برآورد* نیروی انسانی در بخش‌ها / واحدها	بررسی مستند
۲	برآورد تعداد نیروی انسانی مورد نیاز برای تمامی بخش‌ها/ واحدها دربازه زمانی معین،** توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۳	لحاظ نمودن معیار های کیفی***در برآورد نیروی انسانی مورد نیاز هریک از بخش‌ها / واحدها بدون مغایرت با استراتژی‌های بیمارستان	بررسی مستندو مصاحبه

توضیحات

* برآورد کمی نیروی انسانی با استفاده از استانداردها و ضرایب اعلام شده از سوی وزارت بهداشت در بخش‌های مختلف بیمارستان، با لحاظ قوانین دیگر از جمله قانون استخدام کشوری، قانون ارتقا بهره وری و وزارت کار و تامین اجتماعی و یا با استفاده از یکی از روش های سازمان بهداشت جهانی، نگرش نظام گرا، حجم کار، روش کالیفرنیا وسایر روش های علمی معتبر میسر است.

**حداقل سالیانه و با تشخیص بیمارستان در بازه های زمانی کوتاه تر برآورد کمی نیروی انسانی انجام می‌شود.

*** معیارهای کیفی مانند توانمندی، تجربه، مهارت، سابقه، تحصیلات و سایر معیارهای کیفی

- برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی فرآیندی است که به وسیله آن سازمان تعیین می‌کند که برای نیل به اهداف خود به چه تعداد کارمند، با چه تخصص و مهارت‌هایی، برای چه مشاغلی و در چه زمانی نیاز دارد.

توصیه ۱. الگوهای بسیار متنوعی در برنامه‌ریزی نیروی انسانی برای بیمارستان ها قابل استفاده است. توجه به ملاک هایی مانند حجم کاری، ساعت مفید مراقبت/ ساعت کار مفید، تنوع مراقبت‌ها، سطح بندی مراقبت‌های بیماران، تعداد تخت، ضریب اشغال تخت در انواع الگوهای نیازسنجی نیروی انسانی مورد توجه قرار می‌گیرند. الگوهای نیازسنجی نیروی انسانی که بخشی از برنامه‌ریزی منابع انسانی محسوب می‌شود بسیار متنوع است و با جستجو در منابع علمی مرتبط[1] امکان استخراج و بکارگیری یکی از روش های معتبر علمی میسر است. روش های سنتی، نگرش نظام گرا، تعیین حداقل استاندارد، روش کالیفرنیا، استفاده از دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی، استفاده از ضریب وزارت بهداشت، محاسبه بهره وری و چندین روش متنوع دیگر با توجه به انواع بیمارستان ها می‌تواند الگوی محاسبه نیروی انسانی مورد نیاز بیمارستان قرارگیرد.

توصیه ۲. در واحدهایی که حجم کار در ایام هفته/ ماه/ فصل تغییر می‌کند بایستی در برآورد نیروی انسانی لحاظ شود.

هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی مدیر بیمارستان/ مدیرمنابع انسانی

سنجه ۲. بکارگیری کارکنان براساس بر آورد کمی و کیفی نیروی انسانی مورد نیاز و رعایت توازن در بکارگیری آنها، صورت می‌پذیرد.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	بکارگیری کارکنان براساس برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی انجام شده در هر بخش / واحد	بررسی مستند
۲	رعایت توازن* در بکارگیری کارکنان در بخش‌ها/ واحدها	بررسی مستند و مشاهده

توضیحات

*منظور از توازن در بکارگیری، رعایت ترکیب رده های شغلی و سابقه افراد و تعداد آنها در برآورد نیروی انسانی بخش‌های مختلف با لحاظ حجم سنجی و زمان سنجی‌های انجام شده در نیازسنجی نیروی انسانی بخش‌های مختلف بیمارستان است.

هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری

[1] جستجو و کسب اطلاعات جزیی تر در منابع معتبر توصیه می‌شود.

سنجه ۳. تخصیص و چینش نیروهای موجود بین واحدها / بخش‌ها در هر نوبت کاری، متناسب با برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی و حجم کاری و ویژگی‌های افراد موجود در بیمارستان، انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تخصیص و چینش نیروها متناسب با حجم کار در هرنوبت کاری* در بخش‌ها / واحدها	بررسی مستند و مشاهده
۲	لحاظ شدن ویژگی‌های افراد** در چینش نیروی انسانی در هر شیفت کاری بخش‌ها / واحدها	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* براساس برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی انجام شده در بیمارستان ** سابقه کار و وضعیت های خاصی که محدودیت‌های شغلی ایجاد می کنند مانند ایام شیردهی و سایر موارد	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری و مسئول واحد منابع انسانی	

الف ۷ ۲ بکارگیری کارکنان براساس شرح شغل و شرایط احراز انجام می‌شوند.

دستاورد استاندارد

- رعایت استانداردهای شغلی
- اطمینان از صلاحیت بکارگیری کارکنان در هر رده شغلی
- جانشین پروی و انتقال تجربه بین کارکنان

سنجه ۱. شرح وظایف و شرایط احراز و سطح تحصیلات مورد نیاز هر شغل یا پست سازمانی در بیمارستان مشخص شده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	مشخص بودن شرح وظایف هر شغل یا پست سازمانی *	بررسی مستند
۲	مشخص بودن شرایط احراز و سطح تحصیلات مورد نیاز هر شغل یا پست سازمانی**	بررسی مستند
توضیحات	*وجود آخرین نسخه ابلاغ شده کتاب طبقه بندی مشاغل از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و الزامات شرایط احراز شغل و پست براساس آن همچنین درخصوص سمت‌هایی که در کتاب به آن اشاره نشده است، لازم است شرح وظایف و شرایط احراز توسط بیمارستان تنظیم شود. شرح وظایف و شرایط احراز اختصاصی برای مشاغل نبایستی متناقض و یا مغایر با کتاب طبقه بندی مشاغل وزارت بهداشت باشد. ** شرایط احراز شامل نوع مدرک، سطح تحصیلات، نوع رابطه استخدامی و در مواردی سنوات است. مثال: تعیین شرایط احراز و شرح وظایف برای تصدی مسئولیت بهبود کیفیت، پزشک معتمد و سایر موارد متناسب با قوانین و تشکیلات انواع بیمارستان‌ها است. بدیهی است مشاغل تعیین شده در کتاب طبقه بندی مشاغل نیازی به تعیین شرایط احراز و شرح وظیفه ندارند. اما در صورت وجود انتظارات بومی و فراتر از شرح وظایف، حدود انتظارات علاوه بر شرح وظایف هرشغل یا پست سازمانی تدوین و ابلاغ می‌شود. توصیه .تهیه نسخه الکترونیکی کتاب طبقه بندی مشاغل و اطلاع رسانی آن به بخش‌ها و واحدها به صورت الکترونیکی توسط مسئول واحد منابع انسانی.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مدیرمنابع انسانی و مسئولان بخش‌ها / واحدها	

سنجه ۲. فهرست توانمندی‌های مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت‌های شغلی، برای هریک از مشاغل بیمارستان تدوین و به روز است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین فهرست توانمندی‌های* مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت‌های شغلی، برای هریک از مشاغل بیمارستان	بررسی مستند
۲	به روز رسانی فهرست توانمندی‌های مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت‌های شغلی**	بررسی مستند
توضیحات	*تدوین فهرست توانمندی‌های لازم برای انجام وظایف، ضرورتی برای همه مشاغل نیست و بیمارستان صرفا درخصوص مشاغلی که علاوه بر شرایط تصدی موجود در کتاب طبقه بندی مشاغل و شرایط احراز و مشاغل (موضوع سنجه ۱)توانمندی‌های خاصی مانند گذراندن دوره‌های آموزشی یا داشتن سوابق اجرایی برای آن‌ها مدنظر است، تدوین می‌نماید. ** حداقل سالی یک بار بازنگری شود. • به عنوان مثال مسئول بانک خون، به عنوان کارشناس آزمایشگاه (طبق کتاب طبقه بندی مشاغل) دارای شرح وظایف کلی است، اما توانمندی‌های اختصاصی این شغل می تواند شامل دوره آموزشی هموویژولانس و برخی توانمندی‌های فردی از جمله دقت، سرعت عمل سایر موارد باشد که بایستی به تایید مسئول فنی آزمایشگاه برسد. • توصیه ۱.درخصوص مشاغل حساس مانند پرستار تریاژ، مسئول اتاق عمل، سوپروایزر ها، سرپرستاران، مسئول بانک خون و سایر مواردی که از نظر بیمارستان نیاز به توانمندی‌های خاص برای انجام وظایف دارند، بایستی فهرست توانمندی‌ها تعیین و قبل از بکارگیری احراز شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مدیرمنابع انسانی، مسئولان واحد/بخش‌ها	

سنجه ۳. یک فرد خبره و ذیصلاح، توانمندی‌های کارکنان جدیدالورود را با فهرست واحد منابع انسانی در مورد توانمندی‌های مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت‌های یک شغل یا مسئولیت مشخص/ جدید تطبیق داده و پس از احراز و تعیین محدوده صلاحیت بکار گمارده می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین افراد خبره* برای ارزیابی توانمندی کارکنان جدیدالورود، توسط مسئولان بخش‌ها / واحدها	بررسی مستند و مصاحبه
۲	ارزیابی توانمندی‌های کارکنان جدیدالورود براساس فهرست توانمندی‌های مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت‌های شغلی توسط فرد خبره در هر بخش / واحد	بررسی مستند
۳	بکارگیری کارکنان جدیدالورود پس از احراز صلاحیت اشتغال و تعیین محدوده صلاحیت کاری	مصاحبه و مشاهده
توضیحات	*معیارهای انتخاب افراد خبره برحسب تحصیلات، تجربه، مهارت و سابقه کار مرتبط با شغل، و سایر معیارها، برای هریک از مشاغل توسط تیم مدیریت اجرایی تعیین می‌شود.	
هدایت کننده	مسئول واحد منابع انسانی و مسئولان بخش‌ها / واحدها	

سنجه ۴. مسئول واحد منابع انسانی درخصوص جانشین پروری و انتقال تجربیات و اطلاعات کارکنان خروجی به سایر کارکنان با همکاری واحدهای مربوط، برنامه‌ریزی نموده و براساس آن عمل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برنامه‌ریزی درخصوص شناسایی و پیش بینی احتمال خروج کارکنان از واحد ها / بخش‌ها	بررسی مستند
۲	وجود روشی مشخص برای انتقال تجربیات افراد با سابقه به روش استاد- شاگردی به افراد جدیدالورود *	مصاحبه
۳	معرفی حداقل یک فرد جانشین مسئول بخش/ واحد با تفویض اختیارات مسئول واحد در غیاب وی	مصاحبه
توضیحات	*استفاده از هر روش متناسب با نوع شغل و شرایط محیطی مورد تایید است. توصیه .ایجاد بانک اطلاعات کارکنان و مدیران در بیمارستان، تدوین فلوچارت / فرآیند جانشین پروری و انتخاب جانشین برای مسئولان در بیمارستان و تدوین دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس توسط تیم مدیریت اجرایی بیمارستان.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول واحد منابع انسانی و مسئولان بخش‌ها / واحدها	

سنجه ۵. مسئول واحد منابع انسانی با همکاری مسئولین بخش‌ها/ واحدهای بیمارستان درخصوص انطباق شرح شغل و شاغل و تطابق توانمندی‌های فرد در تصدی پست را ارزیابی نموده و در بازه زمانی معین گزارش موارد عدم انطباق را به تیم مدیریتی ارائه نموده و اقدام اصلاحی به عمل می‌آید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارزیابی*انطباق شرح شغل و شاغل در بخش‌ها / واحدها	مشاهده و مصاحبه
۲	ارزیابی**انطباق توانمندی‌های کارکنان براساس فهرست مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت‌های شغلی	مصاحبه و بررسی مستند
۳	گزارش موارد عدم انطباق شرح شغل و شاغل کارکنان و عدم انطباق توانمندی‌های کارکنان با فهرست توانمندی‌های مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت‌های شغلی توسط مسئول واحد منابع انسانی به تیم مدیریت اجرایی	مشاهده و بررسی مستند
۴	برنامه‌ریزی و انجام اقدام اصلاحی برای کارکنانی که در فهرست گزارش موارد عدم انطباق احراز صلاحیت/ توانمندی با تصدی مربوط هستند	بررسی مستند
توضیحات	*حداقل در بازه زمانی سالیانه توسط مسئول واحد منابع انسانی با مشارکت مسئولان بخش‌ها / واحدها ** با پیشنهاد مسئول واحد منابع انسانی و تایید تیم مدیریت اجرایی	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مدیربیمارستان، مسئول واحد منابع انسانی و مسئولان واحدها و بخش‌ها	

سنجه ۶. انتخاب/ انتصابِ مدیران و مسئولان بخش‌ها/ واحدها متناسب با فهرست ویژگی‌های تحصیلی، دانشی، مهارتی و تجربه افراد با جایگاه مربوط و شواهد عملکردی آنها انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین ملاک‌های* تحصیلاتی، دانشی، مهارتی و تجربه لازم برای انتصاب مدیران و مسئولان بخش‌ها/ واحدها	بررسی مستند
۲	رعایت ویژگی های چهارگانه گام اول در احکام و پرونده پرسنلی مسئولان و مدیران واحدها/ بخش‌ها	مشاهده
۳	انتخاب/ انتصاب مسئول بخش/ واحد منطبق با ویژگی های چهارگانه گام اول	مصاحبه
توضیحات	* ملاک‌های چهارگانه توسط سازمان/ نهاد بالادستی و یا توسط تیم مدیریت اجرایی بیمارستان تعیین و ابلاغ می‌شود. همچنین تصدی برخی مسئولیت‌های کلیدی بیمارستان نظیر ریاست بیمارستان و مدیر بیمارستان براساس قوانین سازمان/ نهاد متبوع می‌تواند توسط سازمان/ نهاد بالادستی صورت گرفته و ملاک ارزیابی نمی‌باشد.	
هدایت کننده	رئیس/مدیرعامل، مدیربیمارستان، مدیرپرستاری و مسئول واحد منابع انسانی	

الف ۷ ۳ مقررات اداری مالی داخلی بیمارستان تدوین و به کارکنان اطلاع‌رسانی شده و براساس آن اقدام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- برنامه‌ریزی و توسعه منابع انسانی مبتنی بر روش های معین و از پیش تعیین شده
- عدالت در آگاهی و دسترسی کارکنان به قوانین و مقررات و پیشگیری از تخلفات احتمالی

سنجه ۱. بیمارستان مجموعه الکترونیکی مقررات داخلی در موضوع امور اداری و مالی را تدوین و در دسترس کارکنان قرار داده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین مجموعه مدون مقررات داخلی بیمارستان در حوزه اداری و مالی به صورت فایل الکترونیک *	بررسی مستندات
۲	اطلاع رسانی مقررات داخلی بیمارستان توسط واحد منابع انسانی	بررسی مستندات
۳	دسترسی کارکنان به فایل الکترونیک مقررات داخلی بیمارستان در حوزه اداری و مالی** در بخش‌ها / واحدها	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* مجموعه مقررات داخلی بیمارستان در حوزه اداری و مالی می‌تواند فصلی از کتابچه توجیهی کارکنان جدیدالورود نیز باشد. اما بایستی به صورت فصل مستقل و فایل الکترونیکی در اختیار تمامی کارکنان قرارگیرد. **مقررات داخلی در موضوع اداری مالی بیمارستان حداقل شامل شرح شغل، شرح وظایف، حقوق ومزایا، آیین‌نامه های انضباطی، نحوه ارزشیابی، ارتقای شغلی، ضوابط و مقررات مرخصی و خروج از خدمت است.		
هدایت کننده	مدیربیمارستان، مدیرپرستاری، مسئول واحد منابع انسانی و مسئولان بخش‌ها / واحدها	

سنجه ۲. کارکنان از تکالیف، شرح شغل و شرح وظایف، حقوق و مزایا / آئین‌نامه های انضباطی و نحوه ارزشیابی و ارتقاء شغلی و ضوابط و مقررات خروج از خدمت (انتقال، اخراج، بازنشستگی) آگاهی دارند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارکنان از تکالیف، شرح شغل و شرح وظایف، *	مصاحبه
۲	آگاهی کارکنان از حقوق و مزایا، آیین نامه های انضباطی و نحوه ارزشیابی و ارتقای شغلی*	مصاحبه
۳	آگاهی کارکنان از ضوابط و مقررات خروج از خدمت(انتقال، اخراج، بازنشستگی) *	مصاحبه
توضیحات	* آگاهی کارکنان از مقررات داخلی بیمارستان درموضوع اداری و مالی توصیه .تمامی این موارد در کتابچه مقررات داخلی طراحی و با کمک مسولان بخش‌ها / واحدها به آگاهی کارکنان رسانده شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول واحد منابع انسانی و مسئولان واحدها/ بخش‌ها	

سنجه۳. روند ارتقاء شغلی برای تمامی رده های شغلی تدوین و ابلاغ شده، کارکنان از آن آگاهی دارند و بیمارستان براساس آن عمل می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	مشخص بودن روند ارتقای شغلی در رده های شغلی مختلف در مقررات داخلی بیمارستان*	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان از ضوابط و روند ارتقای شغلی خود	مصاحبه
۳	ارتقای شغلی کارکنان مطابق ضوابط ابلاغی و احکام کارگزینی مربوط	مشاهده
توضیحات	* در کتابچه مقررات داخلی بیمارستان درموضوع اداری و مالی	
هدایت کننده	مدیربیمارستان، مسئول واحد منابع انسانی و مسئولان واحدها/ بخش‌ها	

الف ۷ ۴ پرونده پرسنلی کاغذی/الکترونیک کارکنان، در واحد منابع انسانی با رعایت محرمانگی و امنیت اطلاعات موجود است.

دستاورد استاندارد

- مدیریت بهینه اطلاعات کارکنان در بایگانی های پرسنلی

سنجه۱. پرونده پرسنلی کاغذی/الکترونیک تمام کارکنان حتی کارکنان بخش‌ها و واحدهای برون سپاری شده، در واحد منابع انسانی موجود است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود پرونده پرسنلی* کاغذی/ الکترونیک برای تمامی کارکنان در واحد منابع انسانی	بررسی مستند
۲	برگه شمار نمودن پرونده‌های پرسنلی	بررسی مستند
توضیحات	* وجود پرونده پرسنلی کاغذی/ الکترونیک برای تمامی کارکنان ازجمله کارکنان بخش‌ها و واحدهای برون سپاری شده. توصیه ۱. تعیین حداقل محتوای پرونده پرسنلی منطبق با قوانین سازمان های بالادستی، وجود فضای بایگانی منطبق بر استانداردها از نظر مساحت، دما، رطوبت و استفاده از ملزومات و تجهیزات با کیفیت برای نگهداری اسناد پرسنلی، تعیین سطح دسترسی ها و رعایت آن با نظارت مسئول واحد منابع انسانی. توصیه ۲. ایجاد پرونده الکترونیکی به استثنای مستندات قانونی که فیزیک آنها مورد نیاز کارکنان و بیمارستان است مانند بیمه عمر، تاییدیه تحصیلی و سایر موارد.	
هدایت کننده	مدیربیمارستان، مسئول واحد منابع انسانی	

سنجه۲. دستورالعمل "محافظت از فیزیک پرونده‌های پرسنلی و کارکنان و صیانت از محرمانگی اطلاعات مندرج در آنها" تدوین شده، کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین* دستورالعمل	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط* از دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*توسط مسئول واحد منابع انسانی و تایید مدیر بیمارستان توصیه ۱. استخراج برگه‌های غیر جاری و غیر ضرور و انتقال آن‌ها به بایگانی راکد در محیطی امن و ایمن.	
هدایت کننده	مدیربیمارستان، مسئول واحد منابع انسانی	

سنجه۳. اطلاعات مربوط به مرخصی کارکنان و سوابق حوادث شغلی احتمالی آنها، به تفکیک بخش‌ها / واحدها، در واحد منابع انسانی ثبت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود سوابق و مستندات مرخصی* تایید شده کارکنان در سیستم حضور و غیاب الکترونیک/ پرونده پرسنلی در واحد منابع انسانی	بررسی مستند
۲	ثبت سوابق حوادث شغلی برای هریک ازکارکنان با سابقه مواجهه با حوادث شغلی	مشاهده
توضیحات	* استحقاقی و استعلاجی و بدون حقوق	
هدایت کننده	مدیربیمارستان، مسئول واحد منابع انسانی، مسئول سلامت محیط کار و بهداشت حرفه ای	

سنجه۴. اصل محرمانه بودن و امنیت اطلاعات کارکنان رعایت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات کارکنان در واحد منابع انسانی	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تعیین سطح دسترسی به پرونده پرسنلی کارکنان * و رعایت آن توسط واحد منابع انسانی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*دسترسی به بایگانی فیزیک پرونده‌های پرسنلی و در موارد الکترونیک تعیین سطح دسترسی ضمن صیانت از محرمانگی بایستی تحت کنترل مسئول واحد منابع انسانی باشد.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول واحد منابع انسانی	

الف	۷	۵	فهرست کارکنان برای نوبت کاری شبانه روزی و شرایط غیر مترقبه در دسترس می‌باشد.

دستاورد استاندارد

- امکان دسترسی به کارکنان کلیدی در تمامی ساعت شبانه روز در شرایط غیر مترقبه
- حضور کارکنان براساس برنامه‌ریزی مدون ماهیانه در تمام ساعات شبانه روز و تمام روزهای تعطیل

سنجه۱. فهرست نوبت کاری شبانه روزی هر ماه با ذکر نام و سمت کارکنان توسط بخش‌ها/ واحدها در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده و یک نسخه از آن در دفتر مدیریت پرستاری موجود است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نصب فهرست نوبت کاری شبانه روزی هر ماه با ذکر نام و سمت کارکنان در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات بخش‌ها/ واحدها*	بررسی مستند
۲	وجود یک نسخه از فهرست نوبت کاری بخش‌ها / واحدهای شبانه روزی با ذکر نام و سمت کارکنان در دفتر مدیریت پرستاری	مصاحبه
توضیحات	*در بخش‌ها و واحدهای که خارج ساعت اداری و شبانه روز فعالیت دارند مانند بخش‌های بالینی، آزمایشگاه و تصویربرداری	
هدایت کننده	مدیربیمارستان، مدیر پرستاری ، مسئولان بخش‌ها / واحدها	

سنجه۲. هر یک از پرسنل بالینی مطابق بخشنامه هیئت دولت، در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمت می‌پردازند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمت می‌پردازند.	بررسی مستند و مصاحبه
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، مسئولان بخش‌ها / واحدها	

سنجه۳. دسترسی شبانه روزی به فهرست اطلاعات کارکنان شامل؛ نام و نام خانوادگی، تلفن تماس، سمت سازمانی و آدرس با رعایت اصل محرمانه بودن و سطح دسترسی برای بخش‌ها / واحدها امکان پذیر است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	دسترسی به فهرست اطلاعات کارکنان* در دفتر مدیریت پرستاری	بررسی مستند
۲	رعایت اصل محرمانه بودن و تعیین سطح دسترسی به فهرست اطلاعات کارکنان* در دفتر مدیریت پرستاری	مصاحبه
توضیحات	* اطلاعات شامل؛ نام و نام خانوادگی، تلفن تماس، سمت سازمانی و آدرس محل سکونت کارکنان است.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری ، مسئولان بخش‌ها / واحدها	

الف	۷	۶	ارزشیابی کارکنان در فواصل زمانی معین انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- شناسایی نقاط قوت و قابل بهبود کارکنان در فرآیند ارزشیابی
- امکان برنامه‌ریزی و توسعه منابع انسانی بر اسانتایج ارزشیابی کارکنان
- ارائه بازخورد به کارکنان باتوجه به عملکرد سازمانی آنها

سنجه۱. ارزشیابی کارکنان در فواصل زمانی حداقل سالیانه با برنامه‌ریزی واحد منابع انسانی و مشارکت مسئولین بخش‌ها / واحدها صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فرم ارزشیابی کارکنان *	بررسی مستند
۲	انجام ارزشیابی کارکنان در فواصل زمانی حداقل سالیانه توسط واحد منابع انسانی با مشارکت مسئولین بخش‌ها/ واحدها	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* فرم ابلاغی دانشگاه توصیه . براساس مجموعه مدون مقررات داخلی بیمارستان در حوزه اداری و مالی بایستی کارکنان از محتوای فرم ارزشیابی و انتظارات سازمانی آگاه باشند.	
هدایت کننده	مدیربیمارستان، مدیر پرستاری، مسئول واحد منابع انسانی و مسئولان بخش‌ها / واحدها	

سنجه۲. براساس نتایج ارزشیابی کارکنان، نقاط قوت و قابل بهبود آنان، مشخص شده و نتایج آن با همکاری مسئولین بخش‌ها / واحدها در طراحی برنامه آموزشی و ارتقاء شغلی کارکنان مد نظر قرار می‌گیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی نقاط قابل بهبود هریک از کارکنان براساس نتایج ارزشیابی*	بررسی مستند
۲	استفاده از نتایج ارزشیابی کارکنان در برنامه‌ریزی آموزشی سالیانه **	مصاحبه و بررسی مستند
۳	استفاده از نتایج ارزشیابی کارکنان در ارتقاء شغلی برای کارکنان	مصاحبه و بررسی مستند
توضیحات	*تهیه فهرستی از نقاط قابل بهبود کارکنان در هریک از بخش‌ها / واحدها **برنامه‌ریزی آموزشی مبتنی بر توسعه فردی و نیازسنجی آموزشی توسط مسئولان واحدها/ بخش‌ها تدوین می‌شود. انتظارمی رود دوره‌های آموزشی ارتقاء دهنده نقاط قابل بهبود کارکنان که در فرآیند ارزشیابی کارکنان شناسایی شده اند در برنامه‌ریزی آموزشی لحاظ شود.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئولان بخش‌ها / واحدها	

الف	۷	۷	نظرات و پیشنهادات کارکنان در برنامه‌ریزی های بیمارستان اخذ و لحاظ می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ارزش گذاری به منابع انسانی و تقویت انگیزه کارکنان
- توجه به نیازهای کارکنان و برنامه‌ریزی در جهت مرتفع ساختن آنها
- بهره جستن از خرد جمعی و فرهنگ سازی نظام مشارکتی

سنجه۱. بیمارستان حداقل دو بار در سال با فاصله شش ماهه، رضایت کارکنان را از طریق پرسشنامه‌ای که روایی و پایایی آن تأیید شده‌است، مورد سنجش قرار می‌دهد و نتایج، در کمیته پایش و سنجش کیفیت بررسی و گزارش تحلیلی به تیم مدیریت اجرایی ارائه می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین پرسش نامه* رضایت سنجی کارکنان	مشاهده
۲	انجام رضایت سنجی کارکنان حداقل هر شش ماه یکبار است توسط واحد منابع انسانی و بهبود کیفیت	بررسی مستند و مصاحبه
۳	تحلیل نتایج حاصل از رضایت سنجی کارکنان توسط واحد منابع انسانی و بهبود کیفیت	بررسی مستند
۴	ارائه نتایج تحلیلی رضایت سنجی کارکنان به تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* پایایی و روایی پرسشنامه بایستی توسط دفتر بهبود کیفیت بررسی و تایید شود.	
هدایت کننده	مدیربیمارستان، مسئول واحد منابع انسانی، مسئول بهبود کیفیت	

سنجه۲. تیم مدیریت اجرایی گزارش تحلیلی رضایت سنجی کارکنان را بررسی و درصورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبودکیفیت را تدوین و ابلاغ نموده و مسئول واحد منابع انسانی بر اجرای آن نظارت می‌نماید.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی نتایج تحلیلی رضایت سنجی کارکنان در جلسه تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۲	اقدام اصلاحی/ تدوین برنامه بهبود کیفیت در مواردی که نتایج به صورت معنی داری با متوسط رضایتمندی اختلاف دارند	بررسی مستند
۳	اتخاذ تصمیمات اصلاحی/ تدوین برنامه بهبود کیفیت در جهت افزایش متوسط رضایتمندی کارکنان*	بررسی مستند و مصاحبه
۴	نظارت دفتر بهبود کیفیت بر اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت و گزارش نتایج اقدامات به تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*لازم است ضمن مقایسه نتایج رضایت کارکنان با دوره‌های قبلی، راهکارهای بهبود موضوعات مرتبط و یا پیش بینی برنامه های انگیزشی، رفاهی و فرهنگی برای افزایش رضایت و ارتقای انگیزش کارکنان در نظر گرفته شود.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول واحد منابع انسانی	

سنجه۳. بیمارستان در جهت ترویج فرهنگ خرد جمعی و تعلق سازمانی، سامانه ای را برای اخذ نظرات و پیشنهادات کارکنان فراهم نموده و از پیشنهادهای اثربخش با حفظ حقوق معنوی پیشنهاد دهنده، حمایت نموده و به نحو مقتضی از آنها قدردانی به عمل می آورد.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ایجاد سامانه* دریافت پیشنهادات و نظرات کارکنان با حفظ حقوق معنوی پیشنهاد دهنده	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان درخصوص سامانه دریافت پیشنهادات و نظرات در بیمارستان	مصاحبه
۳	بررسی پیشنهادات کارکنان در کمیته سه نفره منتخب تیم مدیریت اجرایی در بازه زمانی معین**	بررسی مستند
۴	انتخاب پیشنهادات برتر و طرح آن در جلسه تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۵	قدردانی از ارائه دهندگان پیشنهادات برتر درصورت تایید تیم مدیریت اجرایی***	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* ایجاد بستر الکترونیکی در وب سایت بیمارستان برای اخذ پیشنهادات یا حداقل ایجاد صندوق و یا واحد متولی اخذ پیشنهادات کارکنان (یکی از واحدهای بهبود کیفیت یا دفتر رسیدگی به شکایات قابل قبول می‌باشد). **مدیرپرستاری، مسئول بهبود کیفیت و مسئول واحد منابع انسانی حداقل هر سه ماه یکبار ***نحوه قدردانی با تشخیص بیمارستان است اما حداقل لوح تشویق و قدردانی لازم است.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول واحد منابع انسانی	

الف	۷	۸	جبران خدمت و برنامه های انگیزشی مبتنی بر عملکرد کیفی کارکنان، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد

- افزایش تعلق سازمانی کارکنان
- الگوسازی و تقویت انگیزش کارکنان

سنجه۱. مزایای غیر مستمر کارکنان، به صورت مبتنی بر عملکرد و با تاثیر معیارهای کیفی محاسبه و پرداخت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین معیار های کیفی و پرداخت مبتنی بر عملکرد مزایای غیرمستمرکارکنان*	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان از معیارهای کیفی موثر بر پرداخت عملکردی آنها	مصاحبه
۳	پرداخت مبتنی بر عملکرد مزایای غیر مستمر کارکنان براساس معیارهای کیفی تعیین شده	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*در بیمارستان های دانشگاهی ملاک آخرین سامانه الکترونیک ابلاغی وزارت بهداشت است و در سایر بیمارستان‌ها، پرداخت مبتنی بر عملکرد به کارکنان براساس ملاک های درون سازمانی قابل قبول است.	
هدایت کننده	مدیربیمارستان، مدیرپرستاری، مسئول امور مالی و مسئول منابع انسانی و مسئولان بخش‌ها / واحدها	

سنجه۲. امکانات رفاهی برای کارکنان در نظر گرفته شده است و براساس شاخص‌های عملکردی فرصت‌های رفاهی و فرهنگی به صورت عادلانه در اختیار آنها قرار می‌گیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	پیش بینی امکانات رفاهی، برنامه‌های فرهنگی آموزشی/ تفریحی برای کارکنان*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	دسترسی کارکنان به امکانات رفاهی به صورت عادلانه **و مبتنی بر شاخص های عملکردی***	مصاحبه و بررسی مستند
توضیحات	*اگر چه توصیه موکد بر پیش بینی انواع امکانات فوق برنامه‌ای برای تقویت انگیزش کارکنان و ایجاد فضای دوستی و همکاری صمیمانه و درنهایت ارتقای شاخص تعلق سازمانی در بین کارکنان است. اما سطح و ابعاد این برنامه ها در ارزیابی بیمارستان تاثیری نداشته و نحوه برگزاری یک مراسم جشن روز پرستار یا کارمند یا پزشک هم می‌تواند ملاک ارزیابی باشد. **منظور از دسترسی عادلانه، آگاهی کارکنان به نحوه اطلاع رسانی عمومی و استفاده از امکانات رفاهی براساس ضوابط مشخص، برنامه‌های فرهنگی آموزشی و تفریحی بیمارستان است. ***تعیین ملاک های عملکردی برای استفاده کارکنان از امکانات رفاهی، برنامه‌های فرهنگی آموزشی و تفریحی مانند پیشنهادات موثر، رضایت بیماران و سایر ملاک های مدنظر مدیران ارشد است.	
هدایت کننده	رئیس/مدیرعامل بیمارستان، مدیر بیمارستان و مدیر پرستاری	

سنجه۳. عوامل کلیدی موثر بر کیفیت کاری کارکنان شناسایی شده و براساس معیارهای معین کارکنان نمونه معرفی و مورد تشویق قرار می‌گیرند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین ملاک های شناسایی* و معرفی کارکنان نمونه در تمامی بخش‌ها / واحدها	بررسی مستند و مصاحبه
۲	اطلاع رسانی ملاک های شناسایی و معرفی کارکنان نمونه به تمامی کارکنان	مصاحبه و بررسی مستند
۳	انتخاب کارکنان نمونه براساس ملاک های شناسایی شده و روش مشخص **	مشاهده
۴	رعایت ملاک های تعیین شده درخصوص کارکنان نمونه*** انتخاب شده	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*عوامل کلیدی موثر برکیفیت کاری ** تعداد و سهمیه بندی هر بخش و سایر موارد با تشخیص بیمارستان تعیین می‌شود. اما بایستی از روال ثابت و مشخصی تبعیت شود. ***این سنجه ارتباطی به انتخاب کارمند نمونه توسط سازمان های بالا دستی ندارد و بایستی هر بیمارستان به صورت داخلی اقدام نماید.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول واحد منابع انسانی	

الف	۷	۹	بیمارستان درخصوص ارتقای سلامت جسمی و اتفاقات مرتبط از کارکنان حمایت می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- حمایت از سرمایه انسانی از طریق ارتقای سلامت کارکنان
- کاهش خسارات حاصل از حوادث شغلی و خطاهای پزشکی

سنجه۱. برنامه های ارتقای سلامت کارکنان در حیطه فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و تغذیه سالم، با رویکرد پیشگیرانه و آموزشی اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☑ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اجرای برنامه های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان* در حیطه فعالیت بدنی	مصاحبه و بررسی مستند
۲	اجرای برنامه های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطه مصرف دخانیات**	مصاحبه و بررسی مستند
۳	اجرای برنامه های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطه تغذیه سالم	مصاحبه و بررسی مستند
توضیحات	*براساس استانداردهای دوستدار ارتقای سلامت وزارت بهداشت و خط مشی و روش ابلاغی تیم حاکمیتی ** در حیطه مصرف دخانیات شاخص های کمی و کیفی مشخصی تعیین گردد	
هدایت کننده	مدیربیمارستان، مدیر پرستاری، مسئول واحد منابع انسانی و مسئول پی گیری ارتقای سلامت کارکنان[1]	

سنجه۲. اثربخشی برنامه های ارتقای سلامت کارکنان توسط مسئول آموزش همگانی* هر شش ماه سنجش و ارزیابی می‌شود و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☑ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارزیابی اثربخشی برنامه های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان* در حیطه فعالیت بدنی*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	ارزیابی اثربخشی برنامه های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطه مصرف دخانیات*	بررسی مستند و مصاحبه
۳	ارزیابی اثربخشی برنامه های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطه تغذیه سالم*	بررسی مستند و مصاحبه
۴	اقدام اصلاحی/ تدوین، ابلاغ و اجرای برنامه بهبود کیفیت برای بهبود اثربخشی برنامه های کم اثر**توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
توضیحات	* با استفاده از روش های سنجش و ارزیابی اثربخشی آموزشی و مصاحبه با کارکنان پس از اجرای برنامه به تشخیص بیمارستان[2]. توصیه . در حیطه مصرف دخانیات شاخص های کمی و کیفی تعیین شده، ارزیابی شود. ** برمبنای نظرسنجی از کارکنان و تاثیر برنامه های پیشگرانه و آموزشی در ارتقای سلامت آنها برنامه‌های کم اثر شناسایی و در جلسه تیم مدیریت اجرایی بازنگری می‌شود (در چارچوب خط مشی مربوط)	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول آموزش همگانی ارتقای سلامت	

[1] مطابق خط مشی ابلاغی تیم حاکمیتی

[2] مراجعه شود به توضیحات روش های سنجش و ارزیابی اثربخشی آموزشی در استاندارد (الف – ۷ – ۱۰)سنجه ۵ در همین محور

سنجه۳. بیمارستان ساز وکار انجام بیمه حوادث شغلی و مسئولیت مدنی کارکنان را درخصوص حوادث و سوانح و خطاهای پزشکی فراهم آورده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی و پیش بینی ساز و کاری برای بهره جستن از بیمه حوادث و سوانح شغلی در مشاغل پرخطر*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	شناسایی و پیش بینی ساز و کاری برای بهره جستن از بیمه مسئولیت مدنی کارکنان**	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*شناسایی این گروه از کارکنان توسط مسئول بهداشت سلامت و محیط کار یا کمیته خطر حوادث و بلایا صورت می پذیرد. ** مشاغل در معرض بروز خطاهای پزشکی توسط مسئول فنی / ایمنی یا کمیته مرگ و میر شناسایی می‌شوند. توصیه ۱. تامین پوشش بیمه‌ای برای حوادث و سوانح، خطاهای پزشکی، حوادث شغلی، مسئولیت مدنی کارکنان، توسط بیمارستان به ویژه در مورد کارکنان با مشاغل حساس و پرخطر توصیه می‌شود، اما الزامی نبوده و ملاک ارزیابی نمی‌باشد. توصیه ۲. با توجه به مسئولیت قانونی بیمارستان در بروز حوادث توصیه می‌شود مسئول فنی بیمارستان با مشارکت مسئول بهداشت سلامت و محیط کار نسبت به انتخاب راهکارهای متنوع حمایتی از کارکنان و کاهش مسئولیت مدنی بیمارستان برنامه‌ریزی نمایند و در این میان بهره جستن از دانش و تجربه اداره حقوقی دانشگاه توصیه می‌شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی، مسئول بهداشت سلامت و محیط کار	

الف	۷	۱۰	توانمندسازی کارکنان براساس آموزش‌های هدفمند، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد

- توسعه منابع انسانی
- ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیماران
- بهبود هزینه اثربخشی برنامه های آموزشی

سنجه۱. تیم مدیریت اجرایی با همکاری مسئول واحد منابع انسانی و سایر مسئولین بخش‌ها/ واحدها کتابچه الکترونیکی توجیهی برای آشنا سازی پزشکان/پرستاران و سایر کارکنان جدیدالورود را در موضوعاتِ معرفی شرایط عمومی بیمارستان و موارد اختصاصی هر بخش / واحد، به صورت فایل الکترونیک تدوین و در دسترس همه کارکنان قرار داده و تمامی کارکنان مرتبط از محتوای آن آگاهی دارند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین کتابچه الکترونیکی توجیهی کارکنان جدیدالورود بامحوریت مسئول واحد منابع انسانی و مشارکت مسئولین بخش‌ها/ واحدها	مشاهده
۲	معرفی شرایط عمومی* بیمارستان در کتابچه الکترونیکی توجیهی کارکنان جدیدالورود	بررسی مستند
۳	معرفی موارد اختصاصی هر بخش/ واحد** در کتابچه الکترونیکی توجیهی کارکنان جدیدالورود	بررسی مستند
۴	دسترسی کارکنان به کتابچه توجیهی کارکنان جدیدالورود به صورت فایل الکترونیک	مشاهده و مصاحبه
۵	آگاهی کارکنان جدیدالورود از محتوای کتابچه توجیهی	مصاحبه
توضیحات	* ابعاد و محتوای شرایط عمومی بیمارستان با تشخیص تیم مدیریت اجرایی تدوین می‌شود. توصیه ۱. ابعاد و محتوای شرایط عمومی بیمارستان حداقل شامل: موضوعات برنامه استراتژیک (ماموریت، چشم انداز، ارزش ها و ..) اهمیت و رعایت موازین منشور حقوق بیمار و رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش نشانی، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای ملی پوشش، مقررات داخلی بیمارستان در حوزه اداری و مالی باشد. ** ابعاد و محتوای موارد اختصاصی هر بخش/ واحد با تشخیص تیم مدیریت اجرایی و مسئول واحد/ بخش تدوین می‌شود. توصیه ۲. ابعاد و محتوای موارد اختصاصی هر بخش/ واحد حداقل شامل: محدوده عملکرد، الزامات کیفی، الزامات ایمنی شغلی، نقشه بخش و موقعیت قرارگیری بخش/ واحد در بیمارستان، طیف بیماران بستری/ مراجعه کننده، مقررات داخلی بخش/ واحد، تجهیزات اختصاصی بخش/ واحد باشد.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئولان بخش‌ها / واحدها	

سنجه۲. کارکنان، از مفهوم و نحوه تنظیم و اجرای برنامه توسعه فردی آگاهی داشته و هریک از آنها دارای برنامه توسعه فردی است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارکنان از مفهوم برنامه توسعه فردی[1]	مصاحبه
۲	آگاهی کارکنان از نحوه تنظیم و اجرای برنامه توسعه فردی	مصاحبه
۳	تدوین برنامه توسعه فردی* برای کارکنان بیمارستان	مشاهده
توضیحات	*فرم توسعه فردی و نحوه تدوین برنامه توسعه فردی با تشخیص بیمارستان است و ملاک ارزیابی نیست. توصیه ۱.تمامی فرم ها به صورت الکترونیک تکمیل، تایید و ارسال شود. ✚ برنامه توسعه فردی و یا توسعه شغلی و حرفه ای یک فرایند مستمر درخصوص ارزیابی نیاز های آموزشی هر فرد و برنامه‌ریزی برای رفع این نیاز ها است. ✚ براساس برنامه توسعه فردی هریک از کارکنان، بایستی در حیطه‌های دانشی و مهارتی نیازهای آموزشی در حیطه کاری و انجام وظایف محوله پیشنهاد نمایند. ✚ برنامه توسعه فردی در تعامل نزدیک کارکنان با مسئول واحد و به صورت طرح پیشنهادات کارکنان شکل می‌گیرد که توسط مسئول واحد/ بخش به مقامات مافوق اعلام می‌شود. نحوه شناسایی برنامه های آموزشی به نحوی است که کارکنان وضع مطلوب و وضع موجود را مقایسه، و فاصله خود را با مهارت‌ها و قابلیت‌هایی که برای موفقیت در آینده در انجام وظایف محوله باید داشته باشند، تعیین می‌کنند. توصیه۲. برنامه توسعه فردی پزشکان با مشارکت روسای بخش‌های بالینی و هدایت رئیس/ مدیرعامل بیمارستان تنظیم شود.	
هدایت کننده	رئیس/مدیرعامل، مدیر بیمارستان/ مسئول واحد منابع انسانی، مدیر پرستاری، روسا و مسئولان بخش‌ها / واحدها	

سنجه۳. برنامه‌ریزی آموزشی سالیانه براساس برنامه توسعه فردی و نیازسنجی آموزشی پیشنهادی مسئولان بخش‌ها/واحدها انجام و رئیس/مدیرعامل برای پزشکان، مدیرپرستاری برای پرستاران و مدیر بیمارستان برای سایر کارکنان جمع بندی شده، و در جلسه تیم مدیریت اجرایی طرح می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین برنامه آموزشی سالیانه کارکنان	بررسی مستند
۲	لحاظ برنامه توسعه فردی کارکنان در برنامه آموزشی سالیانه کارکنان	بررسی مستند
۳	لحاظ دوره‌های پیشنهادی مسئولان بخش‌ها / واحدها کارکنان در برنامه آموزشی*	بررسی مستند
۴	محوریت رئیس/ مدیرعامل بیمارستان در نیازسنجی آموزشی پزشکان	بررسی مستند و مصاحبه
۵	محوریت مدیر یت پرستاری در نیازسنجی آموزشی پزستاران	بررسی مستند و مصاحبه
۶	محوریت مدیر یت بیمارستان / مسئول واحد منابع انسانی در نیازسنجی آموزشی کارکنان غیر پزشک و غیر پرستار	بررسی مستند و مصاحبه
۷	بررسی برنامه آموزشی سالیانه کارکنان در تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۸	برآورد بودجه آموزشی مورد نیاز و ارسال برنامه آموزشی جهت تامین بودجه و تصویب به تیم حاکمیتی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*برحسب ضرورت های سیستمی در یک بخش / واحد در موضوعات مرتبط با بهبود کیفیت خدمات و ارتقای ایمنی بیماران ✚ کسب تجربه و آموزش، یک اتفاق یا رویداد[2] نیست، بلکه فرآیندی است مستمر که طی آن، کارکنان سازمان از متولیان آموزش در سازمان، سایر کارکنان و همکارانشان، مشتری/ مراجعه کننده، الگوها و مدل‌های کاری و حتی از اشتباهات، یاد می گیرند. ✚ مسئولیت آموزش کارکنان بر عهده سه مرجع است: ۱. خود کارکنان ۲. روسا / مسئولان و مافوق‌ها ۳. متولیان آموزش در سازمان (مانند سوپروایزر آموزشی در بیمارستان)	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل، مدیربیمارستان، مسئول واحد منابع انسانی، مدیر پرستاری مسئولان بخش‌ها / واحدها	

[1] Personal development program (PDP)

[2] Event

سنجه۴. برنامه آموزش کارکنان توسط تیم مدیریت اجرایی بررسی و پس از تصویب، بودجه های آموزشی آن تامین شده و اجرا می‌شود و مسئولان برنامه‌های آموزشی بر اجرای آنها نظارت نموده و گزارش ارزیابی خود را به تیم مدیریت اجرایی ارائه می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تایید برنامه آموزشی سالیانه کارکنان در تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۲	برآورد بودجه آموزشی مورد نیاز و ارسال برنامه آموزشی جهت تامین بودجه و تصویب و تامین بودجه به تیم حاکمیتی	بررسی مستند و مصاحبه
۳	اجرای برنامه های آموزشی مطابق زمان بندی پیش بینی شده	بررسی مستند و مصاحبه
۴	تعیین شاخص‌های دستیابی به اهداف آموزشی و اجرای برنامه ها توسط مسئولان برنامه‌های آموزشی	بررسی مستند
۵	نظارت مسئولان* برنامه های آموزشی بر اجرای برنامه ها و ارائه گزارش به تیم مدیریت اجرایی**	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* رئیس / مدیرعامل بیمارستان مسئول نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی پزشکان است، مدیریت پرستاری مسئول نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی پرستاران و مدیربیمارستان / مسئول واحد منابع انسانی مسئول نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی کارکنان غیر پزشک و غیر پرستار هستند. ** بااستفاده از شاخص‌های دستیابی به اهداف آموزشی و اجرای برنامه های آموزشی	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، مدیر پرستاری، مدیر بیمارستان/ مسئول واحد منابع انسانی	

سنجه۵. شاخص های ارزیابی اثربخشی برنامه‌های آموزشی در حیطه‌های دانشی، مهارتی توسط مجریان برنامه‌ها تعیین و پس از برگزاری دوره‌های آموزشی سنجش و براساس نتایج، اقدام اصلاحی به عمل می‌آید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین شاخص های ارزیابی اثربخشی* برنامه‌های آموزشی در حیطه‌های دانشی، مهارتی توسط مجریان برنامه‌ها	بررسی مستند
۲	ارزیابی اثربخشی برنامه های آموزشی براساس شاخصهای تعیین شده	بررسی مستند و مصاحبه
۳	انجام اقدام اصلاحی براساس نتایج ارزیابی اثربخشی دوره‌های آموزشی برگزار شده**	مصاحبه
توضیحات	*شاخص های اثربخشی آموزشی بر مبنای اهداف آموزشی در حیطه های دانش ،مهارت و نگرش تعیین می شوند. انتخاب این شاخص ها متناسب با انتظارات از فراگیران صورت می پذیرد. - مثال : سنجش اثربخشی دوره آموزشی احیای قلبی – ریوی در این نمونه شاخص ها بایستی در هر سه حیطه آگاهی به مبانی تئوری، مهارت بکارگیری آموخته ها و بهبود اولویت‌بندی و کیفیت نتایج عملکردی به صورت مقایسه قبل و بعد از آموزش تعریف و ارزیابی می‌شود. ۱. میزان افزایش آگاهی فراگیران به مبانی تئوری آموزش با استفاده از درصد آگاهی فراگیران در پیش آزمون و پس آزمون ۲. میزان ارتقای مهارت بکارگیری آموخته ها با روش ارزیابی میدانی رعایت توالی و اصول فنی در عرصه عمل (واقعی و مجازی) ۳. بهبود اولویت بندی و کیفیت که معمولا نتایج عملکردی ارزیابی می‌شود: درصد احیای قلبی - ریوی موفق **در صورت عدم تحقق نتایج مورد انتظار در بهبود شاخص های اثربخشی دوره‌های آموزشی در هریک از حیطه‌های شناخت لازم است نسبت به تکرار یا تکمیل برنامه های آموزشی اقدام شود. - مفهوم آموزش الزاما معادل یادگیری نیست، در واقع تغییر رفتار پس از آموزش اثربخش، یادگیری تلقی می‌شود. - تغییر رفتار بایستی در سه حیطه شناختِ دانشی، مهارتی و نگرشی رخ بدهد تا منجر به یادگیری پایدار بشود. - روش های متعدد و معتبری برای ارزیابی اثربخشی آموزشی وجود دارد. از روش های سنتی مانند مدل هدف مدار تایلر تا روش ادیورنه، مدل کرک پاتریک، سالیوان و چندین مدل دیگر که تاثیر گذاری آموزش را در یک تا سه حیطه شناخت دانشی ، مهارتی و نگرشی ارزیابی می کنند. - آگاهی قبل و بعد آموزش، اثرات تاخیری آموزش، تغییر رفتار، تغییر عملکرد و بهبود نتیجه کامل ترین ابعاد اثربخشی آموزشی است[1]	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، مدیر بیمارستان/ مسئول واحد منابع انسانی، مدیر پرستاری	

[1] مدل پنج مرحله ای ارزیابی اثربخشی آموزشی سالیوان

سنجه۶. بیمارستان ضمن اطلاع‌رسانی کنگره ها و همایش‌های علمی به کارکنان، از حضور کارکنان در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم پزشکان حمایت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اطلاع رسانی بیمارستان درخصوص برگزاری کنگره ها و همایش‌های علمی	مصاحبه
۲	حمایت و مساعدت بیمارستان درخصوص شرکت پزشکان و کارکنان در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم	مصاحبه
۳	حمایت و مساعدت بیمارستان درخصوص شرکت پرستاران در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم	مصاحبه
۴	حمایت و مساعدت بیمارستان درخصوص شرکت کارکنان غیر پزشک و غیر پرستار در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم	مصاحبه
توضیحات	توصیه ۱. اطلاع رسانی کنگره ها و همایش‌های علمی به پزشکان وکارکنان می تواند ازطرق زیر انجام شود: ○ نصب پوسترها یا فراخوانهای ارسال مقالات و برگزاری کنگره ها و همایش‌های علمی در معرض دید پزشکان و کارکنان ○ اطلاع رسانی لازم از طریق مکاتبات اداری توصیه ۲. مساعدت لازم در شرکت نمودن پزشکان و کارکنان در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم می تواند از طریق موافقت بیمارستان با حضور کارکنان در ساعات کاری، تخصیص حق الزحمه، اعطاء یا ماموریت آموزشی و سایر سیاستهای تشویقی باشد.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، مدیر بیمارستان/ مسئول واحد منابع انسانی، مدیر پرستاری	

سنجه۷. در برنامه‌ریزی آموزشی بیمارستان، آموزش حین خدمت به منظور حفظ و ارتقای دانش و مهارت های کارکنان، پیش بینی شده و سالیانه اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آموزش های حین خدمت در برنامه‌ریزی آموزشی بیمارستان و نیازسنجی صورت پذیرفته	بررسی مستند
۲	اجرای آموزش های حین خدمت پیش بینی شده در برنامه‌ریزی آموزشی بیمارستان طبق برنامه	بررسی مستند
هدایت کننده	رئیس/مدیرعامل ، مدیر پرستاری، مدیر بیمارستان/ مسئول واحد منابع انسانی	

الف | ۷ | ۱۱ | آموزش مهارت‌های نجات دهنده و حفظ ایمنی بیماران برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد

- بهبود مهارتهای نجات دهنده بیماران از طریق آموزش
- ارتقای ایمنی بیماران

سنجه۱. برای کارکنان(پزشک/پرستار و سایر کارکنان مرتبط با بالین بیمار) دوره‌های آموزشی شناسایی عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار و نحوه پیشگیری و کنترل آنها حداقل دو سال یکبار برگزار می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برگزاری دوره‌های آموزشی شناسایی، پیشگیری و کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار* برای پزشکان **	بررسی مستند و مصاحبه
۲	برگزاری دوره‌های آموزشی شناسایی، پیشگیری و کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار برای پرستاران	بررسی مستند و مصاحبه
۳	برگزاری دوره‌های آموزشی شناسایی، پیشگیری و کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار برای سایر کارکنان ***	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*در فرآیند ارزیابی اولیه بیمار عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار شناسایی می شوند. این عوامل با توجه به وضعیت و زمینه های آسیب پذیری بیمار شناسایی و از طریق کنترل عوامل محیطی، آموزش های خود مراقبتی، طرح مراقبت و درمان متناسب و مناسب، وضعیت بیمار کنترل می‌شود. ** تجدید این دوره آموزشی برای کارکنان مشروحه در هر سه گام حداقل هر دوسال یکبار. *** کارکنان فیزیوتراپی، نمونه برداران آزمایشگاه، کارشناسان تصویر برداری، پرتوپزشکی/ پرتو درمانی و سایر کارکنان مرتبط با بیمار با تشخیص وتعیین بیمارستان.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، مدیر پرستاری، مدیر بیمارستان/ مسئول واحد منابع انسانی	

سنجه۲. برای پزشکان دوره‌های آموزش مهارت‌های تخصصی ضمن خدمت پیش بینی شده، که حداقل شامل احیای قلبی-ریوی پیشرفته نوزادان/کودکان و بزرگسالان می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	پیش بینی آموزش های ضمن خدمت پزشکان* در برنامه‌ریزی آموزشی بیمارستان و نیازسنجی صورت پذیرفته	بررسی مستند و مصاحبه
۲	برگزاری دوره آموزشی احیای قلبی-ریوی پیشرفته نوزادان/کودکان و بزرگسالان برای پزشکان**	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*پزشکان می توانند دوره‌های آموزشی مهارت‌های تخصصی ضمن خدمت خود را علاوه بر بیمارستان محل خدمت، در مراکزی نظیر سازمان نظام پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان انتقال خون، سازمان پزشکی قانونی و سازمان انرژی اتمی بگذرانند. **دوره‌های آموزشی مهارت‌های تخصصی ضمن خدمت نظیر احیای قلبی-ریوی حداقل برای پزشکان اورژانس و متخصصین مقیم و پزشکان پشتیبان زایمان های طبیعی بلوک زایمان و سزارین در اتاق عمل‌ها الزامی است.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، روسای بخش‌های بالینی	

سنجه۳. کارکنان بالینی و افرادی که بیمارستان تعیین می‌کند دوره آموزش احیای قلبی-ریوی پایه را حداقل دو سال یک بار می گذرانند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برگزاری دوره آموزش احیای قلبی-ریوی پایه برای کارکنان بالینی و سایر افراد به تشخیص بیمارستان	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تجدید دوره آموزش احیای قلبی-ریوی پایه برای کارکنان بالینی و افرادی که بیمارستان تعیین می‌کند هر دوسال یکبار	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	کارکنان می توانند دوره های آموزشی مهارت‌های تخصصی ضمن خدمت خود را علاوه بر بیمارستان محل خدمت، در مراکزی نظیر سازمان نظام پرستاری، دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان انتقال خون، سازمان پزشکی قانونی و سازمان انرژی اتمی بگذرانند.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، مدیر پرستاری، مدیر بیمارستان/ مسئول واحد منابع انسانی	

الف. مدیریت و رهبری

الف –۸) مدیریت تامین و تسهیلات اقامت

الف	۸	۱	تدارک، انبارش و توزیع ملزومات و تجهیزات به صورت برنامه‌ریزی شده انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- برنامه ریزی مناسب برای تامین و پشتیبانی به موقع و اثربخش خدمات
- بهبود هزینه اثربخشی

سنجه۱. خط مشی و روش" تهیه و توزیع ملزومات و تجهیزات " با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان* در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	نحوه کسب اطمینان از انجام درخواست به موقع مسئولان بخش‌ها/واحدها، در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	نحوه الویت بندی درخواست‌های عادی و فوری بخش‌ها/واحدها، در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	لحاظ نمودن مفاد استانداردها، الزامات قانونی و بالادستی مانند آیین نامه های مالی و معاملاتی، در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	نحوه کسب اطمینان از انطباق کالا یا اقلام خریداری شده با درخواست بخش‌ها/واحدها قبل از مصرف، در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۱	نحوه شناسایی و ایجاد بانک اطلاعاتی تامین کنندگان معتبر و تامین کنندگان غیر معتبر، در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۲	نحوه مشارکت کمیته‌های دارو وتجهیزات در خرید تجهیزات، در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۳	نحوه کسب اطمینان از توزیع به موقع ملزومات و تجهیزات، در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۴	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش با حداقل‌های مورد انتظار	مشاهده
۱۵	آگاهی کارکنان از خط مشی و روش اجرایی	مصاحبه
۱۶	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط**	مشاهده و مصاحبه
۱۷	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ***	مشاهده

توضیحات	*حداقل شامل مدیر، مسئول امور مالی، تدارکات، و سایر کارکنان با تشخیص بیمارستان **منظور از منابع ملزومات و تجهیزات نیست بلکه ابزار و کارکنانی است که در اجرای خط مشی و روش پیش بینی شده‌اند. ***خرید دارو و تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی با محوریت داروخانه و مدیریت برنامه ریزی جداگانه شده و انبار مستقل دارد و همچنین واحدهای برون سپاری شده مشمول این خط مشی نیستند. ملزومات و تجهیزات شامل تمامی اقلام اداری، غذایی، بهداشتی، کیت، لوازم و تجهیزات پزشکی است.
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل ، مدیر بیمارستان و مسئول واحد مالی

سنجه۲. براساس نوع خدمات، فهرست تجهیزات ضروری هریک از بخش‌ها/واحدها تدوین شده است.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تهیه فهرست تجهیزات پزشکی ضروری* مورد نیاز بخش‌ها/ واحدها براساس نوع خدمات، توسط مسئولین بخش‌ها/ واحدها	بررسی مستند
۲	تایید فهرست تجهیزات پزشکی ضروری هریک از هر بخش‌ها/ واحدها توسط واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	بررسی مستند ومصاحبه
توضیحات	*تجهیزات پزشکی ضروری به تجهیزاتی اطلاق می‌شود که درصورت فقدان آنها ضمن ایجاد وقفه در خدمات، این تاخیر ایمنی بیماران به مخاطره بیاندازد. تجهیزاتی مانند دی سی شوک و سایر تجهیزات با تشخیص روسا و مسئولان یخش‌ها / واحدها	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، مسئول واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی، روسا /مسئولان و سرپرستاران بخش‌ها/واحدها	

سنجه۳. بخش/ واحد پشتیبان، برای تامین موقت تجهیزات ضروری در شرایط اضطراری، به نحوی که تاخیری در فرآیند درمان بیماران رخ ندهد تعیین شده‌اند.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین بخش پشتیبان در فهرست تجهیزات پزشکی ضروری هر بخش*	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* بخش یا واحد پشتیبانی، به نحوی انتخاب شود که در اسرع وقت و بدون اتلاف زمان تجهیزات جایگزین در اختیار بخشی که تجهیزات آن دچار مشکل شده است قرار گیرد. این پشتیبانی بایستی به صورت شبانه روزی پیش بینی شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، مسئول واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی، روسا /مسئولان و سرپرستاران بخش‌ها/واحدها	

سنجه۴. دستورالعمل "انبارش ایمن" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* در تدوین دستورالعمل انبارش ایمن حداقل موارد ذیل در نظر گرفته شود ○ انبارش مستقل مواد شیمیایی و قابل اشتعال ○ رعایت اصول ایمنی و دتکتورهای هشداردهنده در فضای خارج از انبار اصلی که مجهز به وسائل آتش نشانی باشد. ○ استفاده از قفسه بندی های فلزی مستحکم و غیر قابل اشتعال ○ استفاده از درب فلزی و فاقد شکاف در انبار ○ سیم کشی توکار برق و از داخل لوله های مخصوص ضد ضربه و اشتعال ○ استفاده از کلیدها و پریزها و روشنایی‌های ضد جرقه ○ چیدمان طبقه بندی شده و ایمن از جمله نگهداری مواد سوزاننده و اشتعال زا در طبقات پایین ○ استفاده از علایم هشداردهنده ممنوعیت سیگار و سایر موارد ایمنی ○ کف انبار صاف و فاقد هرگونه لغزندگی باشد. ○ استحکام کافی و زیر سازی مناسب کف انبار ازجهت ایمنی در مقابل آتش سوزی و زلزله ○ روشنایی و تهویه مناسب انبار ○ وجود جعبه کمک های اولیه در انبار ○ استفاده از نرده محافظ در پشت پنجره‌های انبارها ○ رعایت نکات نگهداری اجزاء غیرسازه‌ای در هنگام زلزله (مانند قفسه ها و ...)	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی، مسئول انبار و مسئول بهداشت حرفه‌ای	

سنجه ۵ . مدیر/ مدیرداخلی بیمارستان به صورت مدون از انبارهای بیمارستان بازدید نموده و نحوه انبارش کالا ، تجهیزات و مواد را از نظر رعایت اصول ایمنی و امنیت محیطی ارزیابی می‌نماید، و در صورت نیاز اقدام اصلاحی/ پیشگیرانه به عمل می‌آورد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین چک لیست* نظارت بر انبارش کالا، تجهیزات و مواد	بررسی مستند
۲	انجام بازدید از انبارها در بازه‌های زمانی معین** توسط مدیر/ مدیرداخلی بیمارستان با استفاده از چک لیست	بررسی مستند و مصاحبه
۳	درصورت لزوم اقدام پیشگیرانه یا اصلاحی در انبار	مصاحبه
توضیحات	*چک لیست بر اساس دستوالعمل انبارش ایمن تدوین شود.(موضوع سنجه ۴) **بازه زمانی بر اساس برنامه ریزی بیمارستان و حداقل سه ماه یکبار	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی	

الف | ۸ | ۲ | بیمارستان خدمات خارج از زنجیره تامین خود را برای بیماران برنامه ریزی می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- حمایت کامل بیمارستان از بیماران در اخذ خدمات تشخیصی و درمانی
- حفظ ایمنی بیماران در نقل و انتقالات بین بیمارستانی

سنجه ۱. خدمات تشخیصی و درمانی خارج از زنجیره تامین بیمارستان با محوریت و هماهنگی بیمارستان به بیماران ارائه می‌شود و از ارجاع بیماران به خارج از بیمارستان بدون حمایت و برنامه ریزی بیمارستان ممانعت به عمل می آید.		
سطح سنجه*	☑الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برنامه ریزی و روشن بودن نحوه تامین خدمات تشخیصی و درمانی خارج از زنجیره تامین بیمارستان	بررسی مستند
۲	محوریت** بیمارستان در ارجاع بیماران برای اخذ خدمات تشخیصی و درمانی خارج از زنجیره تامین و بازگشت ایمن بیمار	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*این سنجه در بیمارستان‌های مشمول برنامه تحول نظام سلامت الزامی و در سایر بیمارستان‌ها سطح اساسی دارداست. **در بیمارستان‌های مشمول برنامه تحول نظام سلامت بایستی ضمن تامین آمبولانس هیچگونه هزینه ای را بیمار پرداخت نمی‌نماید و در صورت‌حساب بیمار محاسبه شود.	
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، مدیرپرستاری و سوپروایزرها	

سنجه ۲. بیمارستان امکانات انتقال بیماران را برای اخذ خدمات خارج از زنجیره تامین خود برنامه ریزی نموده و با رعایت اصول ایمنی و ضوابط مربوطه اقدام می‌نماید.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تامین آمبولانس با امکانات مناسب و متناسب با سطح بیماری* برای اعزام موقت بیماران اخذ خدمات خارج از زنجیره تامین با برنامهریزی قبلی بیمارستان**	مشاهده
۲	انتقال ایمن بیمار ضمن استمرار مراقبت از بیماران بدحال با همراهی پزشک یا پرستار با توجه به وضعیت بیمار	بررسی مستند
توضیحات	*تامین آمبولانس ویژه برای بیماران بدحال و همراهی الزامی پزشک یا پرستار خبره و نیز وجود تجهیزات لازم در آمبولانس. **برنامه ریزی شامل نحوه هماهنگی با ستاد انتقال دانشگاه متبوع، هماهنگی با مرکز مقصد و تحویل بیمار طبق راهنمای" ارتباط مناسب کارکنان در زمان تحویل بیمار " بخشنامه شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷د مورخ ۹۳/۶/۱۲	
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، مدیر پرستاری و سوپروایزرها	

الف	۸	۳	امکانات و تجهیزات برای حفاظت فردی و رعایت بهداشت دست های کارکنان و افراد مرتبط با بیمار فراهم شده‌است.

دستاورد استاندارد

- تامین امکانات بهداشتی استانداردو ایمن برای بیماران، کارکنان و مراجعین

سنجه ۱. بیمارستان امکانات شستشوی بهداشتی و ضد عفونی کردن دست‌ها را مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت فراهم نموده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود سینک روشویی نیم پایه واحد، مایع دستشویی، سطل پدال دار و دستمال یک‌بار مصرف در بخش‌های بالینی و پاراکلینیک*	مشاهده
۲	وجود دیس‌پنسر حاوی محلول ضدعفونی با پایه الکل** در بخش‌های بالینی و پاراکلینیک حداقل بین هر دو تخت***	مشاهده
توضیحات	* امکانات شستشوی بهداشتی دست در کلیه بخش‌های بالینی و پاراکلینیک حداقل در هر اتاق بیماران بستری و به ازای هر ۶ تخت **جهت رعایت هند راب[1] در بهداشت دست. *** امکانات ضدعفونی دست‌ها شامل محلول با پایه الکل، دیسپنسر، راهنماهای تصویری در دسترس کارکنان به تعداد کافی**موجود می‌باشد. توصیه . امکانات شستشوی بهداشتی دست شامل (روشویی نیم پایه، صابون مایع، حوله کاغذی، سطل های آشغال پدال دار و یادآورهای تصویری) به تعداد کافی در دسترس باشد.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری تیم کنترل عفونت، مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۲. وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش‌ها / واحدها در دسترس کارکنان بوده و راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از آن در بخش‌ها/ واحدهای مرتبط مشاهده می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای حفاظت فردی کارکنان در بخش‌ها / واحدها*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	وجود راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی در بخش‌ها / واحدها	مشاهده و مصاحبه
۳	دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای حفاظت فردی در موارد نیاز**	مصاحبه
توضیحات	*تامین وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش‌ها/ واحدها براساس کتاب نظام کنترل عفونتهای بیمارستانی. **موقعیت های استفاده از ماسک ۹۵ را در هنگام انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسل به نحوه صحیح در تمامی بخش‌های بالینی شناسایی و قبل از مواجهه با بیمار مشکوک / محتمل/ مبتلا به ماسک N_{95} دسترسی و کارکنان از آن استفاده می‌نمایند. توصیه . تدوین فهرست وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش‌ها/واحدها و تعداد مورد نیاز براساس نوع بیماران بستری و دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، با مشارکت تیم کنترل عفونت و مسئولین بخش‌ها/ واحدها تائید لیست فوق در کمیته کنترل عفونت	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان،مدیر پرستاری، تیم کنترل عفونت،مسئول بهداشت حرفه‌ای، سرپرستاران و مسئولین بخش‌ها و واحدهای مرتبط	

[1] Hand Rub

سنجه ۳. امکانات بهداشتی و سرویس‌های بهداشتی مطابق الزامات مربوط به میزان کافی در دسترس کارکنان و بیماران است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود سرویس‌های بهداشتی* به تعداد کافی با توجه به طرح انطباق در دسترس کارکنان و بیماران و مراجعین	مشاهده و مصاحبه
۲	وجود دستگیره اتکا و فضای فیزیکی مناسب در سرویس‌های بهداشتی**	مشاهده
۳	روشنایی مناسب درسرویس‌های بهداشتی	مشاهده
۴	وجود اگزاست و تهویه مناسب، درسرویس‌های بهداشتی	مشاهده
۵	استفاده از درب‌های مناسب بخش‌های درمانی در سرویس‌های بهداشتی***	مشاهده
توضیحات	* شامل روشوئی، توالت و حمام **در سرویس‌های بهداشتی بیماران محلی برای آویز سرم پیش بینی شده باشد. *** درب های توالت از هر دو طرف دستگیره دارد به بیرون باز شده و از داخل قفل نمی شوند و درب ها ضد رطوبت و مقاوم در برابر ضربه باشند. باز کردن در در حالی که از داخل قفل شده است، فقط توسط پرستار از بیرون امکان پذیر باشد. توصیه. کنترل وضعیت سرویس‌های بهداشتی بیمارستان بصورت دوره‌ای و منظم و استفاده از چک لیست خدماتی در سرویس‌های بهداشتی.	
هدایت کننده	مدیربیمارستان، مسئول بهداشت محیط، مسئول ساختمان و تاسیسات	

الف ۸ ۴ هدایت مراجعین در ورودی ها و داخل بیمارستان انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- راهنمایی و هدایت بیماران
- افزایش رضایت مندی مراجعین

سنجه۱. تابلوهای راهنما در خیابان اصلی و فرعی منتهی به بیمارستان وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود تابلوهای راهنما در خیابان های اصلی منتهی به بیمارستان	مشاهده
۲	وجود تابلوهای راهنما در خیابان های فرعی منتهی به بیمارستان	مشاهده
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

سنجه ۲. تابلوهای اورژانس به صورت کاملا واضح و با قابلیت دید از خیابان با تامین نورپردازی برای دید در شب وجود دارند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود تابلوهای اورژانس	مشاهده
۲	قابلیت رویت بودن تابلوهای اورژانس از خیابان منتهی به بیمارستان	مشاهده
۴	قابل رویت بودن تابلوهای اورژانس در شب از خیابان منتهی به بیمارستان	مشاهده
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

سنجه ۳. ورودی های اصلی بیمارستان، درمانگاه ها و اورژانس مستقل هستند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	مستقل بودن ورودی اصلی بیمارستان	مشاهده
۲	مستقل بودن ورودی درمانگاه بیمارستان یا عدم تردد مراجعین از درون بخش‌های بستری و اورژانس برای دسترسی به درمانگاه	مشاهده
۳	مستقل بودن ورودی اورژانس بیمارستان	مشاهده
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

سنجه ۴. تابلوهای راهنمای بلوک های ساختمانی وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود تابلوی راهنما نزدیک به ورودی مجموعه با معرفی واضح بلوک های مختلف ساختمانی در بیمارستان	مشاهده
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

سنجه ۵. تابلوهای راهنما در کلیه ی طبقات، ورودی بخش‌ها و واحدهای اداری، پاراکلینیکی و مالی وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود تابلوهای راهنما در تمامی طبقات	مشاهده
۲	وجود تابلوهای راهنما در تمامی ورودی بخش‌ها/ واحدها	مشاهده
۳	وجود تابلوهای راهنما در تمامی واحدهای اداری	مشاهده
۴	وجود تابلوهای راهنما در تمامی واحدهای پاراکلینبکی	مشاهده
۵	وجود تابلوهای راهنما در تمامی واحد های مالی	مشاهده
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

سنجه ۶. علائم راهنمای بخش‌ها در داخل آسانسورها در معرض دید مراجعین نصب شده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نصب بودن علائم راهنمای بخش‌ها در داخل آسانسورها	مشاهده
۲	درمعرض دید بودن علایم نصب شده داخل آسانسورها	مشاهده
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

الف	۸	۵	امکانات و دسترسی ایمن و حامی معلولین و افراد ناتوان به بیمارستان و طبقات آن فراهم است.

دستاورد استاندارد

- تسهیل نقل و انتقال بیماران و مراجعین
- امکان تخلیه سریع و ایمن با استفاده از پله فرار
- ارائه تسهیلات برای بیماران معلول و کم توان

سنجه۱. آسانسورهای ویژه حمل بیمار به تعداد کافی در بیمارستان وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	کافی بودن *تعداد آسانسورهای ویژه حمل بیمار در بیمارستان	مشاهده
توضیحات	* تعداد کافی آسانسور: به ازای هر۱۰۰تخت ۲ آسانسور(۱نفربر و۱تخت بیماربر) وجود دارد. توصیه . حداقل الزامات آسانسور[1] شامل ○ همسطح بودن ورودی آسانسور با در دسترسی بلامانعِ صندلی چرخدار یا برانکارد ○ حداقل فضای انتظار در جلو آسانسور در هر طبقه ۱۵۰*۱۵۰ سانتیمتر مربع ○ حداقل عرض مفید ۸۰ سانتیمتر و مجهز به درب کشویی با چشم الکترونیکی ○ در محل‌های پرتردد معلولان ارتفاع دکمه‌های کنترل کننده آسانسور حداکثر ۱۳۰سانتیمتر؛ حداقل برجستگی آن ۱/۵ سانتیمتر و حداقل قطر آن ۲ سانتیمتر و نیز برای استفاده‌نابینایان قابل تشخیص باشد. ○ نصب دستگیره‌های کمکی در دیواره‌های آسانسور در ارتفاع ۸۵ سانتیمتر از کف اتاقک ○ درصورتی که بیمارستان تنها ناچار به انتخاب و خرید از یک نوع آسانسور باشد هر ۲ آسانسور از نوع تخت بر باشد. ○ لازم است توقف آسانسور با صوت مشخص شود	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

سنجه۲. پله فرار با علائم راهنمایی واضح، دارای نرده و پلکان در همه طبقات بیمارستان بدون هیچ مانعی قابل دسترسی است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود پله فرار قابل دسترسی بدون هیچ مانعی در تمام طبقات بیمارستان	مشاهده
۲	وجود علایم راهنمایی واضح و از نوع شب نما به سمت پله فرار از داخل راهروها تا پله فرار	مشاهده
۳	وجود نرده محافظ در پلکان	مشاهده
توضیحات	توصیه . چند ویژگی پله فرار ○ ارتفاع نرده پلکان عمومی حداقل ۸۰ سانتیمتر ○ فاصله حفاظ داخلی (عمودی) حداکثر ۱۰ سانتیمتر درنظر گرفته شود ○ اطراف پلکان بوسیله جـــــان پناه با ارتفـــاع حداقل ۸۰ سانتیمتر در نظر گرفته شود ○ دسترسی به پلکان‌های خارجی در هر طبقه باید از طریق دربهـــای مقاوم در برابر آتش ضربه و دود بند صورت پذیرد ○ کف پاگردها و پلکانهای خارجی با ســـازه فلزی باید از نوع ورق فلزی آجدار پوشـــش داده شود	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان، مسئول فنی /ایمنی بیمارستان	

[1] مرجع :کتاب استاندارد برنامه ریزی وطراحی بیمارستان ایمن جلد۱ تالیف دفتر مدیریت منابع فیزیکی ومجری طرح های عمرانی وزارت بهداشت

سنجه۳. رمپ با شیب استاندارد در مسیر ورودی به اورژانس و درمانگاه بیمارستان وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود رمپ با شیب استاندارد* درمسیر ورودی اورژانس**	مشاهده
۲	وجود رمپ با شیب استاندارد درمسیر ورودی درمانگاه**	مشاهده
توضیحات	*رمپ یا شیب استاندارد: تمامی شیب راه ها از حداقل ۵٪ تا حدکثر۸٪ برای سطوح شیب دار تا طول ۳متر و با عرض حداقل ۱/۲متر می باشد. در سطوح شیب دار بیش از ۳متر طول (تاحد مجاز۹متر) به ازای هر متر افزایش طول ۵سانتیمتر به عرض مفید اضافه شده و نیم درصد از شیب آن کاسته می‌شود. ** در بیمارستان‌هایی که سطح اورژانس یا درمانگاه با سطح خیابان همسطح می باشد و نیازی به رمپ نیست و همچنین در بیمارستان‌هایی که از سایر امکانات از قبیل بالابر برای جابجایی بیمارانی که امکان رفتن از پله ها را ندارند امتیاز این سنجه کامل داده می شود توصیه . شرایط مناسب رمپ ○ حداقل عرض سطح شیبدار ۱۲۰ سانتیمتر باشد. ○ برای سطوح شیبدار تا ۳ متر طول حداکثر شیب ۷ درصد با عرض ۱۲۰ سانتیمتر باشد ○ در سطوح شیب دار بیش از سه متر طول (تا حد مجاز ۹ متر) در ازای هر متر افزایش طول۵ سانتیمتر به عرض مفید آن اضافه و ۵ درصد از شیب آن کاسته شود. ○ پیش‌بینی یک پاگرد حداقل به عرض۱۲۰ سانتیمتر و در هر ۹ متر طول الزامی است. درسطوح شیب دار دو جهته عرض پاگرد برابر عرض سطح شیبدار خواهد بود. ○ کف سطح شیبدار باید غیرلغزنده باشد ○ سطوح شیبدار و ورودی ساختمان باید مسقف باشد ○ نصب میله دستگرد در طرفین سطح شیبدار الزامی است. ○ ارتفاع میله دستگرد از کف سطح شیبدار برای شخص نشسته ۷۵ سانتیمتر برای شخص‌ایستاده ۸۵ سانتیمتر و برای کودکان ۶۰ سانتیمتر باشد ○ حداکثر قطر میله دستگرد ۵ و ۳ سانتیمتر و حداقل فاصله بین آن و دیوار ۴ سانتیمترباشد. ○ مرجع :کتاب استاندارد برنامه‌ریزی وطراحی بیمارستان ایمن جلد۱(تالیف دفتر مدیریت منابع فیزیکی ومجری طرح‌های عمرانی وزارت بهداشت)	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

سنجه۴. سرویس های بهداشتی با تسهیلات لازم و مناسب برای معلولین و افراد ناتوان و افراد با نیازهای ویژه وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود سرویس های بهداشتی با تسهیلات لازم * برای معلولین، افراد ناتوان و افراد با نیازهای ویژه در بخش‌ها	مشاهده
۲	تعبیه‌ی یک سرویس بهداشتی و حمام ویژه بیماران معلول و افراد دارای ناتوانی جسمی در راهروهای بخش‌های داخلی/جراحی	مشاهده
توضیحات	*حداقل تسهیلات لازم[1] ○ حداقل ابعاد سرویس بهداشتی برای استفاده با ویلچر، ۲ متر در ۲ متر است. ○ فضای خالی بدون مانع دایره‌ای شکل به قطر ۱۵۰ سانتیمتر برای چرخش ۱۸۰ درجه‌ی صندلی چرخدار باید فراهم باشد. ○ الزامی است که در این فضا از توالت فرنگی استفاده شده باشد. ○ هیچ گونه اختلاف ارتفاعی در کف سرویس بهداشتی حتی در قسمت ورودی نسبت به کف طبقه نباید ایجاد شده باشد. ○ در سرویس بهداشتی به بیرون باز شود و گشودن آن در مواقع اضطراری از بیرون‌امکان پذیر باشد. ○ نصب کاسه توالت فرنگی به ارتفاع ۴۵ سانتیمتر از کف و با فاصله حداقل ۴۰ سانتی متر از روشویی و یا دیگر موانع مجاور (به جز دستگیره افقی) الزامی است. ○ کاسه روشویی در فضایی با حداقل ابعاد ۹۰ در ۱۲۰ سانتیمتر قرار گرفته باشد تا امکان دسترسی از رو به رو را فراهم کند. ○ حداقل فاصله ی لبه ی جانبی کاسه روشویی تا دیوار یا هر مانع دیگر، ۲۰ سانتیمتر ○ ارتفاع مناسب لبه ی بالایی روشویی برای فرد نشسته روی ویلچر، ۸۵ سانتی متر است. ○ فضای آزاد (بدون قرار گیری کابینت) با ارتفاع ۷۰ سانتی متر از کف تا زیر لبه ی کاسه ی روشویی برای قراره گرفتن زانو. عمق این فضا در قسمت زانو ۲۰ سانتیمتر و در قسمت نوک پا، ۴۵ سانتیمتر ○ دستگیره افقی در دو سمت توالت فرنگی، با ارتفاع ۷۰ سانتیمتر از کف و طول آن تا ۲۰ سانتیمتر جلوتر از لبه ی جانبی توالت فرنگی ادامه یابد. ○ نصب دستگیره اضافی بر روی قسمت داخلی در به ارتفاع ۸۰ سانتیمتر از کف و ۲۵سانتیمتر فاصله از محور لولا الزامی است ○ شیرهای دستشویی از نوع اتوماتیک با سنسور چشمی و یا اهرمی بوده و به راحتی باز و بسته شوند. توصیه . به منظورکاهش مساحت بخش، فضای سرویس بهداشتی با فضای حمام مشترک در نظرگرفته شود. چیدمان مجموعه ی دوش، توالت ، روشویی می تواند به شکل های مختلف انجام شود. در این صورت، حداقل ابعاد فضا، ۲/۴ در ۲/۵ متر خواهد بود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

[1] مرجع:کتاب استاندارد برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن جلد۱ صفحه۱۵۳ (تالیف دفتر مدیریت منابع فیزیکی و مجری طرح های عمرانی وزارت بهداشت

الف	۸	۶	امکانات و تسهیلات لازم برای اتاق بیمار فراهم شده است.

دستاورد استاندارد

- بهبود تسهیلات اتاق بیمار
- بهبود رضایت بیماران و همراهان

سنجه۱. تخت های بستری بیماران دارای حداقل شرایط مورد انتظار است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	استفاده از تخت‌های بستری با حداقل کیفیت و شرایط مورد انتظار*	مشاهده
توضیحات	*ویژگی های تخت های بستری در بخش‌های بستری ۱. از نوع سه شکن(بخش ویژه)، دو یا سه شکن(بخش های عادی)به صورت مکانیکی یا برقی ۲. دارای ساید ریل تاشو در امتداد تخت ۳. امکان اتصال پایه سرم به تخت ۴. قابلیت نصب مانکی بار ۵. دارای چرخ های روان‌گرد با قطر حداقل ۱۲۵ میلیمتر از نوع دنباله شفت‌دار آلن‌خور ودو عدد چرخ ترمزدار به صورت مورب ۶. رویه‌های تخت از نوع ABS جدا شونده با قابلیت شست‌وشو و ضد عفونی ۷. سر تخت و پای تخت از جنسABS با پایه‌های فولادی ۸. امکان آویزکیسه‌ی ادرار ۹. دارای چهار ضربه گیر در چهارگوشه تخت ۱۰. در نوع مکانیکی دارای جک با دسته های تا شونده ۱۱. دارای پایه سرم با قابلیت تنظیم ارتفاع	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه۲. سیستم مجهز به کنسول گازهای طبی در بالای هر تخت نصب شده و فعال است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود کنسول گازهای طبی در بالای هر تخت[۱]	مشاهده
۲	کنسول دارای خروجی VAC	مشاهده
۳	کنسول دارای یک عدد خروجی اکسیژن	مشاهده
۴	کنسول دارای چهار عدد پریز برق	مشاهده
۵	کنسول دارای یک سوکت RJ_{45}	مشاهده
۶	کنسول دارای کلید احضار پرستار	مشاهده
۷	سالم و فعال بودن کنسول گازهای طبی در بالای هر تخت	مشاهده
توضیحات	توصیه .کنسول ها دارای چراغ روشنایی و مطالعه باشند.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه۳. تشک بیماران دارای حداقل شرایط مورد انتظار است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تشک بیمار از جنس فوم داخلی از مواد نو و غیر بازیافتی*	مشاهده
۲	تشک بیمار از افزایش حرارت در بدن بیمار جلوگیری کند**	مشاهده و مصاحبه
۳	تشک با ضخامت ۷۰ میلیمتر	مشاهده
۴	رویه تشک بیمار جداشدنی با زیپ دو طرفه در طول و عرض	مشاهده
۵	رویه تشک بیمار از جنس ضد حساسیت[۲]	مشاهده
۶	تشک بیمار ضد آب[۳] و مقاوم به روشهای شستشو و ضد عفونی	مشاهده
۷	سطح رویه صاف تشک بیمار جهت کاهش میزان رشد قارچ و باکتری ها	مشاهده
۸	استفاده از تشک مواج برای بیماران با کاهش سطح هوشیاری و بدون تحرک	مشاهده
توضیحات	*استفاده از تشک های تهیه شده از مواد بازیافتی ممنوع است. ** در خصوص بیماران مستعد زخم بستر ترجیحا جنس رویه تشک بیمار ،با امکان گذردهی هوا به جهت عدم ایجاد حرارت نامطلوب وتعریق در سطح تماس بدن بیماردر نظر گرفته شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

[۱] مرجع:کتاب استاندارد برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن جلد۱ ۲۰۰ تالیف دفتر مدیریت منابع فیزیکی و مجری طرح های عمرانی وزارت بهداشت

[2] Latex Free

[3] water proof

سنجه۴. البسه و پوشش های بیماران با شرایط بهداشتی و مناسب تامین شده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	لباس بیمار از جنس پارچه ای با الیاف نخ و پنبه و تعریق پذیر	مشاهده
۲	راحتی و سبکی و بدن نما نبودن لباس بیمار	مشاهده
۳	گان جراحی بیمار دارای کیفیت و جنس مناسب از نوع یکبار مصرف*	مشاهده
۴	دمپایی بیمار در سایز مناسب و ضد لغزش	مشاهده
۵	تامین لباس و پوشش های بیماران با شرایط بهداشتی**	مشاهده
۶	استفاده از البسه یکبار مصرف در بخش عفونی و اتاق هاب ایزوله عفونی	مشاهده
توضیحات	* ثبوت رنگ، بدن نما نبودن، استحکام دوخت، تعریق پذیری و قابلیت عبور هوا، سرد نبودن ، ضد حساسیت، پوشش کافی تن بیمار ** تعویض به موقع و فاقد لکه و آلودگی بودن البسه بیماران	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول واحد لنژری، سرپرستاران	

سنجه۵. ملحقات تخت خواب و پوشش های آن با شرایط بهداشتی تامین شده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تامین ملحفه با کیفیت مناسب و شرایط بهداشتی *	مشاهده
۲	تامین پتو با کیفیت مناسب و شرایط بهداشتی **	مشاهده
۳	تامین بالش با کیفیت مناسب و شرایط بهداشتی ***	مشاهده
توضیحات	* ملحفه و روبالشی از نظر ابعاد، جنس، کیفیت دوخت و سلامت پارچه مناسب و مطابق استاندارد ** وجود تعداد ۱/۵ برابر تعداد تخت فعال پتو در بخش، با ویژگی های سبک، گرم و دارای کاور جداگانه به منظور سهولت در شستشو *** بالش سطح رویه صاف جهت کاهش میزان رشد قارچ و باکتری ها عدم استفاده از اسفنج ابری و روکش چرمی	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول واحد لنژری، سرپرستاران	

سنجه۶. میز غذای بیماران دارای حداقل شرایط مورد انتظار است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	میز غذای اتاق بیمار از جنس مقاوم در برابر رطوبت	مشاهده
۲	میز غذای اتاق بیمار به صورت یک طرفه و قابلیت تنظیم ارتفاع	مشاهده
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه۷. تهویه و درجه حرارت اتاق بیمار تنظیم بوده و کنترل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	دمای اتاق بیمار در تابستان، ۲۴-۲۸ درجه سانتیگراد، و در زمستان ۲۰-۲۳ درجه سانتیگراد	مشاهده
۲	دفعات تعویض هوا در اتاق بستری بیمار حداقل ۴ بار در ساعت* یا تهویه مستمر با اگزاست مرکزی	مشاهده
۳	دفعات تعویض هوا در سرویس های بهداشتی و حمام حداقل ۱۰ بار در ساعت	مشاهده
۴	ارزیابی تهویه، درجه حرارت اتاق بیماران توسط کارشناسان فنی حداقل هر سه ماه یکبار	بررسی مستندات
توضیحات	* تخلیه هوای اتاق ایزوله عفونی در محور کنترل عفونت ارزیابی می‌شود. توصیه ۱.در اقلیم گرم و خشک و بیابانی، رطوبت زنی در فصل های سرد و گرم و در اقلیم سرد و کوهستانی، در فصل سرد، افزایش رطوبت توصیه ۲. رطوبت نسبی مناسب اتاق بیمار در تابستان ۵۰-۶۰ و در زمستان ۳۰-۵۰ درصد است. توصیه ۳. حمام و سرویس های بهداشتی، پیش ورودی اتاق ایزوله، اتاق کار کثیف، اتاق جمع آوری زباله و لباس کثیف، اتاق نظافت نیاز به تخلیه‌ی دائم هوا دارند.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

سنجه۸. نور طبیعی مناسب در روز و نور مصنوعی با شدت روشنایی استاندارد بین المللی (میزان لوکس) در شب در اتاق بیمار تامین شده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود نور طبیعی مناسب در ساعات روز * در اتاق بیمار	مشاهده
۲	وجود نور مصنوعی مناسب در ساعات روز ** در اتاق بیمار	مشاهده
۳	وجود نور مصنوعی مناسب در ساعات شب *** در اتاق بیمار	مشاهده
توضیحات	* تعبیه پنجره دارای شیشه های مسلح (سکوریت) با بازشوی محدود به یک فضای بیرونی، جهت استفاده از نور طبیعی و دید مناسب جهت آسایش روانی بیماران. ** حداقل شدت روشنایی تماین شده توسط چراغ های دیواری بالای تخت بیمار و چراغ های نصب شده در کنسول بالای تخت در حدود ۱۰۰ لوکس جهت روشنایی عمومی، ۲۰۰ لوکس جهت مطالعه و برای چراغ معاینه، ۳۰۰ لوکس با کنترل مستقل. ***حداقل روشنایی عمومی در فضاهای بستری برای آرامش و اسایش بیماران و جهت استفاده در شب، ۲۰ لوکس.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

سنجه۹. تسهیلات رفاهی از جمله یخچال مواد غذایی، تلویزیون و تلفن در هر اتاق بستری فراهم شده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود یخچال سالم ویژه مواد غذایی* در اتاق بیماران	مشاهده
۲	وجود تلوزیون سالم با دید مناسب به تخت بیمار	مشاهده
۳	وجود تلفن سالم و امکان تماس با خارج از بیمارستان در اتاق بیماران	مشاهده
توضیحات	* با طرفیت حداقل ۲ فوت مربع برای هر بیمار	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان و سرپرستاران بخش های بستری	

سنجه۱۰. مبل/ صندلی تخت خواب شو برای همراهان در اتاق بیماران به تعداد تختهای بستری موجود است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود مبل یا صندلی تخت خواب شو مناسب برای استراحت بزرگسال جهت همراهان به ازای هرتخت در اتاق بیماران*	مشاهده
توضیحات	صندلی به هر سایز و ظاهری جایگزین صندلی تخت خواب شو نمی باشد.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، سرپرستاران بخش های بستری	

الف | ۸ | ۷ | دکوراسیون ،مبلمان، فضا ها و نمای داخلی بیمارستان با رعایت اصول چیدمان و هماهنگی، طراحی شده است.

دستاورد استاندارد

- رضایت بیماران و کارکنان از محیط دلنواز، آرامبخش و ایمن بیمارستان

سنجه۱. نمای داخلی بخش‌ها / واحدها و مکان‌های عمومی بیمارستان سالم بوده و با استفاده از مصالح متناسب با کاربری مربوط ایجاد شده‌اند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نازک کاری فضاهای داخلی بیمارستان بر اساس استانداردهای ابلاغ شده توسط دفتر منابع فیزیکی و امور عمرانی وزارت بهداشت	مشاهده
۲	سالم بودن نمای داخلی بخش‌ها / واحدها	مشاهده
۳	سالم بودن نمای داخلی مکان‌های عمومی بیمارستان	مشاهده
۴	تناسب ظاهری، هماهنگ و چشم نواز نمای داخلی بخش‌ها / واحدها *	مشاهده
۵	تناسب ظاهری، هماهنگ و چشم نواز نمای داخلی مکان‌های عمومی بیمارستان	مشاهده
توضیحات	*تناسب ظاهری، هماهنگی و چشم نواز بودن نمای داخلی از منظر زیباشناسی و استفاده از اصول گرافیک محیطی است.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

سنجه۲. فضای انتظار مراجعین در لابی متناسب با تعداد مراجعین و دستورالعمل های ابلاغی در نظر گرفته شده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	گذر از لابی بیمارستان جهت دسترسی به سایر فضاها صورت نگیرد. *	مشاهده
۲	دید واضح به تابلوها و علائم راهنما در لابی	مشاهده
۳	وجود فضای خالی کافی به عنوان فضای مکث در لابی	مشاهده
۴	تفکیک فضای انتظار از فضای لابی	مشاهده
۵	دید به پذیرش و اطلاعات در لابی	مشاهده
توضیحات	* حضور افراد در لابی تنها به منظور نشستن و انتظار باشد. توصیه ۱. فضای مورد نیاز برای عبور و استقرار افراد بر روی ویلچر، کالسکه‌ی بچه و افراد ناتوان با تجهیزات حرکتی در نظر گرفته شود. توصیه۲. لابی نور طبیعی داشته باشد.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

سنجه۳. ورودی و لابی بیمارستان دارای مبلمان و امکانات رفاهی متناسب با نیاز بیماران و مراجعین است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود پیش‌ورودی (فیلتر اقلیمی) و یا پرده‌ی هوا برای درب اصلی	مشاهده
۲	تناسب تعداد مبلمان با تعداد مراجعین و مساحت لابی*	مشاهده
۳	پیش بینی تمهیدات لازم برای زیبایی و خوشایند کردن فضای لابی	مشاهده
۴	وجود تلویزیون، در سالن انتظار	مشاهده
۵	وجود بوفه یا مکانی برای فروش مواد غذایی، آب سرد/گرم کن و تلفن عمومی در لابی	مشاهده
۶	وجود تلفن عمومی سالم در لابی	مشاهده
توضیحات	* به ازای هر صندلی دست کم ۲/۲ متر فضا در نظر گرفته می‌شود. توصیه .وجود تلفن داخلی جهت تماس ملاقات کنندگان با بخش/اتاق بیمار و کاهش تردد به بخش‌های بستری	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

سنجه۴. واحدهای پذیرش و ترخیص در معرض دید مراجعین می باشد، و فضای انتظار فرعی و اصلی متناسب با تعداد مراجعین وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	کانتر پذیرش و ترخیص در معرض دید مراجعین از لابی ورودی	مشاهده
۲	کانتر پذیرش و ترخیص در محلی قرار دارد که منجر به ازدحام در ورودی و سد معبر نشود	مشاهده
۳	وجود فضاهای انتظار فرعی *در بخش‌های بستری	مشاهده
۴	فضای انتظار فرعی بخش زایمان اختصاصی و به صورت ۲۴ ساعته فعال است**	مشاهده
توضیحات	* حداقل مساحت فضای انتظار فرعی ۱۶ متر مربع است، فضای انتظار فرعی می تواند بین چند بخش مشترک باشد. به جز بخش زایمان که بایستی مستقل باشد و همچنین به ازای هر یک تخت بخش مراقبت های ویژه، تعبیه ی یک صندلی لازم است.بایستی از فضاهای انتظار فرعی دسترسی به سرویس های بهداشتی عمومی وجود داشته باشد ** تعداد صندلی در فضای انتظار بخش زایمان، به تعداد متوسط زایمان وبه ازای هر ۳۵۰ زایمان سالیانه یک صندلی در نظر گرفته شود. توصیه ۱. در صورت کم بودن فضای انتظار عمومی، فضای انتظار فرعی برای بخش‌هایی چون بستری ها، بخش‌های ویژه، زایمان، و جراحی پیش بینی شود. توصیه ۲. حریم بیمار در هنگام ارائه ی اطلاعات در زمان پذیرش مراقبت شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

الف	۸	۸	بیمارستان از وجود تسهیلات ارتباطات اضطراری اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- اطمینان از برقراری ارتباطات ضروری
- ارتقای ایمنی بیماران در فراخوان های فوری

سنجه۱. در بخش‌های بالینی خطوط ارتباطی یک طرفه جهت اعلام نتایج تهدید آمیز از طرف واحدهای پاراکلینیک وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود خط ارتباطی یک‌طرفه در آزمایشگاه جهت اطلاع رسانی نتایج تهدید آمیز[1] *به بخش‌های بالینی، اورژانس و اتاق عمل	مشاهده
توضیحات	* محدوده نتایج تهدید آمیز در آزمایشگاه تعیین شده و درصورت مشاهده محدوده تهدید امیز(بحرانی)بلافاصله به بخش اطلاع رسانی می‌شود	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان و سرپرستاران	

سنجه۲. برای هر تخت و هر سرویس بهداشتی در بخش‌های بستری، سیستم احضار پرستار به صورت سالم و فعال وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود سیستم احضار پرستار برای هر تخت	مشاهده
۲	وجود سیستم احضار پرستار برای سرویس بهداشتی در بخش‌های بستری	مشاهده
۳	سالم و فعال بودن سیستم احضار پرستار	مشاهده
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

سنجه۳. صدای سیستم اطلاع رسانی(بلندگو / پیجر)در سراسر بیمارستان به صورت واضح قابل شنیدن است و تجهیزات/ مسیرهای ارتباطی جایگزین در شرایط اضطراری پیش بینی شده و بطور منظم توسط مدیر/ مدیرداخلی کنترل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود سیستم اطلاع رسانی (بلندگو/پیجر) قابل شنیدن به صورت واضح در سراسر بیمارستان *	مشاهده
۳	وجود سیستم جایگزین **برای موارد قطع سیستم اطلاع رسانی	مشاهده
۴	کنترل سیستم جایگزین با محوریت مدیر بیمارستان	مشاهده
توضیحات	* به خاطر آرامش و آسایش بیشتر بیماران از سیستم بلندگوی بیمارستان منحصرا در موارد ضروری تعیین شده استفاده می گردد. ** تلفن‌های واکی تاکی، پیجری الکترونیکی ، بلندگو توصیه . تعیین موارد مجاز اطلاع رسانی از طریق بلندگو و ساعات مجاز آن در ساعات شبانه روز	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان	

[1] Panic value

الف	۸	۹	تسهیلات جداسازی (ایزولاسیون) و تفکیک فضاها انجام شده و تجهیزات آنها تامین می‌شود.

دستاورد استاندارد

- تامین فضاهای فیزیکی ایمن و تجهیزات متناسب با الزامات قانونی
- پیشگیری از انتقال بیماری های مسری
- ترویج زایمان طبیعی از طریق تامین امکانات ساختاری مورد نیاز مادران باردار

سنجه۱. اتاق/ اتاق های ایزوله شامل ایزوله فشار منفی یا اتاق ایزوله با حداقل شرایط طبق بخش‌نامه ابلاغی وزارت بهداشت موجود است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود اتاق ایزوله معمولی/ فشار منفی در تمامی بخش‌های بستری با حداقل شرایط *	مشاهده
توضیحات	* اتاق از سه بخش پیش ورودی، اتاق ایزوله و سرویس بهداشتی تشکیل شده و در پیش ورودی روشویی، وسایل حفاظت فردی قرار دارد. ❖ بیمارستان‌های معدودی اتاق ایزوله فشار منفی دارند که بایستی دستورالعمل‌های اتاق ایزوله تنفسی فشارمنفی ذیل رعایت شود، در سایر بیمارستان‌ها ملاک اتاق‌های ایزوله معمولی است. ❖ دستورالعمل‌های اتاق ایزوله تنفسی فشارمنفی: ۱۹/م مورخ ۸۸/۱/۱۹ موضوع : حفظ شرایط و به کارگیری و پایش فضاهای ایزوله تنفسی با فشار منفی و بهره گیری از فیلتر هپا رعایت شود. ۱۲۱۰۵/س مورخ ۸۹/۱/۲۹ موضوع : نحوه استفاده از ICU های تنفسی با فشار منفی ۳۳۸۷/ ۴۰۰ مورخ ۹۱/۳/۹ موضوع : حفظ و آماده سازی فضاهای ایزوله تنفسی با فشار منفی	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان، تیم کنترل عفونت، سرپرستاران بخش های مرتبط	

سنجه۲. اتاق نگهداری وسایل تمیز و کثیف در همه بخش‌های بالینی و پاراکلینیک وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود اتاق نگهداری وسایل تمیز و کثیف مستقل در همه بخش‌های بالینی	مشاهده
۲	وجود اتاق نگهداری وسایل تمیز و کثیف مستقل در واحدهای پاراکلینیک*	مشاهده
توضیحات	*در بخش آزمایشگاه و در بخش تصویربرداری	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان، رئیس بخش و کارشناس مسئول آزمایشگاه و تصویر برداری	

سنجه۳. برای بیمارانی که امکان انتقال بیماری آنها وجود دارد (مانند HBS-Ag +) دستگاه جداگانه جهت دیالیز فراهم شده‌است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	همودیالیز بیماران HBSAg+ با دستگاه مجزا و ترجیحا در اتاق مجزا *	مشاهده
۲	جدا سازی بیماران HCV+	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*بخشنامه شماره ۱۰۵۳۱/د۴۰۹ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۱معاونت درمان وزارت بهداشت در خصوص جداسازی بیماران همودیالیز مبتلا به هپاتیتB و C و HIV **جدا سازی بیماران HCV+ با پرسنل مشخص در یک اتاق یا مکان مجزا و یا در یک شیفت بخصوص (صبح، ظهر، عصر) بدون نیاز به دستگاه دیالیز مجزا با پرسنل مشخص و دوره دیده در صورت وجود شواهد مبتنی برانتقال بیمارستانی HCV به بیماران همودیالیزی انجام می‌شود. توصیه ۱. هرگونه جداسازی با حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران انجام شود. توصیه۲. انتقال بیمارستانی HCV به بیماران همودیالیزی با انجام هر ۶ ماه یکبار آزمایشات سرولوژیک HCV پایش شود.	
هدایت کننده	رئیس بیمارستان، مسول واحد مهندسی تجهیزات پزشکی و سرپرستار بخش همودیالیز	

سنجه۴. فضاها و امکانات لازم برای زایمان طبیعی (فیزیولوژیک) برابر دستورالعمل وزارت بهداشت تامین شده‌است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تامین فضا و امکانات لازم برای زایمان طبیعی طبق دستورالعمل ابلاغی*	مشاهده
۲	تعداد تخت ها و اتاق های زایمان متناسب با تعداد زایمان سالیانه بیمارستان **	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* وجود اتاق های LDR تک تختی برای زایمان طبیعی. دسترسی با کمتر از ۳ دقیقه از اتاق زایمان به اتاق عمل جراحی سزارین برای انجام عمل های اورژانسی وجود داشته باشد. تسهیلات حضور همراه جهت اقامت شامل صندلی تختخواب شو، تلفن، یخچال و ... طبق دستورالعمل های مرتبط: دستورالعمل ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول سلامت نامه شماره ۱۰۰/۸۹ مورخ ۹۳/۲/۷ ** هر اتاق LDR برای ۴۰۰ زایمان سالانه		
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان و ماما مسئول بخش زایمان	

سنجه۵. اتاق معاینه در ورودی بلوک زایمان وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود اتاق معاینه مادران باردار در وردی بلوک زایمان *	مشاهده
توضیحات	* در اتاق معاینه به ازای ۳۰۰۰ زایمان سالانه یک تخت، به ازای ۳۰۰۰ تا ۶۰۰۰ اتاق معاینه ۳ تخت و برای ۶۰۰۰ تا ۹۰۰۰ زایمان سالانه ۴ تخت موجود باشد و دارای روشویی از نوع نیم پایه باشد.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان و ماما مسئول بخش زایمان	

سنجه۶ . یک اتاق ویژه و ترالی پره اکلامپسی برای بیماران پره اکلامپسی با شرایط ابلاغ شده در دستورالعمل وزارت بهداشت، فراهم شده‌است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود اتاق ویژه پره کلامپسی در بیمارستان منطبق با شرایط دستورالعمل ابلاغی*	مشاهده
۲	وجود ترالی مخصوص داروهای پره اکلامپسی و چک لیست مربوط	مشاهده
توضیحات	* دستورالعمل وزارت بهداشت در خصوص استانداردهای بلوک زایمان به شماره ۴۰۰/۱۵۸۷د مورخ ۱۳۸۹/۹/۲۱	
هدایت کننده	مدیریت بیمارستان، رئیس بخش زنان و زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان	

الف	۸	۱۰	تفکیک فضاهای لازم در بخش‌ها/واحدها پیش بینی شده‌است.

دستاورد استاندارد

- اجرای صحیح ماموریت های متاثر از امکانات و فضاهای فیزیکی
- رعایت دستورالعمل های تفکیک فضاهای فیزیکی بصورت ایمن و صحیح

سنجه۱. محدوده فضای فیزیکی هر بخش مشخص بوده و از سایر بخش‌ها تفکیک شده‌است به نحوی که به عنوان گذرگاهی جهت دسترسی به سایر بخش‌ها استفاده نمی‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	مشخص بودن محدوده فضای فیزیکی بخش‌های بستری و اورژانس	مشاهده
۲	هیچ بخشی به عنوان گذرگاه سایر بخش‌ها استفاده نمی شود	مشاهده
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول ساختمان و تاسیسات	

سنجه ۲. فواصل و فضای استاندارد در بین تخت ها مطابق با دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت رعایت و امکان انتقال تجهیزات در مواقع اورژانسی فراهم است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعداد تخت در اتاق بستری بیماران به نحوی است که میزان فاصله بین تخت ها امکان انتقال تجهیزات اورژانسی را میسر می‌سازد*	مشاهده
توضیحات	* حداقل فاصله از لبه‌ی کناری تخت بستری تا اولین مانع، ۰/۷ متر است، فاصله ی مطلوب میان دو تخت بستری، جهت تامین حریم شخصی و حرکت تجهیزات مورد نیاز، ۱/۵ متر است.عرض خالص و بدون مانع در مسیر حرکتی در اتاق های بستری از ورودی تا انتهای اتاق باید حداقل ۱/۴ متر باشد. توصیه ۱. ابعاد در ورودی اتاق به گونه ای باشد که نقل و انتقال تخت بستری و تجهیزات پزشکی به آسانی صورت گیرد. توصیه ۲.در صورت یک لنگه بودن، حداقل ۱/۲ متر، و در صورت دو لنگه بودن، با اندازه های ۰/۴ و ۰/۹ متر. نوع دوم توصیه می شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول ساختمان و تاسیسات	

سنجه۳. در بخش روانپزشکی ورود به منطقه مراقبت از بیماران این بخش،کنترل شده و محصور است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	کنترل تردد به منطقه محصور مراقبت از بیماران بخش روانپزشکی	مشاهده
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول ساختمان و تاسیسات و مسئول نگهبانی	

سنجه۴. در بخش روانپزشکی یک محل مطمئن دارای تهویه جهت سیگار کشیدن موجود است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین محلی دارای تهویه مناسب برای سیگار کشیدن بیماران روان پزشکی*	مشاهده
۲	کنترل عواملی که ممکن است باعث آسیب بیماران روانپزشکی به خود یا دیگران بشوند.در محل مخصوص سیگار کشیدن**	مشاهده
توضیحات	* لازم است این اتاق دارای اگزاست قوی برای خارج کردن دود باشد. **عدم وجود لوازم و اشیاء برنده و مخاطره آمیز	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول ساختمان و تاسیسات	

سنجه۵. یک محل مطمئن خارج از ساختمان جهت ملاقات بیماران در بخش روانپزشکی و عیادت کنندگان وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تامین مکانی برای ملاقات بیماران روان پزشکی خارج ازساختمان بیمارستان برای عیادت کنندگان	مشاهده
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تاسیسات و ساختمان سرپرستار بخش روان پزشکی	

سنجه۶. اتاق شیردهی مطابق با آخرین شرایط ابلاغی وزارت بهداشت و اتاق آموزش، شیردهی و امکانات لازم، فراهم شده‌است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تامین اتاق شیردهی و آموزش برای مادران *	مشاهده
۲	تامین امکانات اتاق شیردهی برای مادران در اتاق آموزش و شیردهی**	مشاهده
توضیحات	*این اتاق برای استفاده مادران شیرده بستری و یا مادرانی است که شیرخوار آنها بستری می‌باشد. **تامین تجهیزات شیردوشی، یخچال و سایر امکانات بر اساس دستورالعمل بیمارستان‌های دوستدار کودک ❖ آموزش شیردهی برابر دستورالعمل بیمارستان‌های دوستدار کودک تامین می‌شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول ساختمان و تاسیسات	

سنجه۷. اتاق درمان در بخش‌های بالینی به صورت فضای مستقل وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود اتاق درمان در همه بخش‌های بالینی با فضای مستقل متناسب با حجم کار	مشاهده
توضیحات	توصیه . اختصاص فضای آزاد حداقل ۱/۲ متر اطراف تخت معاینه با توجه به عملیاتی که در این اتاق انجام می شود. توصیه . شرایط داخلی اتاق معاینه ✓ تعبیه روشویی جهت شست و شوی دست ✓ تعبیه پریز برق، گازهای طبی، احضار پرستار، ساکشن دیواری و ... بالای تخت معاینه ✓ تعبیه پرده دور تخت جهت حفظ حریم شخصی بیمار در هنگام معاینات یا عملیات ✓ در صورت در نظر گرفتن پنجره در این اتاق، از نوع ثابت و بدون بازشو باشد.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول ساختمان و تاسیسات	

سنجه۸. مکانی برای ستاد هدایت بحران با حداقل شرایط لازم در نظر گرفته شده‌است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود مکانی* برای مرکز عملیات فوریت با حداقل شرایط لازم برای مرکز عملیات فوریت (EOC)	مشاهده
۲	مرکز عملیات فوریت (EOC) در مکانی محافظت شده، ایمن و در دسترس قرار دارد	مشاهده
۳	مجهز بودن مکان فوق به تمامی وسایل ارتباطی ** سیستم ارتباطی جایگزین مانند موبایل/ تلفن ماهواره ای	مشاهده
۴	مجهز بودن مکان فوق به وسایل و تجهیزات اداری ***	مشاهده
۵	مجهز بودن مکان فوق به لیست تلفن های ضروری****	مشاهده
توضیحات	*مکان تجمع، مکان حادثه خیز نباشد (امن باشد) نسبت به قسمت های مختلف نزدیکترین مکان در نظر گرفته شده باشد. ** تلفن، فکس، اینترنت، تجهیزات رایانه ای، بیسیم / واکی تاکی *** میز، صندلی، پریز برق، روشنایی، ذخیره آب **** نقشه‌های مهم، فهرست تجهیزات، فهرست تیم‌های عملیات و فراخوان پرسنل و سرویس‌های پشتیبانی ، مدیریت بحران EOC منطقه، آتش نشانی	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول ساختمان و تاسیسات	

سنجه۹. در مجاورت سردخانه متوفیان، فضایی مسقف برای سوگواری همراهان درنظر گرفته شده و مسیرخروج اجساد مستقل از راهروهای اصلی است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تامین مکانی مسقف برای سوگواری همراهان متوفیان به نحوی که سایر بیماران و همراهان آزردگی خاطر پیدا نکنند	مشاهده
۲	تعبیه مسیر خروج متوفیان از بخش‌ها مستقل از راهروهای اصلی*	مشاهده
توضیحات	* مسیر خروج متوفیان به نحوی است که از راهروهای اصلی و معرض دید مراجعین به سوی سردخانه جابجا نمی شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول ساختمان و تاسیسات	

سنجه۱۰. هرگونه تغییر کاربری در بیمارستان با در نظر گرفتن اصول ایمنی و تایید کمیته خطر حوادث و بلایا و مقررات مرتبط انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	رعایت اصول ایمنی بیماران در هرگونه تغییر کاربری و یا ساختاری در بیمارستان *	بررسی مستند و مشاهده
۲	هرگونه تغییر کاربری یا ساختاری پس از بررسی و تایید کمیته خطرِ حوادث و بلایا	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	*بر اساس مجوز ها و پروانه بهره برداری و رعایت سایر اصول ساختاری برای بیمارستان ایمن	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول ساختمان و تاسیسات	

سنجه۱۱. وجود محل نگهداری کودک و یا مهد کودک نیمه وقت برای عیادت کنندگان پیش بینی شده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	در مبادی ورودی بخش‌ها یا لابی بیمارستان مکانی برای نگهداری ایمن و موقت کودکان پیش بینی شده است *	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* پیش بینی مهد کودک نیمه وقت برای استفاده عیادت کنندگان با شرایط بهداشتی و مربیان آموزش دیده یا مکانی برای نگهداری ایمن و موقت کودکان.(هرکدام فراهم باشد امتیاز تعلق می‌گیرد) توصیه . وسایل بازی تعبیه شده متنوع و متناسب با انواع گروه های سنی بوده از نظر استانداردهای مربوطه تایید شده باشد.امکان شست و شو و نظافت وسایل به صورت ادواری وجود داشته باشد. در گوشه های تیز و آسیب زا اجتناب گردد. مصالح مورد استفاده، مناسب فضای کودکان باشد. در کف و دیوارها از مصالح نرم و قابل ارتجاع استفاده گردد. رنگ، فرم و نور و معماری داخلی مناسب برای کودکان باشد.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول ساختمان و تاسیسات	

الف | ۸ | ۱۱ | امکانات و تسهیلات دیالیز فراهم شده‌است.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از انتقال بیماری های مسری از طریق دیالیز به بیماران
- ارائه خدمات دیالیز با رعایت استانداردهای تجهیزات و ملزومات

سنجه۱. مشخصات فنی دستگاههای همودیالیز مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	مطابقت مشخصات فنی انواع دستگاه‌های همودیالیز بیمارستان با مشخصات فنی ابلاغی وزارت بهداشت*	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*بخشنامه شماره ۴۰۰/۱۱۶۹۶د مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۲۱معاون محترم درمان وزارت بهداشت، مشخصات فنی تمامی انواع دستگاه‌های همودیالیز بیمارستان درواحدتجهیزات پزشکی بررسی می‌شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول تجهیزات پزشکی، سرپرستار بخش همودیالیز	

سنجه۲. مشخصات فنی دستگاههای تصفیه اسمز معکوس آب همودیالیز مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	مطابقت مشخصات فنی دستگاه‌های اسمز معکوس آب همودیالیز با بخشنامه معاونت درمان وزارت بهداشت *	بررسی مستند
۲	مطابقت مشخصات فنی دستگاه/دستگاه‌های اسمز معکوس(RO) بیمارستان با مشخصات فنی ابلاغی وزارت بهداشت	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	*بخشنامه شماره ۴۰۰/۱۱۶۹۶د مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۲۱معاون محترم درمان وزارت بهداشت، وجود مشخصات فنی دستگاه/دستگاه‌های اسمز معکوس (RO)بیمارستان در قسمت تجهیزات پزشکی.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، رئیس بخش مراقبت دارویی، مسئول تجهیزات پزشکی و سرپرستار بخش همودیالیز	

سنجه۳. مشخصات فنی صافی‌های همودیالیز موجود در بخش همودیالیز، مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انطباق صافی های مصرفی همودیالیز با بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت*	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	*بخشنامه شماره ۴۰۰/۱۱۶۹۶د مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۲۱معاون محترم درمان وزارت بهداشت	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، رئیس بخش مراقبت دارویی، مسئول تجهیزات پزشکی و سرپرستار بخش همودیالیز	

الف. مدیریت و رهبری

الف–۹) مدیریت غذایی

مدیریت غذایی[1] یکی از الزامات مهم مطرح شده در آیین‌نامه تاسیس بیمارستان‌ها می‌باشد، لذا با توجه به اهمیت تدارک، پشتیبانی و طراحی زیرساخت ها و تهیه امکانات لازم، در نسل نوین اعتبار بخشی محور مستقل مدیریت غذایی با هدایت و محوریت واحد تغذیه بیمارستان در زیر مجموعه مدیریت و رهبری تدوین شده است. علاوه بر این محور، با توجه به اهمیت و تاثیر رژیم درمانی در امر مراقبت و درمان بیماران، سایر استانداردهای بالینی در موضوع تخصصی تغذیه در محور مراقبت‌های بالینی پیش بینی شده و تحت نظارت واحد تغذیه برنامه ریزی و اجرا می‌شود.

الف	۹	۱	تهیه مواد اولیه و طبخ غذا تحت نظارت و برنامه‌ریزی کارشناس تغذیه، صورت می‌پذیرد.

دستاورد استاندارد

- تهیه مواد غذایی مرغوب و با کیفیت، رعایت اصول تغذیه‌ای، اصول بهداشتی، سلامت و ارزش غذایی
- تنظیم رژیم غذایی بیماران بستری، با رعایت اصول و ضوابط تغذیه‌ای و بهداشتی
- حفظ کیفیت و ارزش تغذیه‌ای مواد غذایی با استفاده از ظروف استاندارد

سنجه ۱. کیفیت، ارزش و مشخصات تغذیه‌ای مواد غذایی اولیه خریداری شده توسط کارشناس تغذیه بررسی و تایید می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی کیفیت، ارزش و مشخصات تغذیه‌ای مواد غذایی اولیه خریداری شده توسط کارشناس تغذیه	مصاحبه
۲	کنترل و تایید / اقدام اصلاحی در موارد خرید مواد غذایی اولیه توسط کارشناس تغذیه	بررسی مستند
هدایت کننده	مسئول واحد تغذیه / مسئول تدارکات و خرید	

سنجه ۲. آماده سازی، طبخ مواد غذایی، بسته بندی، توزیع و سرو غذا، تحت نظارت فنی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نظارت میدانی* کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا در مراحل آماده سازی موادغذایی	مشاهده و مصاحبه
۲	نظارت میدانی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا بر طبخ مواد غذایی	مشاهده و مصاحبه
۳	نظارت میدانی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا بر بسته بندی غذا	مشاهده و مصاحبه
۴	نظارت میدانی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا بر توزیع و سرو غذا	مشاهده و مصاحبه
هدایت کننده	مسئول واحد تغذیه	
توضیحات	*منظور از نظارت میدانی حضور و ارزیابی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا درمراحل آماده سازی، طبخ مواد غذایی، بسته بندی، توزیع و سرو غذا در شیفت های مختلف کاری می‌باشد.	

[1] ملاک پیاده سازی و ارزیابی استانداردهای کیفی این محور بر اساس کتاب فرایندهای مدیریت خدمات غذایی در بیمارستان‌های کشور و مجموعه ضوابط بخش تغذیه در بیمارستان‌های کشور

سنجه ۳. وسایل و امکانات پخت غذا تامین شده و مدت، نحوه بکارگیری و تعویض به موقع آنها براساس برنامه مشخص انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تامین وسایل و امکانات سالم و استاندارد برای پخت غذا	مصاحبه و مشاهده
۲	وجود برنامه ی مشخص برای تعویض و یا سرویس دوره ای تجهیزات و ابزار پخت غذا	بررسی مستند و مصاحبه
۳	جایگزینی و تعویض موارد فرسودگی و خرابی زیر نظر کارشناس تغذیه با تایید مدیریت بیمارستان	مشاهده و مصاحبه
۴	استفاده صحیح و مناسب از ظروف مصرفی* و عدم بکارگیری ظروف و تجهیزات مستعمل و غیر بهداشتی	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*منظور از استفاده صحیح عدم استفاده و نگهداری مواد غذایی داغ در ظروف پلاستیکی، ظروف ترک خورده ، شکسته و لب پر، عدم استفاده از ظروف مستعمل و زنگ زده می‌باشد.	
هدایت کننده	مسئول واحد تغذیه بیمارستان / مسئول تدارکات	

سنجه ۴. فضایی مجزا، با رعایت اصول بهداشتی و امکانات لازم در آشپزخانه برای تهیه محلول گاواژ بیماران تحت نظر کارشناس تغذیه پیش بینی شده، و توزیع محلول گاواژ با استفاده از ظروف یکبار مصرف گیاهی درب دار انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فضای مجزا با رعایت اصول بهداشتی* و امکانات لازم**در آشپزخانه	مشاهده
۲	نظارت کارشناس تغذیه بر تهیه و توزیع محلول گاواز در ظروف یکبار مصرف گیاهی درب دار ***	مصاحبه
۳	انجام گاواژ توسط پرستار آموزش دیده	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* بیماران نیازمند استفاده مصرف محلول گاواژ، عموما ضعیف تر بوده و از سطح ایمنی پایین تری برخوردارند لذا رعایت نکات بهداشتی، طبق "دستور العمل اجرایی بازرسی بهداشتی ، طبخ از مراکز تهیه ، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی"، در تهیه محلول گاواژ و آگاهی کارکنان از ضرورت و رعایت این نکات ضروری می‌باشد. **حداقل شامل دستگاه مخلوط کننده، ترازو، سینک ظرفشویی، اجاق گاز، سطل زباله درب دار، ظروف یک بار مصرفی که فقط برای این قسمت استفاده می‌شود، در فضای گاواژ مورد نیاز است. ***در صورت استفاده ازمحلول آماده گاواژ استاندارد تجاری، نیازی به استفاده از ظروف یک بار مصرف نمی‌باشد.	
هدایت کننده	مسئول واحد تغذیه بیمارستان	

الف	۹	۲	توزیع غذا تحت نظارت و برنامه‌ریزی کارشناس تغذیه، صورت می‌پذیرد.

دستاورد استاندارد

- توزیع و سرو غذای سالم، به موقع و با رعایت الزامات مربوط
- جلب رضایت بیمار / همراه

سنجه ۱. کارشناس تغذیه در خصوص رعایت اصول تغذیه‌ای در فرآیند توزیع غذا نظارت نموده و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی به عمل می‌آورد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نظارت برنحوه توزیع غذا بر بالین بیمار توسط کارشناس تغذیه*	مشاهده و مصاحبه
۲	انجام اقدامات اصلاحی مورد نیاز توسط کارشناس تغذیه **	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* کارشناس تغذیه برای اصلاح و رفع مشکلات توزیع غذا اقداماتی از جمله تکمیل چک لیست نظارتی، کنترل سلامت و استاندارد بودن ترالی های گرم خانه دار حمل غذا ،را انجام می دهد به نحوی که غذا با کیفیت مطلوب و شرایط استاندارد بدست بیمار برسد. ** در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی از طریق تیم مدیریت اجرایی.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول واحد تغذیه	

سنجه ۲. توزیع میان وعده ها یا غذاهای گرم قبل و پس از ساعت عادی سرو غذا برای بیمار و همراه، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود برنامه مشخص برای توزیع میان وعده ها یا غذا های گرم قبل و پس از ساعت عادی سرو غذا برای بیمار و همراه*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تهیه فهرست افراد واجد شرایط جهت دریافت میان وعده**	بررسی مستند و مصاحبه
۳	نظارت بر اجرای صحیح برنامه توزیع میان وعده ها یا غذاهای گرم قبل و پس از ساعت عادی سرو غذا برای بیمار و همراه توسط کارشناس تغذیه با همکاری متصدی توزیع غذا	مشاهده و مصاحبه
۴	انجام اقدامات اصلاحی مورد نیاز توسط کارشناس تغذیه ***	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*حداقل اجرای یکی از دو مورد توزیع میان وعده ها یا غذا های گرم قبل و پس از ساعت عادی سرو غذا مد نظر است اما توزیع میان وعده ها یا غذا های گرم قبل و پس از ساعت عادی سرو غذا به ویژه برای گروه‌های آسیب پذیراز اهمیت ویژه های برخوردار است. **حداقل شامل کودکان، افراد دیابتی، مادران باردار *** در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی از طریق تیم مدیریت اجرایی	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول واحد تغذیه بیمارستان	

سنجه ۳. غذا در ظرف چینی سالم سرو شده، و از قاشق و چنگال استیل (بجز بخش روانپزشکی) استفاده می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	سرو غذا در ظرف چینی*سالم برای بیماران**	مشاهده و مصاحبه
۲	استفاده از قاشق و چنگال استیل سالم و بهداشتی در بخش های بالینی	مشاهده و مصاحبه
۳	نظارت برعدم استفاده از ظروف چینی و قاشق و چنگال استیل در بخش های روان پزشکی توسط کارشناس تغذیه***	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* استفاده از ظروف چینی بهداشتی بوده و هم چنین احساس خوشایندی در زمان اقامت برای بیماران تداعی می کند. ** به جای ظرف چینی می توان از ظروف آرکوپال و بلور نیزکه مشابه ظروف چینی می باشند استفاده کرد و بایستی برای بیماران عفونی ، ایزوله ودیالیز از ظروف یکبار مصرف گیاهی/آلومینیمی استفاده شود. ***به منظور حفظ ایمنی بیماران بخش رون پزشکی، استفاده از ظروف چینی،بلور، آرکو پال، قاشق و چنگال استیل و هرگونه اجسام تیز و برنده که احتمال آسیب به بیمار و یا اطرافیان را داشته باشد ممنوع می‌باشد.	
هدایت کننده	مسئول واحد تغذیه بیمارستان	

الف	۹	۳	امکان انتخاب نوع غذا با رعایت رژیم غذایی بیماران فراهم شده‌است.

دستاورد استاندارد

- جلب رضایت بیماران
- افزایش تمایل بیماران به صرف غذا
- مشارکت بیماران با رژیم غذایی محدود در تغذیه موثر

سنجه ۱. بیمارستان ترتیبی اتخاذ نموده است که فهرست متنوع غذا شامل حداقل دو انتخاب در هر وعده، به تفکیک برای هر یک از رژیم های غذایی معمولی و درمانی (مانند کتوژنیک، دیابتیک، کلیوی) موجود باشد و به بیماران اطلاع‌رسانی لازم انجام می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	پیش بینی فهرست انتخاب غذایی شامل حداقل دو انتخاب در هر وعده توسط کارشناس تغذیه برای رژیم‌های غذایی معمولی	بررسی مستند و مصاحبه
۲	پیش بینی فهرست انتخاب غذایی شامل حداقل دو انتخاب در هر وعده توسط کارشناس تغذیه برای رژیم‌های غذایی درمانی*	بررسی مستند و مصاحبه
۳	آگاهی بیماران از وجود و امکان انتخاب غذا در هر وعده	مصاحبه
توضیحات	* رژیم های غذایی درمانی مانند کتوژنیک، دیابتیک، کلیوی و سایر رژیم ها بسته به بیماریهای شایع بستری در بیمارستان به تشخیص کارشناس تغذیه	
هدایت کننده	مسئول واحد تغذیه بیمارستان	

سنجه ۲. حداقل دو نوبت میان وعده برای کودکان، مادران باردار و بیماران دیابتیک متناسب با رژیم غذایی در نظر گرفته شده و براساس منوی مشخصی ارائه می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تنظیم فهرست میان وعده های مناسب به تفکیک مادران باردار، کودکان، بیماران دیابتیک و حتی سایر بیماران	بررسی مستند
۲	پیش بینی حداقل دو نوبت میان وعده برای کودکان متناسب با رژیم غذایی توسط کارشناس تغذیه	بررسی مستند و مصاحبه
۳	پیش بینی حداقل دو نوبت میان وعده برای بیماران دیابتیک متناسب با رژیم غذایی توسط کارشناس تغذیه	بررسی مستند و مصاحبه
۴	پیش بینی حداقل دو نوبت میان وعده برای زنان باردار متناسب با رژیم غذایی توسط کارشناس تغذیه	بررسی مستند و مصاحبه
۵	سرو حداقل دو نوبت میان وعده متناسب با رژیم غذای تنظیم شده برای کودکان، مادران باردار و بیماران دیابتیک	مشاهده
هدایت کننده	مسئول واحد تغذیه بیمارستان	

الف ۹ ۴ کیفیت غذای بیماران تحت نظارت و کنترل کارشناس تغذیه می‌باشد.

دستاورد استاندارد

- کسب اطمینان از کیفیت و سلامت غذاهای سرو شده برای بیماران
- سرو غذای متناسب با بیماری برای بیماران

سنجه ۱. کیفیت غذای بیمارستان تحت نظارت و کنترل کارشناس تغذیه است و کیفیت و طعم آن مورد رضایت بیماران و همراهان است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نظارت میدانی منظم و روزانه کارشناس تغذیه بر کیفیت غذا قبل از سرو غذا	مصاحبه
۲	بررسی کیفیت و طعم غذای بیمار توسط کارشناس تغذیه پیش از توزیع غذا	بررسی مستند و مصاحبه
۳	اقدام اصلاحی با تدوین برنامه بهبود کیفیت در فواصل زمانی معین	بررسی مستند
۴	رضایت بیماران* از کمیت، کیفیت و طعم غذا **	مصاحبه
۵	رضایت همراهان* از کمیت، کیفیت و طعم غذا	مصاحبه
توضیحات	*درگام‌های ۴ و ۵ حداقل رضایت ۷۰٪ از جمعیت نمونه مد نظر است. **منظور از کیفیت غذا سلامت و ارزش غذایی و رضایت بیماران از طعم غذا می‌باشد. توصیه . وجود برنامه‌ای مشخص برای رضایت سنجی بیماران در خصوص کمیت، کیفیت وطعم غذا به طور منظم و تحلیل و بررسی نتایج و اقدام اصلاحی با تدوین برنامه بهبود کیفیت در فواصل زمانی معین.	
هدایت کننده	مسئول واحد تغذیه بیمارستان	

سنجه ۲. مقدار غذای سرو شده تحت نظارت و کنترل کارشناس تغذیه بوده و متناسب بارژیم غذایی بیمار تنظیم می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نظارت بر مقدار و انطباق غذای سرو شده در آشپز خانه یا رژیم غذایی بیمار توسط کارشناس تغذیه	بررسی مستند و مصاحبه
۲	نظارت بر مقدار و انطباق غذای سرو شده بر بالین بیمار با رژیم غذایی بیمار، توسط پرستار	بررسی مستند و مصاحبه
هدایت کننده	مسئول واحد تغذیه بیمارستان، سرپرستار	

سنجه ۳. در هر وعده، در کنار غذای اصلی، پیش غذا و آب / نوشیدنی برای بیماران سرو می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	پیش بینی فهرست و سرو انواع نوشیدنی های مناسب برای بیماران توسط کارشناس تغذیه	بررسی مستند و مشاهده
۲	سرو پیش غذا *در کنار هر وعده غذای اصلی	مشاهده و مصاحبه
۳	سرو نوشیدنی در کنار هر وعده غذای اصلی	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*تعریف پیش غذا طبق مجموعه ضوابط بخش تغذیه بیمارستان	
هدایت کننده	مسئول واحد تغذیه بیمارستان	

❖ در صورت برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان مطابق ضوابط وزرات بهداشت، استانداردها و سنجه‌های مرتبط با مدیریت غذایی و اصول بهداشت غذا در بیمارستان ارزیابی نمی‌شود و عملکرد آشپزخانه پیمانکار در ارزیابی نهایی، ملاک امتیاز دهی اعتباربخشی در استانداردهای مرتبط خواهد بود. این استانداردها شامل محور مدیریت غذایی و استانداردهای مرتبط با رعایت اصول بهداشتی در تهیه، انبارش، آماده‌سازی، انتقال و توزیع غذا در محور بهداشت محیط می‌باشد.

الف	۹	۵	**الزامات کیفی در صورت برون سپاری خدمات غذایی طبق ضوابط رعایت می‌شود.**

دستاورد استاندارد

- الزام و تعهد پیمانکاران به رعایت الزامات و استاندارد های تغذیه‌ای
- ضابطه مند شدن شرایط شرکت در مناقصه
- استفاده از نیرو های آموزش دیده

سنجه ۱. فراخوان و شرایط احراز صلاحیت پیمانکاران در خصوص برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان مطابق ضوابط وزرات بهداشت، صورت پذیرفته است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انجام فراخوان و انتخاب پیمانکار غذا بر اساس معیارهای کیفی تعیین شده در دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت*	بررسی مستند
۲	نظارت و لحاظ نمودن شرایط لازم بر اساس ضوابط وزارت بهداشت توسط مسئول واحد تغذیه در تمامی مراحل فراخوان، اتنخاب و عقد قرارداد **	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*مهم !! در صورت برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان مطابق ضوابط وزرات بهداشت، استانداردها و سنجه های مرتبط (تهیه، آماده سازی، طبخ در بیمارستان ارزیابی نمی‌شود و عملکرد آشپزخانه پیمانکار ملاک امتیاز دهی اعتباربخشی خواهد بود. ** رعایت خط مشی و روش انتخاب پیمانکاران در زیر محور تیم اجرایی از محور مدیریت و رهبری و لحاظ الزامات کیفی و تخصصی در شرایط انتخاب پیمانکار و مفاد قرارداد.	
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل ، مدیر و مسئول واحد تغذیه بیمارستان	

سنجه ۲. در صورت برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان مطابق ضوابط وزرات بهداشت، استانداردهای اعتبار بخشی مرتبط با آشپزخانه اعم از تهیه، طبخ، بسته بندی و توزیع غذا به عنوان تعهدات طرف دوم در قرارداد واگذاری لحاظ شده است.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	لحاظ تمامی استانداردها و سنجه های محور مدیریت غذایی و بهداشت غذایی به عنوان تعهدات پیمانکار در قرارداد منعقده	بررسی مستند
۲	الزام پاسخگویی پیمانکار به ارزیابان اعتباربخشی در فرایند ارزیابی آشپزخانه در مفاد قرارداد*	بررسی مستند
۳	انتخاب یکی از کارشناسان با تجربه تغذیه به عنوان ناظر فنی در مفاد قرارداد	بررسی مستند
۴	انتخاب یکی از کارشناسان با تجربه بهداشت محیط به عنوان ناظر دوم در مفاد قرارداد	بررسی مستند
توضیحات	*تعهدات پیمانکار در خصوص استانداردهای اعتباربخشی و پاسخگویی به ارزیابان ، شامل تمامی مراحل تهیه مواد اولیه غذایی، آماده سازی، طبخ، بسته بندی، حمل و توزیع غذا می‌باشد.	
هدایت کننده	مسئول واحد تغذیه بیمارستان و مسئول واحد بهداشت محیط	

سنجه ۳. در صورت برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان کارشناسان ناظر قرارداد، مطابق ضوابط وزرات بهداشت بر روند تهیه مواد اولیه غذائی، نگهداری، آماده سازی، طبخ، بسته بندی و انتقال و تحویل غذا به صورت روزانه و میدانی نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین چک لیست‌های نظارتی بر اساس الزامات و دستورالعمل‌های تغذیه‌ای	بررسی مستند
۲	تدوین چک لیست‌های نظارتی بر اساس الزامات و دستورالعمل‌های بهداشتی	بررسی مستند
۳	نظارت میدانی و حضور مستمر* در مراحل تهیه، آماده سازی، طبخ، بسته بندی حمل و توزیع توسط کارشناس تغذیه ناظر قرارداد.**	مشاهده و مصاحبه
۴	نظارت میدانی وحضور مستمر* در مراحل تهیه، آماده سازی، طبخ، بسته بندی، حمل و توزیع توسط کارشناس بهداشت محیط ناظر قرارداد.**	مشاهده و مصاحبه
۵	تکمیل چک لیست‌های نظارتی وگزارش ماهیانه عملکرد پیمانکار به صورت مدون به تیم مدیریت اجرایی توسط کارشناس تغذیه ناظر قرارداد.	بررسی مستند
۶	تکمیل چک لیست‌های نظارتی وگزارش ماهیانه عملکرد پیمانکار به صورت مدون به تیم مدیریت اجرایی توسط کارشناس بهداشت ناظر قرارداد	بررسی مستند
۷	انجام اقدام اصلاحی برابر مفاد قرارداد در جهت رفع مشکلات و یا اختتام قرارداد توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* حضور مستمر به معنی حضور کارشناس ناظر تغذیه و بهداشت در تمامی شیفت های کاری و تمامی روزهای هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل در آشپزخانه پیمانکار است. بدیهی است بکارگیری کارشناس تغذیه و بهداشت محیط توسط پیمانکار غذایی الزامی است اما جایگزین کارشناس ناظر قرارداد نخواهد شد. **کارشناس ناظر قرارداد طبق گام های اجرایی سنجه ۲ در همین استاندارد.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول واحد تغذیه بیمارستان و مسئول واحد بهداشت محیط	

ب. مراقبت و درمان

ب–۱) مراقبت‌های عمومی و بالینی

در نسل سوم استانداردهای اعتباربخشی ملی ایران، وظیفه محوری وجه غالب استانداردها گردیده و با این رویکرد، مراقبت‌های عمومی بالینی در تمامی بخش‌های بیمارستان، ارزیابی می‌شوند. این زیر محور شامل مجموعه انتظارات مشترک در خصوص مراقبت و درمان بیماران بستری در تمامی بخش‌های عادی، ویژه و اورژانس است. لذا انتظار می‌رود تیم حاکمیتی و تیم مدیریت اجرایی بیمارستان در خصوص یکپارچگی کیفیت ارائه مراقبت و درمان بیماران در بخش‌های مختلف عادی، ویژه و اورژانس، برنامه‌ریزی و اقدام نماید.

ب	۱	۱	ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار در محدوده زمانی تعیین شده انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ساماندهی و یکپارچه سازی فرآیند ارزیابی اولیه بیماران در بدو ورود به بخش‌های مختلف بیمارستان
- اثربخشی بیشتر مراقبت و درمان با استفاده از نتایج ارزیابی استاندارد اولیه پرستار
- آگاهی و تسلط پرستاران به تفاوت‌های فردی تک تک بیماران در حین مراقبت
- تاکید بر ارزیابی اولیه دقیق پرستاری و نقش آن در طرح مراقبت و درمان بیماران

سنجه. کارشناس پرستاری ارزیابی اولیه بیمار را در محدوده زمانی تعیین شده توسط بیمارستان انجام و فرم مربوط را تکمیل می‌نماید.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین و ابلاغ حداقل های لازم در ارزیابی اولیه پرستاری*	بررسی مستند
۲	تعیین و ابلاغ محدوده زمانی جهت انجام ارزیابی اولیه پرستاری **	بررسی مستند
۳	آگاهی پرستاران در بخش‌های بستری از نحوه ارزیابی اولیه و محدوده زمانی تعیین شده	مصاحبه
۴	انجام ارزیابی‌های اولیه پرستاری در محدوده زمانی تعیین شده و با ثبت حداقل موارد مشخص شده توسط کارشناس پرستاری	بررسی مستند
توضیحات	* ارزیابی پرستاری یکی از اجزا ء مهم مراقبت‌های پرستاری جامع و اساس فرآیند پرستاری است. این اقدام در دو جزء تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی انجام می‌گیرد. حداقل‌های لازم جهت ارزیابی اولیه پرستاری توسط بیمارستان تعیین و نتایج حاصل از ارزیابی اولیه در فرم گزارش پرستاری / فرم تهیه شده از طرف بیمارستان ثبت می‌گردد. همچنین در انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر نیازی به انجام مجدد ارزیابی پرستاری (تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی) نمی‌باشد. ❖ درصورت ابلاغ دستورالعمل ارزیابی اولیه پرستاری ازسوی وزارت بهداشت، ملاک ارزیابی دستوالعمل ابلاغی خواهد بود. ** تا زمان ابلاغ فرم و نحوه ارزیابی اولیه پرستاری از سوی وزارت بهداشت ، محدوده زمانی مناسب جهت انجام ثبت ارزیابی اولیه توسط بیمارستان تعیین می‌شود. توصیه . در اولین مراجعه بیمار به بخش‌های سرپایی دیالیز، تالاسمی و شیمی درمانی در مواردی که بیماران بصورت برنامه ریزی شده و منظم به آن مراجعه می‌نمایند، ارزیابی اولیه پرستاری انجام و در پرونده این بیماران ثبت شود. ارزیابی اولیه پرستاری یکی از مراجع مهم تصمیم‌گیری پزشک معالج در تدوین طرح مراقبت و درمان بیماران است.	
هدایت کننده	مدیریت پرستاری ، سرپرستاران	

ب	۱	۲	پرستار بیمار را در بخش پذیرش نموده و برای تداوم مراقبت در گزارش پرستاری موارد مورد انتظار را ثبت می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- رعایت اصول پرونده نویسی و مسئولیت پذیری حقوقی و قانونی کارکنان در مراقبت و درمان
- پیشگیری از بروز چالش های حقوقی برای بیمارستان و کارکنان با توجه به ثبت دقیق وضعیت بیمار در زمان پذیرش
- سازماندهی کار تیمی در طرح مراقبت و درمان
- ایجاد ارتباط موثر پرستار و بیمار در بدو پذیرش به منظور آمادگی و جلب مشارکت بیمار در اجرای طرح مراقبت و درمان

سنجه ۱ . ساعت و تاریخ پذیرش در بخش با مهر و امضاء پرستار در فرم گزارش پرستاری ثبت می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	قید ساعت و تاریخ پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش*	بررسی مستند
۲	مهر و امضا در ذیل هر گزارش پرستاری	بررسی مستند
توضیحات	*قید ساعت و تاریخ پذیرش بیمار موید زمان آغاز برنامه مراقبت‌های پرستاری بیمار در هر بخش می‌باشد.ضروری است گزارش پرستاری توسط فرد ارایه دهنده مراقبت‌های پرستاری نوشته شده و مهر و امضا گردد.	
هدایت کننده	مدیریت پرستاری، سرپرستاران	

سنجه ۲ . شکایت اصلی علت بستری و نحوه ورود بیمار (مانند صندلی چرخدار)در بدو پذیرش در بخش در گزار ش پرستاری توسط پرستار ثبت می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت شکایت اصلی[1] بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش*	بررسی مستند
۲	ثبت علت بستری بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش**	بررسی مستند
۳	ثبت نحوه ورود بیمار به بخش در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش	بررسی مستند
توضیحات	* شکایت اصلی بیمار بیان مشکل از زبان بیمار می‌باشد. ** علت بستری اشاره به تشخیص اولیه پزشک معالج دارد و در مواردی هم انجام اقدام خاصی مورد نظر است مانند انجام بیوپسی.	
هدایت کننده	مدیریت پرستاری، سرپرستاران	

سنجه۳. نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت هوشیاری سلامت جسمی و وضعیت روحی بیمار در بدو پذیرش در بخش در گزارش پرستاری توسط پرستار ثبت میشود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارزیابی وضعیت هوشیاری* بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیماردر بدو پذیرش و ثبت آن در پرونده بیمار	بررسی مستند
۲	ارزیابی سلامت جسمی** بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و در هر بخش و ثبت آن در پرونده بیمار	بررسی مستند
۳	ارزیابی سلامت روحی** بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و در هر بخش و ثبت آن در پرونده بیمار	بررسی مستند
توضیحات	*نحوه ارزیابی وضعیت هوشیاری در بخش‌های بستری و اورژانس با استفاده از یک روش معتبر ، توسط بیمارستان تعیین شود. **حداقل های لازم در ارزیابی سلامت جسمی و روحی بیمار در بخش‌های بستری تا زمان ابلاغ وزارت بهداشت، توسط بیمارستان تعیین شود. توصیه . در ارزیابی وضعیت روحی خطر اقدام به خودکشی در بیمار با روش معتبر ارزیابی و در برنامه ریزی مراقبت پرستاری مدنظر قرار گیرد.	
هدایت کننده	مدیریت پرستاری ، سرپرستاران	

[1] Chief complain

سنجه ۴. برنامه‌های درمانی و تشخیصی درخواست شده از سوی پزشک توسط پرستار پیگیری و در فرم گزارش پرستارثبت می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	کنترل تعداد دستورات صادره از طرف پزشک، ثبت تاریخ، ساعت و مهر و امضای آن*	بررسی مستند
۲	ثبت نتایج پیگیری برنامه‌های درمانی و تشخیصی درخواست شده در گزارش پرستاری	بررسی مستند
توضیحات	*دستورات صادره توسط پزشک باید بعد از هر بار ویزیت و در اولین فرصت ممکن توسط پرستار کنترل و برنامه ریزی گردد.	
هدایت کننده	مدیریت پرستاری، سرپرستاران	

سنجه ۵. در بدو پذیرش توضیحات و آموزش های لازم توسط پرستار به بیمار ارایه شده و در فرم گزارش پرستاری ثبت می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین و ابلاغ حداقل محتوای توضیحات و آموزش‌های لازم جهت ارایه به بیماران در بدو ورود به هر بخش توسط بیمارستان	بررسی مستند
۲	اطلاع پرستاران از توضیحات و آموزش‌های لازم جهت ارایه به بیماران در بدو ورود	مصاحبه
۳	ارایه توضیحات و آموزش‌های لازم به بیماران در بدو ورود*	مصاحبه
توضیحات	*در انتقال بیمار از یک بخش بستری به بخش بستری آموزش‌ها و توضیحات اختصاصی آن بخش بایستی به بیمار ارائه شود.	
هدایت کننده	مدیریت پرستاری ، سرپرستاران	

ب	۱	۳	**ارزیابی اولیه بیمار توسط پزشک در محدوده زمانی تعیین شده انجام می‌شود.**

دستاورد استاندارد

- سازماندهی و یکپارچه سازی فرآیند ارزیابی اولیه بیماران در بدو ورود به بخش‌های مختلف بیمارستان
- اثربخشی بیشتر مراقبت و درمان با استفاده از نتایج ارزیابی استاندارد اولیه پزشک
- آگاهی و تسلط پزشکان به تفاوت‌های فردی تک تک بیماران در حین درمان
- شناسایی و مدیریت بیماران پرخطر و اورژانسی در ارزیابی اولیه

سنجه ۱. پزشک ارزیابی اولیه بیمار را در محدوده زمانی تعیین شده توسط بیمارستان انجام و باقید ساعت تاریخ مهر و امضا فرم شرح حال را تکمیل می‌نماید.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین و ابلاغ محدوده زمانی مناسب*جهت انجام ارزیابی اولیه بیمار **و تکمیل فرم شرح حال	بررسی مستند
۲	آگاهی پزشکان از محدوده زمانی تعیین شده برای انجام ارزیابی اولیه بیمار	مصاحبه
۳	انجام ارزیابی های اولیه بیماران در محدوده زمانی تعیین شده و تکمیل فرم شرح حال با قید مهر و امضای پزشک***	بررسی مستند
توضیحات	* محدوده زمانی مناسب جهت انجام ارزیابی اولیه و تکمیل فرم شرح حال توسط بیمارستان تعیین می‌شود. **ارزیابی اولیه پزشک شامل اطلاعات موجود در فرم شرح حال می‌باشد براساس .نامه شماره ۱۰۰/۶۲۳۳ مورخ ۸۳/۸/۱۰ سازمان پزشکی قانونی ایران است. *** ارزیابی اولیه پزشک منجر به تشخیص/تشخیص های احتمالی اولیه می‌شود.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش	

سنجه ۲. درصورتی که ارزیابی اولیه پزشکی نشان دهد که بیمار در گروه پر خطر و اورژانس قراردارد، هم زمان با انجام اقدامات درمانی ضروری، ویزیت توسط پزشک از سرویس تخصصی مربوط انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ابلاغ نحوه عملکرد در خصوص بیماران پر خطر* به پزشکان و پرستاران	بررسی مستند
۲	ابلاغ نحوه عملکرد در خصوص بیماران اورژانس** به پزشکان و پرستاران	بررسی مستند
۳	اطلاع پزشکان و پرستاران از نحوه عملکرد در خصوص بیماران پر خطر	مصاحبه
۴	اطلاع پزشکان و پرستاران از نحوه عملکرد در خصوص بیماران اورژانس	مصاحبه
۵	ویزیت بیماران پر خطر توسط سرویس تخصصی*** مربوط در بازه زمانی مشخص****	بررسی مستند
۶	ویزیت بیماران اورژانس توسط سرویس تخصصی مربوط بلافاصله	بررسی مستند
توضیحات	* بیماران پر خطر، بیمارانی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دایمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی و درمانی ویژه در اولین فرصت می‌باشند، این بیماران به منظور تشخیص و درمان مشکلات فوری و بالقوه با اولویت و تحت نظر منظم و مستمر قرارمی‌گیرند، مانند بیماران دچاردیابت، بیماری‌های خود ایمن، نقص ایمنی **بیماران اورژانس به بیمارانی بدحالی اطلاق می‌شود که به هر دلیل در شرایط تهدید کننده حیات قرار گرفته و ارائه مراقبت‌های فوری ضرورت پایدار سازی و خروج آنها از شرایط بحرانی است. البته بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس در همه موارد بیمار اورژانسی نیستند. *** منظور از سرویس تخصصی مربوط، پزشک مقیم با تخصص مرتبط/ پزشک آنکال با تخصص مرتبط/ در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است. **** تعیین بازه زمانی در ابلاغ نحوه عملکرد در خصوص بیماران پر خطر با تشخیص بیمارستان است. فاصله زمانی ثبت درخواست توسط پزشک مسئول ارزیابی اولیه تا زمان انجام ویزیت سرویس تخصصی مرتبط ملاک ارزیابی است توصیه ۱. لیست بیماران پرخطر و اورژانس در هر بخش تهیه و در دسترس کارکنان بالینی قرار گیرد. توصیه ۲. پیش بینی ساز و کاری برای اطلاع رسانی فوری درخواست ویزیت تخصصی سرویس مربوطه برای بیماران اورژانس	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش، مسئول فنی بیمارستان	

ب	۱	۴	اقدامات مراقبتی و درمانی براساس ارزیابی‌های اولیه،طراحی و اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد

- اجرای طرح مراقبت و درمان، مبتنی بر شواهد بالینی بیماران
- ایمن سازی طرح مراقبت و درمان با توجه به وضعیت بیماران
- توجه به نیاز های اجتماعی بیماران همزمان با اجرای طرح مراقبت و درمان
- ارتقای سلامت بیماران از طریق اجرای برنامه‌های خود مراقبتی و بازتوانی

سنجه ۱. پزشک ضمن آگاهی از نتایج ارزیابی پرستاری تصمیمات درمانی و تشخیصی را اتخاذ می‌نماید.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	گزارش نتایج حاصل از ارزیابی های پرستاری در ویزیت روزانه*	مشاهده و مصاحبه
۲	در نظر گرفتن نتایج ارزیابی پرستاری بیمار در طراحی برنامه مراقبتی و درمانی توسط پزشک	بررسی مستند
۳	دستورات مراقبت و درمان توسط پزشک در پایان هر ویزیت در پرونده بیمار ثبت می‌شود	بررسی مستند
توضیحات	*با توجه به این که پرستار مسئول بیمار از نیازهای بیمار یک ارزیابی کامل و جامع دارد شرکت ایشان در ویزیت‌های روزانه و ارائه خلاصه گزارش ارزیابی‌های پرستاری به صورت شفاهی مربوط به ۲۴ ساعت گذشته ضروری می‌باشد.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش، مسئول فنی بیمارستان	

سنجه ۲. پزشک دستورات تشخیصی، درمانی و مراقبتی، تسکینی، آرامبخشی را براساس نتایج ارزیابی اولیه و تشخیص/تشخیص های احتمالی اولیه در برگه دستورات پزشکی ثبت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برنامه ریزی مراقبتی، تسکینی و آرام بخشی طراحی شده برای بیمار براساس تشخیص/تشخیص‌های احتمالی اولیه*	بررسی مستند
۲	ثبت تمامی دستورات تشخیصی، درمانی و مراقبتی، تسکینی و آرامبخشی توسط پزشک **	بررسی مستند
توضیحات	*مشکلات واقعی یا بالقوه بیمار که در ارزیابی اولیه یا براساس تشخیص / تشخیص های احتمالی اولیه شناسایی شده اند باید در برنامه مراقبتی و درمانی طراحی شده از طرف پزشک لحاظ شوند. پزشک وضعیت بیماران پرخطر،نیازمند مراقبت فوری و نیازمند مراقبت حاد را در اولین ارزیابی بیمار شناسایی و در برنامه مراقبتی درمانی طراحی شده لحاظ می‌نماید. ** تایید دستورات شفاهی در موارد خاص توسط پزشک در برگه دستورات پزشکی	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش، مسئول فنی بیمارستان	

سنجه ۳. پزشک براساس نتایج ارزیابی‌های اولیه، پس از اخذ تصمیمات بالینی، توضیحاتی را درخصوص تشخیص / تشخیص های احتمالی اولیه، تصمیمات تشخیصی و درمانی اولیه و عوارض احتمالی به بیمار و خانواده ارائه می‌نماید و با آگاهی و مشارکت آن ها طرح درمان اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	مطلع نمودن بیمار / بستگان قانونی از تشخیص/ تشخیص‌های احتمالی اولیه *	مصاحبه
۲	مطلع نمودن بیمار / بستگان قانونی از تصمیمات تشخیصی و درمانی اولیه	مصاحبه
۳	مطلع نمودن بیمار / بستگان قانونی از عوارض احتمالی	مصاحبه
۴	ارایه طرح مراقبتی و درمانی پیشنهادی پزشک به بیمار/ بستگان قانونی و جلب مشارکت ایشان	مصاحبه
توضیحات	*انجام هیچ یک از فعالیت های یاد شده نباید موجب تاخیر در ارایه خدمات حیاتی به بیمار گردد.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش، مسئول فنی بیمارستان	

سنجه۴. پزشک، داروهای درحال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش، بررسی و در مورد ادامه،/قطع داروها و یا انجام مشاوره تصمیم‌گیری کرده و در صورت تایید تداوم مصرف دارو، در برگه دستورات پزشکی بیمار ثبت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت داروهای فعلی مصرفی بیمار در برگ شرح حال	مشاهده
۲	تصمیم گیری* در خصوص ادامه / قطع داروهای فعلی مصرفی براساس قضاوت بالینی / مشاوره	مشاهده/مصاحبه
۳	ثبت داروهای مجاز مصرفی بیمار در طی مدت بستری در برگ دستورات پزشک	بررسی مستند
توضیحات	*تلفیق دارویی به معنی تصمیم‌گیری در مورد ادامه و یا قطع داروهای مصرفی بیمار می‌باشد و پزشک از داروهای مصرفی بیمار در مدت بستری وی اعم از مرتبط یا غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار آگاهی دارد.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش، مسئول فنی بیمارستان	

سنجه ۵. شرایط تهدید کننده ایمنی که در ارزیابی اولیه بیمار شناسایی شده است، توسط کارکنان درمانی برنامه‌ریزی و کنترل می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین شرایط تهدید کننده ایمنی و ابلاغ ان توسط بیمارستان	بررسی مستند
۲	برنامه‌ریزی به منظور کنترل شرایط تهدید کننده ایمنی* بیمار شناسایی شده در ارزیابی اولیه پرستاری و پزشکی	بررسی مستند و مصاحبه
۳	اجرای برنامه پیشگیری و کنترل شرایط تهدید کننده ایمنی بیماربراساس ارزیابی اولیه	مشاهده
توضیحات	*شرایط تهدید کننده ایمنی: براساس ابلاغیه شماره ۴۰۰/۱۵۳۰۷د مورخ ۹۵/۵/۱۹ وزارت بهداشت با موضوع رسیدگی به و گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات، و بیماران مستعد خودکشی شناسایی می‌شود. توصیه .جهت کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی بیماران لازم است براساس ابلاغیه شماره ۴۰۹/د/۱۰۷۵۷ تاریخ ۹۳/۶/۱۲ وزارت بهداشت اقدامات پیشگرانه به عمل آید.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش، مسئول فنی بیمارستان، سرپرستار	

سنجه ۶. کارکنان درمانی براساس ارزیابی اولیه خدمات خود مراقبتی و بازتوانی مورد نیازبیماران را شناسایی، و طبق آن اقدام می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی خدمات خود مراقبتی* مورد نیاز بیماران در ارزیابی اولیه	بررسی مستند
۲	آموزش اجرای خدمات خود مراقبتی به بیماران	مصاحبه
۳	شناسایی خدمات باز توانی مورد نیاز بیماران در ارزیابی اولیه	بررسی مستند
۴	برنامه ریزی برای فراهم کردن خدمات بازتوانی مورد نیاز بیماران	مشاهده
توضیحات	خودمراقبتی مجموعه‌ای از اعمالی است که فرد به صورت اکتسابی، آگاهانه و هدف‌دار برای خود، فرزندان و خانواده‌اش انجام می‌دهد تا از لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی سالم بمانند و همچنین در صورت ابتلا به بیماری و بستری در بیمارستان براساس آموزش‌های دریافتی در حین بستری و پس از ترخیص از سلامت خود و خانواده‌اش حفاظت نماید.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش، مسئول فنی بیمارستان	

سنجه ۷. مددکار اجتماعی براساس اطلاعات اخذ شده از سیستم اطلاعات بیمارستان و گزارش پرستاری نیازهای مددجو را شناسایی و اقدامات حمایتی لازم به عمل می‌آورد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	امکان وارد کردن نتایج ارزیابی پرستاری که نیازمندی بیمار به مددکاری را مشخص می کند در سیستم HIS	مشاهده
۲	فراهم شدن قابلیت گزارش گیری اطلاعات مورد نیاز مددکاری از فرم پذیرش و نتایج ارزیابی پرستاری در سیستم HIS	مشاهده
۳	بهره مندی بیمار از خدمات حمایتی مددکاری اجتماعی با معیارهای معین*	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* بیمارستان ابتدا معیارهای شناسایی بیماران نیازمند دریافت خدمات حمایتی مددکاری اجتماعی را تعیین و ابلاغ نماید. مددکاری اجتماعی با ارزیابی شرایط مادی و معنوی بیماران و در قالب هماهنگی با نهادها، سازمانها و موسسات مرتبط خارج از بیمارستان با ارائه مجموعه ای از فعالیت های حرفه‌ای زمینه بهره مندی مناسب بیمار از خدمات نظام سلامت را فراهم می کند.	
هدایت کننده	سرپرستار، مدد کار اجتماعی	

ب	۱	۵	جداسازی بیماران عفونی، روان پزشکی و پر خطر اجتماعی برنامه ریزی و اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد

- مراقبت از ایمنی بیماران به واسطه جداسازی بیماران عفونی
- ارائه مراقبت‌های اختصاصی به بیماران روان پزشکی و افزایش ایمنی بیماران روانپزشکی

سنجه ۱. روش اجرایی "جداسازی بیماران روانپزشکی" با حداقل‌های مورد انتظارتدوین شده وکارکنان مرتبط ازآن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	لحاظ معیارهای جدا سازی، روش‌های پیشگیری از آسیب به خود و دیگران در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۸	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی جداسازی بیماران روان پزشکی	بررسی مستند و مصاحبه
۹	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۱۰	انطباق عملکرد بخش مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
هدایت کننده	رئیس بخش، سرپرستار بخش	

سنجه ۲. روش اجرایی "جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به سایر بیماران " با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده وکارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی شامل معیار های جدا سازی، نوع جداسازی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	لحاظ معیارهای جدا سازی، روش های پیشگیری از سرایت در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۸	آگاهی کارکنان مرتبط از مراحل و شیوه جداسازی	بررسی مستند و مصاحبه
۹	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۱۰	انطباق عملکرد بخش مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
هدایت کننده	کمیته کنترل عفونت، مدیر پرستاری، رئیس بخش و سرپرستار	

سنجه ۳. روش اجرایی"جداسازی بیماران با رفتار پرخطر اجتماعی" با حداقل‌های مورد انتظارتدوین شده وکارکنان مرتبط ازآن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	لحاظ معیارهای جدا سازی، روش های پیشگیری از آسیب به خود و دیگران* در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۸	آگاهی کارکنان مرتبط از مراحل و شیوه جداسازی	بررسی مستند و مصاحبه
۹	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۱۰	انطباق عملکرد بخش مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*از جمله استفاده از مشاوره روانپزشکی و پزشکی قانونی در شناسایی این گونه بیماران لازم است. همچنین براساس اصول حرفه ای و اخلاق پزشکی رعایت شان و منزلت و رعایت محرمانگی پرونده همه بیماران از جمله بیماران با احتمال رفتارهای پرخطر اجتماعی الزامی است. • بیماران با سابقه رفتارهای اجتماعی پرخطر مانند شرارت‌های اخلاقی و ناهنجاری شخصیتی حاد و ... • رفتار پر خطر به رفتاری گفته می‌شود که تاثیرات مستقیم و غیر مستقیم در سلامت فرد وجامعه دارد و عواقب منفی در آن ها به جا می گذارد. اما در این استاندارد تاثیرات مستقیم در سلامت جسمی و روحی سایر بیماران بستری در بخش مد نظر است.	
هدایت کننده	مددکار اجتماعی، مدیرپرستاری، رئیس بخش و سرپرستار	

ب ۱ ۶ قبل از انجام هرگونه اقدام مراقبتی، تشخیصی، درمانی هویت بیمار حداقل با دو شناسه احراز می‌شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از هرگونه خطای پزشکی
- ارائه خدمات منطبق بر طرح مراقبت و درمان به هریک از بیماران با مدیریت احراز هویت در حین بستری
- امکان ردیابی سوابق مراجعات قبلی و پیگیری ادامه مراقبت و درمان پس از ترخیص
- مدیریت اطلاعات سلامت بیماران

سنجه. قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی- درمانی شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه مطابق بخش‌نامه ابلاغی وزارت بهداشت صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☑الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارکنان از نحوه شناسایی صحیح بیماران درزمان ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی	مصاحبه
۲	تعیین حداقل دو شناسه معین براساس دستوالعمل ابلاغی*	بررسی مستند
۳	شناسایی صحیح بیماران درزمان ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی توسط کارکنان بالینی طبق دستورالعمل ابلاغی**	مصاحبه و مشاهده
۴	استفاده از دستبند شناسایی برای تمامی بیماران بستری در بخش‌های عادی، ویژه و بخش اورژانس ***	مشاهده
توضیحات	*شناسه بیماران شامل نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و توصیه می‌شود، کد رایانه ای پذیرش (ID.Code) بیمار در دست بند شناسایی بیماران قید شود. ** طبق دستورالعمل راهنمایی شناسایی صحیح بیماران در ابلاغیه شماره ۱۰۷۵۷/ د۴۰۹ مورخ ۹۳/۶/۱۲ ***به منظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند(دست بند) شناسایی جهت دریافت اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی باشند.	
هدایت کننده	مدیربیمارستان، مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سرپرستار	

ب	۱	۷	مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز بیماران بستری به صورت مستمر و بدون وقفه ارائه می‌شود.

دستاورد استاندارد

- دسترسی به موقع بیماران به پزشک ذیصلاح در تمام ساعات شبانه روز
- ارائه مراقبت و درمان پیوسته در قالب کارگروهی پزشکان معالج، مقیم و آنکال
- ارائه خدمات پزشکان مقیم و آنکال برابر وظایف محوله در مقررات

سنجه ۱. پزشکان متخصص مقیم بیمارستان براساس برنامه تحول نظام سلامت به صورت شبانه روزی در بیمارستان حضور دارند و طبق وظایف محوله و براساس دستورالعمل ابلاغی فعالیت می‌نمایند.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تنظیم برنامه شبانه روزی جهت حضور پزشکان متخصص مقیم	بررسی مستند
۲	اطلاع پزشکان متخصص مقیم از برنامه مقیمی خود	مصاحبه
۳	حضور پزشکان متخصص مقیم طبق برنامه تنظیمی	مصاحبه و مشاهده
۴	فعالیت پزشکان متخصص مقیم طبق وظایف محوله*	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*ضوابط بسته مقیمی برنامه تحول نظام سلامت در تنظیم برنامه مقیمی در بیمارستان های وابسته به دانشگاه رعایت می‌شود و در بیمارستانهای غیرمشمول بسته مقیمی طرح تحول نظام سلامت.	
هدایت کننده	رئیس/مدیرعامل بیمارستان، رئیس بخش	

سنجه ۲. برنامه مراقبت و درمان در تمامی روزهای هفته اعم از تعطیل و غیرتعطیل توسط پزشک مقیم/آنکال با هدایت پزشک معالج استمرار داشته و تغییرات وضعیت بیمار و برنامه مراقبت، در پرونده بیمارثبت می‌شود.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تنظیم برنامه*برای پوشش روزهای تعطیل/ مرخصی پزشک متخصص معالج	بررسی مستند
۲	انجام ویزیت توسط پزشک متخصص حداقل یک بار در هر ۲۴ ساعت و ثبت آن در پرونده بیمار	بررسی مستند
۳	استمرار مراقبت و درمان در موارد عدم دسترسی به پزشک معالج توسط پزشک مقیم** / آنکال و گزارش آن به پزشک معالج	بررسی مستند و مصاحبه
۴	ثبت تغییرات وضعیت بیمار و برنامه مراقبت توسط پزشک مقیم/آنکال/جانشین در پرونده بیمار	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* فراهم ساختن امکان ویزیت از سرویس تخصصی جایگزین (مثلا داخلی به جای قلب) در موارد ضروری که به هر دلیل امکان دسترسی به تخصص اصلی مربوط وجود نداشته باشد. **پزشکان مقیم به پزشکان متخصصی اطلاق می گردد که طبق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت جهت ارایه خدمات به صورت شبانه روزی حضور دارند.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، رئیس بخش	

سنجه ۳. پزشکان متخصص آنکال به صورت شبانه روزی در دسترس بوده و براساس وظایف محوله ارائه خدمت می‌نمایند.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تنظیم برنامه شبانه روزی جهت پزشکان متخصص آنکال	بررسی مستند
۲	اطلاع پزشکان متخصص از برنامه تنظیمی	مصاحبه
۳	حضور پزشکان متخصص انکال در مهلت مقرر*	بررسی مستند و مصاحبه
۴	ارایه خدمت توسط پزشکان متخصص آنکال به صورت شبانه روزی	مصاحبه
توضیحات	*مهلت تعیین شده برای حضور پزشکان آنکال در هر رشته تخصصی مطابق با آخرین دستورالعمل ارسالی وزارت بهداشت خواهد بود.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل، رئیس بخش	

سنجه ۴. دستیابی بیماران به پزشکان دارای صلاحیت به ایام تعطیل، روزهای هفته یا ساعت خاصی از شبانه روز بستگی ندارد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ویزیت بیماران توسط پزشک معالج/جانشین ذیصلاح*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	امکان بهره‌مندی شبانه روزی و مستمر بیمار از خدمات پزشک مقیم/ آنکال هم رشته با پزشک متخصص معالج	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* پزشک جانشین ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص با تخصص مرتبط/ پزشک آنکال با تخصص مرتبط/ در بیمارستان های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل، رئیس بخش	

ب ۱ ۸ مراقبت‌های پرستاری برای بیماران بستری به صورت مستمر و بدون وقفه ارائه می‌شود.

دستاورد استاندارد

- کسب اطمینان از تداوم مراقبت از بیماران در تمام ساعات شبانه روز
- پیشگیری از بروز مشکلات مراقبتی در ساعات تحویل شیفت های سه گانه

سنجه ۱. در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل شیفت، مراقبت از بیماران توسط پرستاران تداوم دارد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	در نظر گرفتن مهلت مقرر جهت هم پوشانی هنگام تحویل بخش‌ها براساس قانون ارتقا بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت	بررسی مستند
۲	حضور پرستاران تحویل دهنده و تحویل گیرنده شیفت در مدت زمان هم پوشانی شیفت‌ها	بررسی مستند و مشاهده
۳	عدم تاخیر در ارایه مراقبت‌ها در ساعات تغییر شیفت*	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	*ساعات کار کارکنان بالینی باید طوری تنظیم شود که امکان تحویل بیماران با حضور پرسنل هر دو شیفت بر بالین بیمار فراهم شود و براساس دستورالعمل ارتباط صحیح کارکنان در زمان تحویل بیماران، نامه شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷د مورخ ۹۳/۶/۱۲ اقدام شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستاران	

سنجه ۲. در مواردی که پرستار حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید با تعیین جانشین، مراقبت از بیماران تداوم دارد		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	حضور پرستار مسئول بیمار در بخش در کلیه ساعات شبانه روز	مشاهده و مصاحبه
۲	تحویل بیماران از طرف پرستار ترک کننده شیفت به پرستار جانشین قبل از ترک بخش محل کار*	مصاحبه
۳	ثبت تغییر مراقبت در گزارش پرستاری	بررسی مستند
توضیحات	*پرستار جانشین بایستی ضمن ارائه مراقبت‌های لازم، گزارش اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت نماید.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار بخش	

ب	۱	۹	مراقبت‌های پرستاری به شیوه موردی[1] برنامه ریزی و ارائه می شود.

دستاورد استاندارد

- ارائه مراقبت‌های پرستاری براساس روش های علمی و به روز
- مدیریت و یکپارچه سازی مراقبت‌های پرستاری هریک از بیماران توسط یک پرستار معین
- بهبود گردش اطلاعات بیمار با محور پرستار مسئول

سنجه ۱.درهر نوبت کاری برای هر بیمار، پرستار مسئول مشخصی تعیین شده و خدمات و مراقبت‌های پرستاری مورد نیاز هر بیمار، با مسئولیت پرستار بیمار و کمک سایر اعضای تیم مراقبت تامین می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین پرستار مسئول درهر نوبت کاری برای هر بیمار	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تقسیم متوازن بیماران بین پرسنل پرستاری در هر شیفت	بررسی مستند
۳	تقسیم بیمار بین تمامی پرستاران حاضر براساس برنامه کاری به غیر از سر پرستار**	بررسی مستند و مصاحبه
۴	ثبت گزارش پرستاری توسط پرستار ارایه دهنده خدمت	بررسی مستند
توضیحات	*سایر اعضا تیم مراقبت: بهیار/کمک پرستار **توزیع متوازن نیروی انسانی پرستاری در بخش‌های مختلف بیمارستان به نحوی که غیر از سرپرستار سایر نیروهای پرستاری به میزان یکسان در مراقبت از بیماران مشارکت داشته باشند و از تعریف پست‌های غیر رسمی مانند استف خودداری شود. تعیین مسئول شیفت در شیفت های عصر وشب ضروری است.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار	

سنجه ۲.در هر نوبت کاری پرستار مسئول بیمار، خود را به بیمار معرفی کرده و در پرونده و تابلوی مشخصات بیمار، نام پرستار زیر نام پزشک معالج قید می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	معرفی پرستار مسئول مراقبت در شروع هر شیفت کاری به بیمار/ همراه	مصاحبه
۲	ثبت نام پرستار مسئول مراقبت از بیمار در پرونده* و تابلوی مشخصات بالای سر بیمار **	مشاهده
توضیحات	*در فرم گزارش پرستاری پرونده بالینی بیمار **تابلوی بالای سر بیمار فقط شامل اطلاعات مربوط به شماره تخت ، نام پزشک و نام پرستار می باشد و با توجه به اصل محرمانگی از ذکر نام بیمار و تشخیص بیمار ی خودداری شود. منظور از تابلوی مشخصات بیمار، نام و تشخیص بیماری وی نیست. مشخصات این تابلو شامل نام پزشک معالج و پرستار است.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار	

[1] Case method

ب	۱	۱۰	ارتباط با بیمار براساس اصول اخلاق حرفه ای و روش‌های ارتباطی موثر است.

دستاورد استاندارد

- ترویج فرهنگ بیمارمحوری
- تکریم بیماران و افزایش رضایت آنان
- رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاقی پزشکی در ارتباط با بیماران
- افزایش اعتماد و اطمینان بیماران به بیمارستان و مشارکت بیشتر آنها در فرآیندهای خود مراقبتی
- ایجاد آرامش بیشتر در بخش‌های بالینی و پیشگیری از نارضایتی های ذهنی بیماران و همراهان به واسطه نداشتن اطلاعات کافی
- کاهش آمار شکایات و تنش‌های میان بیمارا/همراهان با کارکنان بالینی

سنجه ۱. پزشکان با روی گشاده، ضمن معرفی خود با بیماران ارتباط اطمینان بخش برقرار نموده و پرسش‌های بیماران را پاسخگو هستند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برقراری ارتباط مناسب و اطمینان بخش پزشک با بیمار / بستگان قانونی*	مصاحبه
۲	معرفی پزشک به بیمار/ بستگان قانونی با برخورد مشفقانه و احترام آمیز	مصاحبه
۳	اختصاص وقت کافی جهت پاسخ گویی به پرسش های بیماران**	مصاحبه
توضیحات	*رضایت و اعتماد بیمار به پزشک درخصوص ارائه توضیحات و پاسخ به پرسش هایش موید ارتباط موثر او با بیمار است. **در صورتی که تیمی متشکل ازچندین پزشک مسئول درمان بیمار است، بیمارستان پزشک/پزشکان مجاز و مسئول پاسخگویی به بیمار را تعیین می‌نماید. همچنین در هیچ شرایطی نبایستی جهت پاسخ گویی به سوالات، پزشک معالج، بیمار /همراه را به کلینیک ارجاع بدهد.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش	

سنجه ۲. پرستاران با روی گشاده، ضمن معرفی خود با بیماران ارتباط اطمینان بخش برقرار کرده و پرسش‌های بیماران را پاسخگو هستند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برقراری ارتباط موثر و اطمینان بخش* پرستار با بیمار / بستگان قانونی	مصاحبه
۲	اختصاص وقت کافی جهت پاسخ گویی به پرسش‌های بیماران	مصاحبه
توضیحات	*رضایت و اعتماد بیمار به پرستار درخصوص ارائه توضیحات و پاسخ به پرسش‌هایش موید ارتباط موثر او با بیمار است.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار	

سنجه ۳. در حین ارائه خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، حریم شخصی، محرمانگی اطلاعات و ارزش های مورد قبول بیماران رعایت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	حفظ حریم شخصی هنگام ارایه خدمات*	مصاحبه و مشاهده
۲	حفظ محرمانگی اطلاعات بیماردر تمامی بخش ها/واحدها**	مصاحبه و مشاهده
۳	رعایت ارزش های مورد قبول بیماران***	مصاحبه
توضیحات	* پوشیدگی بدن بیماران و وجود حریم های خصوصی ** تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به پرونده بیماران در بخش اورژانس، عدم درج تشخیص بیماری در تابلوی بالای سر بیمار، جلوگیری از عکاسی از فضاهای درمانی بدون اخذ موافقت بیماران حاضردر اتاق بیماران. *** مانند رعایت اصول شرعی مطابق دین و مذهب بیمار مانند ارایه خدمات توسط کادر همگن در صورتی که موجب به مخاطره افتادن حیات بیمار نگردد.	
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، رئیس بخش ، سرپرستار	

ب ۱ ۱۱ خدمات پاراکلینیکی و دارویی مورد نیاز بیماران بستری به صورت مستمر و بدون وقفه ارائه می‌شود

دستاورد استاندارد

- ارائه خدمات پاراکلینکی روتین و اورژانس هماهنگ با خدمات مراقبت و درمان در تمام ساعات شبانه روز
- تامین دارو و تجهیزات مورد نیاز بیماران بصورت برنامه ریزی شده و در قالب کارگروهی در تمام ساعات شبانه روز
- پیشگیری از هرگونه وقفه در تشخیص و درمان بیماران براساس برنامه ریزی های منسجم بین گروه‌های بالینی، مدیریت دارویی و پاراکلینیک

سنجه ۱. خدمات پاراکلینیکی مورد نیاز بیماران به صورت برنامه‌ریزی شده در تمام ساعات شبانه روز ارائه می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین لیست خدمات پاراکلینیکی اورژانس** و غیر اورژانس متناسب با خدمات تخصصی ارایه شده توسط بیمارستان	بررسی مستند
۲	برنامه ریزی*** به منظور ارایه خدمات پاراکلینیکی به صورت شبانه روزی	بررسی مستند
۳	تامین شبانه روزی خدمات پاراکلینیکی غیر قابل ارایه**** توسط بیمارستان از سایر مراکز تشخیصی با عقد قرارداد	مصاحبه
توضیحات	*خدمات پاراکلینیکی شامل هر گونه اقدامات تشخیصی یا بازتوانی بیمار است. **خدمات پاراکلینیکی اورژانس در بخش اورژانس در کمیته اوژانس برنامه ریزی و هدایت می‌شود. ***تنظیم برنامه براساس روزها و ساعات ارائه خدمات متناسب با وضعیت اورژانسی و غیر اورژانسی خدمت، حجم بیماران نیازمند خدمت، سطح بیمارستان از لحاظ سطح بندی، تعداد پرسنل ارائه دهنده خدمت پاراکلینیک ****خدمات پاراکلینیکی که در بیمارستان ارائه نمی گردد با مسئولیت و هماهنگی بیمارستان در مراکز طرف قرارداد انجام و همراهان بیمار مسئولیتی در این زمینه ندارند.	
هدایت کننده	معاون درمان، مدیرپرستاری، مدیر بیمارستان، روسای بخش‌های پاراکلینیکی	

سنجه ۲. خدمات دارویی مورد نیاز بیماران به صورت برنامه‌ریزی شده در تمام ساعات شبانه روز ارائه می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تامین داروهای تعیین شده در فارماکوپه بیمارستان به صورت شبانه روزی*	مشاهده
۲	تامین شبانه روزی خدمات دارویی غیر قابل ارایه توسط بیمارستان از سایر مراکز با هماهنگی بیمارستان**	مصاحبه
توضیحات	*بیمارستان در خصوص تامین داروهای مورد نیاز حسب شرایط داروخانه برنامه ریزی می‌کند اما نتیجه هر نوع برنامه ریزی بایستی به نحوی باشد که هیچ بیماربستری برای تامین داروی مورد نیاز به علت غیر فعال بودن داروخانه معطل نباشد. **خدمات دارویی که در بیمارستان ارائه نمی‌گردد با مسئولیت و هماهنگی بیمارستان از مراکز طرف قرارداد تامین می‌شود و همراهان بیمار مسئولیتی در این زمینه ندارند.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

ب	۱	۱۲	مراقبت‌های مستمر و یکپارچه با محوریت پزشک معالج ارائه می‌شود.

دستاورد استاندارد

- رهبری بالینی منسجم توسط پزشک معالج و اثربخشی بهتر مراقبت و درمان
- پیشگیری از قصور و یا ارائه خدمات مازاد بر نیاز بیماران
- سازماندهی طرح مراقبت و درمان توسط پزشک معالج
- مدیریت دستورات پزشکی برابر موازین قانونی و اصول مستندات پزشکی

سنجه ۱. تمامی اقدامات تشخیصی، درمانی و مشاوره ها با محوریت و هماهنگی پزشک معالج صورت گرفته و نتایج به ایشان اطلاع رسانی می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اطلاع اقدامات تشخیصی، درمانی درخواستی از طرف سایر اعضا تیم درمان و دستورات پزشک مشاور به پزشک معالج*	مصاحبه و بررسی مستند
۲	انجام تمامی اقدامات تشخیصی و درمانی با تایید پزشک معالج **	بررسی مستند
۳	ثبت ساعت و تاریخ اطلاع نتایج اقدامات تشخیصی به پزشک معالج در پرونده	بررسی مستند
توضیحات	*پزشک معالج به عنوان مسئول اصلی و رهبر بالینی بیمار بوده و کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی بایستی تحت نظر ایشان انجام می‌شود. ** اقدامات تشخیصی، درمانی درخواستی از طرف سایر اعضا تیم درمان و دستورات پزشک مشاور حالت توصیه‌ای داشته و تنها بعد از موافقت پزشک معالج و ثبت دستورات یاد شده در برگ دستورات پزشک قابلیت اجرا دارند.بجز در مواردی که تاخیر در انجام اقدامات تشخیصی و درمانی به دستور سایر اعضای تیم پزشکی موجب به مخاطره افتادن حیات بیمار شود که پزشکان ذیصلاح مقیم یا آنکال در این خصوص تصمیم گیری می‌نمایند.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش	

سنجه ۲. درصورت بروز شرایط اورژانسی برای بیماران و عدم دسترسی به پزشک معالج، پزشک دارای صلاحیت، اقدامات اولیه مراقبتی را انجام و سایر اقدامات با محوریت و هدایت پزشک معالج پیگیری می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انجام فوری اقدامات ضروری در شرایط اورژانس توسط پزشک دارای صلاحیت* در دسترس	مصاحبه و بررسی مستند
۲	گزارش وضعیت بیمار به پزشک معالج بلافاصله بعد از فراهم شدن امکان دسترسی به ایشان	مصاحبه
۳	هدایت اقدامات بعدی توسط پزشک معالج	مصاحبه و بررسی مستند
توضیحات	* پزشک جانشین ذیصلاح، با اولویت ۱- پزشک متخصص مقیم مرتبط با سرویس تخصصی مربوط ۲- پزشک آنکال متخصص مرتبط با سرویس مربوط و در بیمارستانهای آموزشی دستیار ارشد تخصصی است.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش	

سنجه ۳. خط مشی و روش "دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری" با حداقل‌های مورد انتظار و مشارکت صاحبان فرآیند تدوین وهمه کارکنان ازآن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین خط مشی و روش دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان * در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	لحاظ شرایط محدود کننده صدور دستور تلفنی در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	تعیین محدوده دستورات قابل اجرا از طریق تلفن در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	پیش بینی نحوه دریافت- اجرا - ثبت و تایید دستورات تلفنی در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	بررسی مستند
۱۱	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه
۱۲	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	مصاحبه و مشاهده
توضیحات	*صاحبان فرآیند و ذینفعان مشارکت کننده در تدوین خط مشی و روش با تشخیص بیمارستان است. توصیه .دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی تنها در موارد اورژانس که تاخیر ممکن است موجب آسیب به بیمار شود قابلیت اجرایی دارد.	
هدایت کننده	معاون درمان، ،مسئول فنی، روسای بخش‌ها	

ب ۱ ۱۳ بازنگری مستمر برنامه‌های مراقبتی، درمانی،تشخیصی براساس پاسخ بیمار به روند مراقبت و درمان صورت می‌پذیرد.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از قصور و یا ارائه خدمات مازاد بر نیاز بیمار
- اطمینان از عوارض و اثربخشی مراقبت و درمان براساس پاسخ بیمار
- ارائه طرح مراقبت و درمان انعطاف پذیر و هوشمند براساس پاسخ بیمار به مراقبت‌ها و درمان های دریافت شده

سنجه ۱. پزشک حداقل روزانه وضعیت و پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه‌های مراقبتی و درمانی را در برگه سیر بیماری ثبت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت سیر بیماری / بهبودی حداقل به صورت روزانه*در برگ سیر بیماری	برررسی مستند
۲	ثبت پاسخ بیمار به برنامه‌های مراقبتی و درمانی **	برررسی مستند
توضیحات	* براساس نتایج ویزیت روزانه پزشک ** درصورت پاسخ مناسب بیمار و استمرار برنامه طبق دستور قبلی ادامه دارد. توصیه . سیر بیماری باید با یکی از روش های مبتنی بر وضعیت یا مبتنی بر مشکل (POM) صورت گیرد.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش	

سنجه ۲. پزشک براساس پاسخ بیمار به برنامه‌های مراقبتی و درمانی، ارزیابی مجدد به عمل آورده و در صورت لزوم دستورات جدید را در برگه دستورات پزشک ثبت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت ارزیابی‌های ادواری بیمار به شکل روزانه در برگ سیر بیماری *	بررسی مستند
۲	بازنگری حداقل روزانه طرح درمان و مراقبت یا تداوم آنها براساس پاسخ بیمار در ارزیابی مجدد**	بررسی مستند
۳	ثبت دستورات دارویی و مراقبتی و تشخیصی درمانی در برگه دستورات پزشک و در صورت لزوم تغییر برنامه مراقبت و درمان در برگه سیر بیماری	بررسی مستند
توضیحات	* ارزیابی های ادواری شامل ارزیابی وضعیت و پاسخ بیمار به اجرای طرح درمان و مراقبت است مانند وضعیت هوشیاری **ارزیابی مجدد بیمار به منظور بررسی میزان تناسب و کارایی تصمیمات درمانی/ مراقبتی کلیدی به طوری که ارزیابی مجدد موید تایید تشخیص اولیه یا تغییر تشخیص بیماری می‌شود.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش	

سنجه ۳. پرستار حداقل در پایان هر شیفت وضعیت و پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه‌های مراقبتی را در فرم گزارش پرستاری ثبت می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین و ابلاغ حداقل‌های لازم برای ثبت در گزارش پرستاری	بررسی مستند
۲	ثبت وضعیت بیمار براساس حداقل‌های ابلاغ شده در گزارش پرستاری	بررسی مستند
۳	ثبت پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه‌های مراقبتی پرستاری	بررسی مستند
توضیحات	مثال: طرح مراقبت پرستاری برای بیمار براساس مشکلاتی مانند قرمزی پوست به اندازه ۲ در ۲ در ناحیه پاشنه پا در اثر بی‌حرکتی بیمار، برنامه مراقبت شامل تغییر وضعیت و رفع فشار و ماساژ اطراف ناحیه قرمز شده می‌باشد. در پایان شیفت صبح پرستار در گزارش پرستاری قید می‌کند که پس از تغییر وضعیت و برطرف کردن فشار، رنگ پوست ناحیه پاشنه پا طبیعی می‌باشد.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار	

سنجه ۴. پرستار براساس پاسخ بیمار به برنامه‌های مراقبتی ودرمانی، ارزیابی مجدد را به عمل آورده و درگزارش پرستاری ثبت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	طراحی و اجرای برنامه مراقبتی پرستار در هر شیفت براساس ارزیابی مجدد بیمار و پاسخ بیمار به مراقبت‌های پرستاری	مصاحبه و بررسی مستند
۲	ثبت نتایج ارزیابی های مستمر بیمار در گزارش پرستاری	بررسی مستند
توضیحات	مثال: ارزیابی پاسخ بیمار در فواصل زمانی منظم به برنامه مراقبتی و درمانی برطرف کردن درد در فواصل زمانی منظم و ثبت نتایج در گزارش پرستاری.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستاران	

ب ۱ ۱۴ مراقبت‌های بالینی با رویکرد مبتنی بر شواهد ارائه می شود.

دستاورد استاندارد

- یکسان سازی روش‌های مراقبت و درمان در مواجهه با حالات شایع و حاد در مراجعه کنندگان
- ترویج و توسعه پزشکی مبتنی بر شواهد و ارتقای کیفی مراقبت و درمان مبتنی بر شواهد علمی
- ایجاد هماهنگی و کارگروهی و تدوین راهنمای طبابت بالینی و راهنمای مراقبت پرستاری با مشارکت کادر درمانی
- ایجاد فرصت آموزشی و کسب دانش و مهارن بالینی برای همکاران کم سابقه و دارای تجربه کمتر

سنجه ۱. حداقل پنج مورد ازحالات شایعِ حاد در مراجعه کنندگان به بیمارستان شناسایی و راهنماهای طبابت بالینی براساس منابع معتبر علمی و اجماع متخصصان بیمارستان انتخاب شده و در دسترس پزشکان و پرستاران قرارگرفته و پزشکان از آن آگاهی دارند و طبق آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انتخاب پنج مورد از حالات / بیماری‌های شایع حاد* با استفاده از اطلاعات سیستم HIS درکل بیمارستان	بررسی مستند
۲	بررسی منابع علمی و مطالعات پژوهشی مرتبط و انتخاب/تدوین راهنمای طبابت بالینی براساس اجماع نظر متخصصین	بررسی مستند
۳	انتخاب/تدوین حداقل پنج مورد راهنمای طبابت بالینی ازحالات شایعِ حاد درمراجعه کنندگان به بیمارستان **	بررسی مستند
۴	در دسترس بودن راهنماهای طبابت بالینی برای پزشکان و پرستاران	مشاهده
۵	آگاهی پزشکان از راهنماهای طبابت بالینی مصوب	مصاحبه
۶	مدیریت بیماران براساس راهنمای طبابت بالینی مصوب	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* پنج مورد از حالات / بیماری‌های شایع(با استفاده از اطلاعات سیستم HIS) و حاد (نیازمند اقدامات فوری)که یکی از آنها بایستی حتما در خصوص احیا قلبی و ریوی باشد. **راهنمای طبابت بالینی باید مطابق با الگوی راهنمای ملی طبابت بالینی ابلاغی از طرف وزارت بهداشت تهیه شده باشد.	
هدایت کننده	معاون درمان و روسای بخش‌ها	

سنجه ۲. حداقل پنج مورد از حالات شایعِ حاد در مراجعه کنندگان به بیمارستان شناسایی و راهنماهای مراقبت پرستاری براساس منابع معتبر علمی واجماع پرستاران خبره، انتخاب شده و در دسترس پرستاران و پزشکان قرار گرفته و پرستاران از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انتخاب پنج مورد از حالات شایعِ حاد* درکل بیمارستان	بررسی مستند
۲	بررسی منابع علمی و مطالعات پژوهشی مرتبط و انتخاب/تدوین راهنمای مراقبت پرستاری براساس اجماع نظر پرستاران خبره	بررسی مستند
۳	تدوین راهنمای عملکرد مبتنی بر شواهد براساس اجماع نظر کارشناسان	بررسی مستند
۴	در دسترس بودن راهنماهای عملکرد مبتنی بر شواهد برای پرستاران و پزشکان	مشاهده
۵	آگاهی پرستاران از راهنما های عملکرد مبتنی بر شواهد	مصاحبه
۶	ارایه مراقبت‌های پرستاری براساس عملکرد مبتنی بر شواهد	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* پنج مورد از حالات شایعِ حاد (نیازمند اقدامات فوری) مانند هایپر ترمی و درد.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، سرپرستاران	

ب	۱	۱۵	جابجایی، انتقال و اعزام به سایر مراکز جهت بیماران با رعایت الزامات و به صورت برنامه ریزی شده انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- روشمند سازی انتقال بیماران
- ایمن سازی هرگونه انتقال بیماران
- پیشگیری از هرگونه خطا ، قصور ویا اتفاقات غیر مترقبه مغایر قوانین در جابجایی بیماران

سنجه ۱. دستورالعمل " نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران " با رعایت اصول ایمنی و سایر الزامات و اولویت ها توسط بیمارستان تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل *	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*حداقل شامل نحوه اخذ پذیرش از بخش/واحد مقصد و گزارش وضعیت بیمار، رعایت طرح انطباق، تجهیزات مورد نیاز هنگام انتقال ایمن بیماران، شرایط کادر همراه، مشخص ساختن مدارک بالینی نیازمند به انتقال همراه بیمار حداقل شامل پرونده بیمار و گرافی‌ها بر اساس دستورالعمل ابلاغی نحوه تحویل بیمار طبق راهنمای ارتباط صحیح کارکنان درمانی در انتقال بیمار می‌باشد. منظور از جا به جایی درون بخشی انتقال بیمار از یک تخت/اتاق به تخت/اتاق دیگر درهمان بخش می‌باشد.	
هدایت کننده	مدیریت پرستاری، سرپرستار	

سنجه ۲. دستورالعمل" نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان "با رعایت اصول ایمنی و سایر الزامات و اولویت ها توسط بیمارستان تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل *	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*حداقل شامل نحوه اخذ پذیرش از بخش/واحد/ مرکز مقصد و گزارش وضعیت بیمار، رعایت طرح انطباق، تجهیزات مورد نیاز هنگام انتقال ایمن، شرایط کادر همراه، مشخص ساختن مدارک بالینی نیازمند به انتقال همراه بیمار، حداقل شامل پرونده بیمار و گرافی‌ها بر اساس دستورالعمل ابلاغی نحوه تحویل بیمار طبق راهنمای ارتباط صحیح کارکنان درمانی در انتقال بیمار و نحوه عودت بیمار در انتقال موقت بیمار بعد از دریافت خدمات تشخیصی یا درمانی پیش بینی شده به بیمارستان مبدا می‌باشد.	
هدایت کننده	معاون درمان، مدیریت پرستاری، سرپرستار	

سنجه ۳. اعزام بیماران به سایر مراکز براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل ابلاغی وزارت/دانشگاه در خصوص اعزام بیماران با هماهنگی ستاد هدایت دانشگاه	مصاحبه
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ *	بررسی مستند مشاهده
توضیحات	*در اعزام بیماران حتما گزارش وضعیت بیمار از طرف پزشک معالج به پزشک پذیرش دهنده باید صورت پذیرد و گزارش از طرف سوپروایزر یا پرستار همراهی کننده بیمار نمی تواند جایگزین آن شود. نحوه تحویل بیمار طبق راهنمای ارتباط صحیح کارکنان درمانی در انتقال بیمار، ابلاغی وزارت بهداشت مورد رعایت می‌شود. توصیه . نحوه اخذ پذیرش از بخش/واحد/ مرکز مقصد و گزارش وضعیت بیمار، رعایت طرح انطباق، تجهیزات مورد نیاز هنگام انتقال، شرایط کادر همراه، مشخص ساختن مدارک بالینی(حداقل شامل اصل فرم اعزام و کپی آزمایشات و کپی گزارش گرافی ها و در صورت نیاز اصل گرافی ها)	
هدایت کننده	مسئول فنی، مدیر پرستاری، سرپرستار	

ب ۱ ۱۶ توضیحات و آموزش‌های اثربخش به بیمار و خانواده ارائه می شود.

دستاورد استاندارد

- اخذ مشارکت از بیماران در اجرای طرح مراقبت و درمان
- افزایش اعتماد بیمار و خانواده او به کادر پزشکی و پرستاری و تسهیل روند مراقبت و درمان
- اطمینان از اثربخشی آموزش‌های خود مراقبتی و ارتقای سلامت بیمار

سنجه ۱. دستورالعمل " آموزش خود مراقبتی به بیماران در بخش‌های بالینی "با مشارکت پزشکان و پرستاران تدوین شده و کارکنان مربوط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☑ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل *	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*حداقل شامل نوع آموزش (چهره به چهره- کارگروهی- فیلم و پوستر- پمفلت یا سایر رسانه های آموزشی و ...)، روش ارزیابی آموزش‌های ارائه شده و شیوه بررسی اثر بخشی آموزش به بیمار در بازه زمانی معین است. خودمراقبتی مجموعه‌ای از اعمالی است که فرد به صورت اکتسابی، آگاهانه و هدف‌دار برای خود، فرزندان و خانواده‌اش انجام می‌دهد تا از لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی سالم بمانند و همچنین در صورت ابتلا به بیماری و بستری در بیمارستان براساس آموزش‌های دریافتی در حین بستری و پس از ترخیص از سلامت خود و خانواده اش حفاظت نماید.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری،رئیس بخش، سوپروایزر آموزشی، سرپرستار، مسئول آموزش بیمار	

سنجه ۲. توضیحات و آموزش‌های لازم توسط پزشک در طول بستری و مراحل تشخیص و درمان به بیمار/خانواده ارائه می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☑ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین و ابلاغ حداقل موارد آموزشی* به بیمار در طول بستری توسط پزشک، برای هر بخش	بررسی مستند
۲	ارائه توضیحات و آموزش‌های لازم به صورت شفاهی توسط پزشک در طول بستری به بیمار / بستگان**	مصاحبه
توضیحات	*توضیحات و آموزش‌ها در دوران بستری حداقل شامل موارد زیر می‌باشد: اطلاعات قابل فهم در باره بیماری و نحوه درمان، مراحل و طول احتمالی درمان، درمان های جایگزین، عوارض درمان یا عدم درمان، پیش آگهی، داروهای مصرفی و عوارض احتمالی، تغذیه و رژیم درمانی، خودمراقبتی و بازتوانی **نیاز به ثبت در پرونده نیست.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش	

سنجه ۳. توضیحات و آموزش‌های لازم توسط پرستار در طول بستری و مراحل تشخیص و درمان به بیمار/خانواده ارائه می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☑ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین و ابلاغ حداقل موارد آموزشی پرستار *به بیمار در طول بستری برای هر بخش	بررسی مستند
۲	ارائه توضیحات و آموزش‌های لازم توسط پرستار به بیمار	مصاحبه
۳	ثبت آموزش‌ها در فرم گزارش پرستاری	بررسی مستند
توضیحات	*آموزش‌ها در دوران بستری حداقل شامل : افزایش آگاهی بیماران در مورد عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد با عوارض ، پوزیشن مناسب، نحوه مراقبت از خود و مدیریت درد و سایر موارد براساس نیازسنجی آموزشی توسط مسئول آموزش بخش و تایید و ابلاغ مدیرپرستاری.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستاران، مسئول آموزش بیمار	

سنجه ۴. توضیحات و آموزش‌های لازم توسط سایر کارکنان بالینی درطول بستری و مراحل ارائه خدمات مرتبط به بیمار و خانواده ارائه می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☑ ارتقاء سلامت ☐سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارائه توضیحات و آموزش‌های لازم توسط کارکنان بالینی غیر پزشک و پرستار* قبل از انجام اقدامات تشخیص یا بازتوانی	مصاحبه
۲	ثبت آموزش‌های ارایه داده شده در برگ مشاوره در موارد بازتوانی	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	*سایر کارکنان بالینی شامل فیزیوتراپی، کارشناس تغذیه، رسپیراتوریست و سایر کارکنان می‌باشد.	
هدایت کننده	معاون درمان، روسای بخش‌های پاراکلینیک	

سنجه ۵. مسئول آموزش بیمار در سطح بیمارستان تعیین شده و اثربخشی آموزش‌های خود مراقبتی ارائه شده به بیماران را سنجیده و گزارش ارزیابی آموزش بیماران را به تیم مدیریت اجرایی ارائه و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تدوین، ابلاغ و اجرا می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☑ ارتقاء سلامت ☐سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تعیین مسئول آموزش به بیمار در هریک از بخش‌های بالینی و صدور ابلاغ، توسط مدیر پرستاری*	بررسی مستند
۲	نظارت مسئول آموزش بر اجرای آموزش برنامه‌های خود مراقبتی توسط کارکنان بالینی**	مصاحبه
۳	ارزیابی عملکرد صحیح بیماران در زمینه آموزش‌های دریافتی از طریق بازدید های روزانه مسئول آموزش بیمار	بررسی مستند
۴	بررسی میزان اثر بخشی آموزش‌های ارائه شده با استفاده از روش های استاندارد ***	بررسی مستند
۵	ارسال گزارش به مدیریت پرستاری در خصوص میزان اثربخشی برنامه‌های آموزش خود مراقبتی ارائه شده به بیماران توسط سرپرستار	بررسی مستند
۶	ارائه گزارش نتایج سنجش اثربخشی آموزش‌های ارائه شده به بیماران در بخش‌های بالینی توسط مدیر پرستاری به تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۷	اخذ تصمیمات اصلاحی / تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی براساس گزارش مدیر پرستاری	بررسی مستند
۸	بررسی مجدد اثربخشی اقدامات اصلاحی و برنامه بهبود کیفیت تدوین شده در خصوص ارتقای برنامه‌های آموزش خود مراقبتی بیماران	بررسی مستند

توضیحات

*فرایند آموزش به بیماران با محوریت و برنامه ریزی مدیریت پرستاری و تحت نظارت و سیاست گذاری مستقیم مدیر پرستاری اجرا می‌شود. اما به منظور مشارکت کارکنان در امر آموزش بیماران و ارتقای کیفی این فرایند مهم، از بین کارکنان پرستاری بیمارستان مسئول آموزش بیمار در هر بخش بالینی در سطح بیمارستان تعیین می‌شود. (مسئول آموزش بیماران همان رابط آموزشی بخش است .

** اهم وظایف مسئول آموزش بیمار دربخش

۱. انجام هماهنگی مستمر برای تمامی اقدامات مرتبط با آموزش بیماران با سرپرستار و سوپروایزر آموزشی بیمارستان
۲. برنامه ریزی و انجام نیازسنجی آموزشی از بیماران بخش
۳. اولویت بندی نیازهای آموزشی بیماران بخش
۴. طراحی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده
۵. پیشنهاد برنامه‌های آموزشی بخش توسط سرپرستار به مدیریت پرستاری
۶. اجرای برنامه‌های آموزشی بیماران براساس نیازسنجی انجام شده پس از تایید و ابلاغ مدیر پرستاری
۷. برنامه ریزی و مشارکت در زمینه طراحی پمفلت های و جزوات آموزشی براساس استانداردها و تهیه بانک اطلاعاتی آموزشی
۸. پیش بینی منابع مالی و تسهیلات آموزشی مورد نیاز براساس اولویت ها
۹. مشارکت و نظارت یر اجرا ی برنامه‌های آموزشی بیماران در بخش
۱۰. ارزیابی و تعیین میزان اثربخش بودن آموزش‌های ارائه شد(حداقل سه ماه یکبار)

*** اثر بخشی آموزشی در موضوع خود مراقبتی، براساس روش های معتبر ارزیابی می‌شود. به عنوان مثال اثربخشی آموزش در حیطه دانشی با پرسش مبانی آموزش داده شده و مقایسه پاسخ بیمار با اهداف آموزشی، ارزیابی می‌شود و در حیطه های مهارتی و عملکردی تغییر رفتار بیمار ملاکِ ارزیابی اثربخشی آموزش‌های خود مراقبتی به بیماران می‌باشد.(مثال، مصاحبه با بیمار و تکرار آموزش های ارائه شده درخصوص میزان فعالیت و راه رفتن بیمار پس از عمل جراحی و مشاهده رفتار بیمار در خصوص رعایت عملی این آموزش)

توصیه ۱.تشکیل کارگروه آموزش به بیمار در هریک از بخش‌های بالینی متشکل

۱. رئیس بخش (یا یکی از پزشکان به نمایندگی از طرف ایشان)
۲. سرپرستار بخش
۳. سوپروایزر آموزشی
۴. مسئول آموزش به بیمار

توصیه ۲. نیازهای آموزشی بیماران با توجه به نوع فعالیت تخصصی و سطوح دانش گیرندگان خدمت و مراقبت‌های پرستاری مورد نیاز در بخش‌های مختلف براساس بیماریهای شایع هر بخش، توسط کارگروه آموزش به بیمار شناسایی و اولویت بندی شده و پس از تایید مدیر پرستاری، ضمن تامین امکانات اجرایی شود.

❖ مسئولیت آموزش بیماران در بخش ناقض انجام سایر وظایف محوله نمی‌باشد.

انواع روش‌های آموزش به بیمار شامل چهره به چهره، استفاده از پمفلت و جزوات آموزشی، نمایش فیلم آموزشی و برگزاری کلاس‌های آموزشی است.

هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مدیر پرستاری، سرپرستاران، مسئول آموزش بیمار

ب	۱	۱۷	اصول صحیح دارو دهی به بیمار رعایت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از خطاهای پزشکی از طریق مدیریت داروهای پرخطر
- انطباق فرآیند مهم و کلیدی داروهی منطبق بر استانداردهای بین المللی

سنجه ۱. دارو دهی به بیماران بارعایت اصول صحیح دارو دهی طبق آخرین روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ابلاغ اصول صحیح دارو دهی به بیمار براساس 8 Rights * به بخش‌ها	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان از اصول صحیح دارو دهی	مصاحبه
۳	دارودهی** با رعایت 8 Rights	مشاهده
توضیحات	*8 Rights شامل: بیمار صحیح [۱] – داروی صحیح [۲] – راه مصرف صحیح [۳] – زمان صحیح [۴] – دوز مصرف صحیح [۵] – ثبت صحیح [۶] – تجویز صحیح [۷] –پاسخ مناسب به دارو [۸]، هفت مورد اول الزامی و رعایت پاسخ مناسب به دارو توصیه می‌شود. **این سنجه در هر محلی که دارو برای بیمار استفاده می‌شود قابلیت سنجش دارد.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار	

سنجه ۲. نحوه شناسایی و نگهداری داروهای با "شکل، نام و تلفظ مشابه " طبق روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اطلاع کارکنان از نحوه شناسایی و نگهداری داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه براساس ۹ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی*	مصاحبه
۲	شناسایی داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه براساس مجموعه ۹ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی	مشاهده
۳	نگهداری داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه براساس مجموعه ۹ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی**	مشاهده
توضیحات	* یکی از ۹ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی است. **برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به رنگ زرد است و بایستی به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد و جعبه محتوی ویال ها و آمپول های دارویی با اسامی و اشکال مشابه در ترالی اورژانس را با برچسب زرد نشان گذاری شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار	

[1] Right Patien
[2] Right Drug
[3] Right Route
[4] Right Time
[5] Right Dose
[6] Right Documentation
[7] Right Reason
[8] Right Response

سنجه ۳. شناسایی، انبارش، نسخه نویسی و دارو دهی " داروهای پر خطر " طبق روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اطلاع کارکنان از نحوه شناسایی داروهای پرخطر* براساس مجموعه ۹ راه حل ایمنی[1] سازمان بهداشت جهانی	مصاحبه
۲	شناسایی داروهای پرخطر براساس مجموعه ۹ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی	مشاهده
۳	نگهداری داروهای پرخطر براساس مجموعه ۹ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی	مشاهده
توضیحات	*داروهای پرخطر یا داروهای با هشدار بالا، داروهایی هستند که چنانچه اشتباها مصرف شوند موجب آسیب های جبران ناپذیر می‌شوند. توصیه ۱. ویال پتاسیم را دور از سایر داروها و در جایگاه مجزایی نگه داری نمایید. توصیه ۲. محدودیت در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی توصیه ۳. تجویز (دارودهی) و آماده سازی داروهای با هشدار بالا توسط دو نفر از کادر حرفه ای بالینی توصیه ۴. در انبارها، قفسه دارویی و ترالی اورژانس با برچسب قرمز رنگ " داروهای با هشدار بالا" توجه کاربران به خطر بالقوه آنها جلب شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار	

ب ۱ ۱۸ عملکرد تجهیزات پزشکی در بخش‌ها قبل از استفاده، ارزیابی می‌شود.

دستاورد استاندارد

- کسب اطمینان از بکارگیری تجهیزات با کارایی صحیح و دقیق
- امکان ارائه خدمات تشخیصی و درمانی اثربخش وابسته به تجهیزات پزشکی
- پیشگیری از خطاهای تجهیزاتی در روند تشخیص و درمان

سنجه. کارکنان بالینی با هماهنگی واحد تجهیزات پزشکی، قبل از استفاده، از سالم و آماده به کار بودن تجهیزات، اطمینان حاصل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نصب راهنمای* کنترل عملکرد صحیح تجهیزات پزشکی قبل از استفاده **	مشاهده
۲	آگاهی کارکنان ازنحوه کنترل عملکرد صحیح تجهیزات پزشکی قبل از استفاده	مصاحبه
۳	عملکرد کارکنان براساس دستورالعمل کنترل صحیح تجهیزات پزشکی قبل از استفاده	مشاهده
توضیحات	*تهیه شده توسط واحد تجهیزات پزشکی (مطابق با راهنمای ارزیابی تجهیزات ابلاغ شده از طرف وزارت بهداشت) بر روی تجهیزات. **کنترل عملکرد صحیح تجهیزات پزشکی باید در تمام مواردی که عملکرد آنها بر کیفیت فرایند تاثیرگذار می‌باشد صورت پذیرد.	
هدایت کننده	سرپرستار، مسئول واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

[1] راه حل های ۹ گانه سازمان بهداشت جهانی در موضوع ایمنی بیمار شامل :

۱-توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری اط خطای دارویی

۲-شناسایی بیمار

۳-ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

۴-انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت

۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

۷-اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

۸-استفاده یکبار مصرف از وسایل تزریقات

۹- بهبود بهداشت دست

ب	۱	۱۹	بیمارستان از انجام مراقبت‌های پیشگیرانه برای عوارض ناشی از بی‌تحرکی طولانی مدت بیماران اطمینان حاصل می‌کند.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی بیماران بستری و کم تحرک
- کسب اطمینان و روشمند نمودن مراقبت‌های پیشگیری از زخم بستر
- کسب اطمینان و روشمند نمودن مراقبت‌های پیشگیری از ترمبوآمبولی

سنجه ۱. روش اجرایی " مراقبت‌های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری " با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ لزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	لحاظ معیارهای شناسایی بیماران در معرض خطر در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	لحاظ نحوه مراقبت‌های پوست و پیشگیری از ابتلا بیماران در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	لحاظ نحوه درجه بندی زخم و نحوه پانسمان در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۱	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۱۲	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، سرپرستار	

سنجه ۲. روش اجرایی " پیشگیری از ترومبو آمبولی وریدی و آمبولی ریوی " با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ لزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شامل معیارهای شناسایی بیماران در معرض خطر، و روش های پیشگیری از ابتلا بیماران،	بررسی مستند
۴	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	لحاظ معیارهای شناسایی بیماران در معرض خطر در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	لحاظ نحوه پیشگیری از ابتلا بیماران در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۰	آگاهی کارکنان مرتبطاز روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۱۱	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۱۲	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، سرپرستار	

ب	۱	۲۰	بیمارستان از استفاده صحیح مهار فیزیکی و شیمیایی برای بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی بیماران بستری
- رفع موانع عرضه و تسهیل مراقبت و درمان

سنجه ۱. روش اجرایی " استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی " با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	لحاظ شرایط استفاده از مهار فیزیکی در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	لحاظ الزامات قانونی و نحوه رعایت آن در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	لحاظ نحوه کنترل بیماران تحت مهار فیزیکی** و نحوه ثبت آن در گزارش پرستاری در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۰	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۱۱	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۱۲	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*مهار فیزیکی با دستور پزشک معالج و به مدت بسیار محدود که در دستور پزشک ذکر می گردد قابل اجرا است و تمدید آن برای مدت محدود دیگر نیاز به دستور پزشک معالج دارد. ** زمان شروع، چک مجدد و حذف مهار فیزیکی	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، روسای بخش‌ها و سرپرستار	

سنجه ۲. روش اجرایی " استفاده صحیح از روش‌های مهار شیمیایی " با حداقل‌های مورد انتظارتدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐ لزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآینددر تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	لحاظ شرایط استفاده از مهار شیمیایی در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	لحاظ الزامات قانونی و نحوه کنترل بیماران تحت مهار شیمیایی** و نحوه ثبت در گزارش پرستاری در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۹	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۱۰	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۱۱	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*مهار شیمیایی(دارویی) با دستور پزشک معالج قابل اجرا است و تمدید آن برای مدت محدود دیگر نیاز به دستور پزشک معالج دارد. ** در زمان شروع و چک مجدد و بررسی عوارض احتمالی	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، روسای بخش‌های ویژه ، سرپرستاران	

ب	۱	۲۱	بیمارستان ازآمادگی بیمار و تداوم مراقبتِ قبل و پس از مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- برنامه ریزی و یکسان سازی مراقبت و پایش مستمر بیماران پس از مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی
- کاهش عوارض احتمالی پس از مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی در بیماران
- مدیریت مخاطره‌های بارداری پرخطر براساس دستورالعمل‌های معین
- حمایت و مراقبت مستمر از بیماران تحت شیمی درمانی و دیالیز براساس دستورالعمل‌های معین
- اطمینان از آمادگی بیماران برای درمان های تهاجمی و نیمه تهاجمی به منظورمدیریت بهینه منابع و امکانات و جلوگیری از لغو این اقدامات.

سنجه ۱. دستورالعمل " اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	*دستورالعمل حداقل شامل فهرست اقدامات لازم به منظور فراهم ساختن آمادگی های عمومی قبل از عمل و نحوه و مدت مراقبت و پایش مستمر بعد از اعمال جراحی در ریکاوری و بخش بستری است. توصیه ۱.به منظور استفاده بهینه از تخت های بستری، باید به نحوی برنامه ریزی گردد که تا حد ممکن آمادگی های قبل از اعمال جراحی پیش از بستری بیمار صورت پذیرد. توصیه ۲. برای تدوین دستورالعمل از راهنمای جراحی. ایمن استفاده شود.
هدایت کننده	معاون درمان، روسای بخش‌ها، مدیر پرستاری و سرپرستاران

سنجه ۲. دستورالعمل " اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی" تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند..

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین دستورالعمل	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	مشاهده
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	بررسی مستند
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات	*دستورالعمل حداقل شامل شامل فهرست اقدامات لازم به منظور فراهم ساختن آمادگی های عمومی قبل از آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی و مداخلات الکتروفیزیولوژیک و نحوه و مدت مراقبت و پایش مستمر بعد از عمل در آنژیوگرافی و بخش بستری از جمله بررسی وجود نبض‌های اندام تحتانی و کنترل مناسب خونریزی از محل تعبیه ابزار انجام پروسیجر می‌باشد
هدایت کننده	معاون درمان، روسای بخش‌ها، مدیر پرستاری و سرپرستاران

سنجه ۳. دستورالعمل" اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز" تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل *	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*دستورالعمل حداقل شامل: ۱. لیست آمادگی قبل از دیالیز از قبیل توزین بیمار و اطمینان از کارکرد اکسس (شنت -شالدون - فیستول، گورتکس) و اطمینان از بررسی وجود عوامل مستعد کننده بیمار به اختلالات الکترولیتی مانند اسهال اخیر، بررسی وجود علائم اختلالات همودینامیک مانند افت شدید فشارخون ۲. پایش مستمر حین دیالیزاز قبیل عدم ایجاد اختلالات همودینامیک مانند افت شدید فشارخون، اختلال عملکرد اعضا بعلت کاهش شدید حجم در گردش مانند بروز آنژین صدری، عدم خروج سوزن های شریانی و وریدی ، ۳. پایش پس از دیالیز از قبیل توزین مجدد، دستیابی بیمار به وزن خشک مناسب و کنترل و انعقاد مناسب محل خارج کردن سوزن های شریانی و وریدی، عدم وجود اختلالات همودینامیک	
هدایت کننده	معاون درمان، روسای بخش‌ها، مدیر پرستاری و سرپرستاران	

سنجه ۴. دستورالعمل"اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از شیمی درمانی و پرتو درمانی" تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند..		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل *	بررسی مستند
۲	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۳	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۴	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۵	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*دستورالعمل حداقل شامل: شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط شامل بررسی های پاراکلینیکی مورد نیاز قبل از انجام پروسیجر و رژیم غذایی و نحوه مراقبت از پوست و مخاط بعد از اتمام پروسیجر	
هدایت کننده	معاون درمان، روسای بخش‌ها، مدیر پرستاری و سرپرستاران	

سنجه ۵. دستورالعمل" اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکوپی ها"تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند وبراساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل *	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*دستورالعمل حداقل شامل آمادگی های مورد نیاز و مراقبت‌های پس از اسکوپی به تفکیک هر پروسیجر	
هدایت کننده	معاون درمان، روسای بخش‌ها، مدیر پرستاری و سرپرستاران	

سنجه ۶. دستورالعمل" اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری" تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل *	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ **	مشاهده
توضیحات	* دستورالعمل توسط بیمارستان تدوین می‌شود و از کتاب " راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان بازنگری دوم بخشنامه شماره ۱۱۰۵۶/د۴۰۰ مورخ ۹۱/۸/۲۳ استفاده می‌شود. **این سنجه در ارتباط با مراقبت و پایش مادران باردار پرخطر قبل از ورود به بلوک زایمان و پس از خروج از آن بوده و لذا پس از ورود مادر باردار به بلوک زایمان ، مراقبت و پایش مادر براساس خط مشی و روش مراقبت و مدیریت مادران باردار در بلوک زایمان سنجه شماره ۲ از استاندارد ب-۵-۳ ارزشیابی می گردد.	
هدایت کننده	معاون درمان، مدیر پرستاری، رئیس بخش زنان و بلوک زایمان، ماما مسئول	

ب	۱	۲۲	خدمات مراقبتی و درمانی به بیماران بستری در بخش‌های بالینی به طور یکسان ارایه می‌شود.

دستاورد استاندارد

- دسترسی متوازن و قابل مقایسه بیماران به مراقبت‌های پرستاری در سطح بیمارستان
- دسترسی متوازن و قابل مقایسه بیماران به مراقبت و درمان‌های پزشکی در سطح بیمارستان
- ترویج اخلاق حرفه‌ای و حمایت از بیماران

سنجه ۱. در بخش‌های مختلف بیمارستان با سطوح قابل مقایسه نیازهای بیماران مراقبت‌های پرستاری از سطح یکسانی برخوردار است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	توزیع متوازن منابع انسانی و تجهیزات مورد نیاز برای ارایه خدمات پرستاری در بخش‌ها	بررسی مستند و مصاحبه
۲	اجرای یکسان و متوازن روش های اجرایی و دستورالعمل های مرتبط با ارایه خدمات پرستاری / مراقبت‌ها در بخش‌ها	مشاهده
۳	ارائه سطوح قابل مقایسه مراقبت‌های پرستاری متناسب با نیاز بیماران در بخش‌های مختلف*	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*در بخش‌ها و مراقبت‌های قابل مقایسه ارزیابی می‌شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستاران	

سنجه ۲. در بخش‌های مختلف بیمارستان با سطوح قابل مقایسه نیازهای بیماران مراقبت و درمان های پزشکی از سطح یکسانی برخوردار است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	توزیع متوازن منابع انسانی و تجهیزات مورد نیاز برای ارایه خدمات پزشکی در بخش‌ها	بررسی مستند و مصاحبه
۲	ارائه مراقبت‌های درمانی پزشکی متناسب با نیاز بیماران در بخش‌های مختلف*	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*در بخش‌ها و مراقبت‌های قابل مقایسه ارزیابی می‌شود.	
هدایت کننده	معاون درمان، مسئول فنی، روسای بخش‌های بالینی	

سنجه ۳. ادامه مراقبت و درمان بیماران بستری در بیمارستان به تامین هزینه و قدرت پرداخت وی بستگی ندارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تداوم و عدم تاخیر در ارایه خدمات براساس تشخیص پزشک ، به دلیل تامین هزینه از طرف بیمار / همراه*	مصاحبه
۲	عدم وابستگی کمیت و کیفیت مراقبت و درمان به میزان پرداختی بیمار	مصاحبه
توضیحات	*در صورت ایجاد هزینه های جدید بیمار بیش از هزینه های برآورد شده که در زمان پذیرش به بیمار اعلام شده بیمار و همراه بیمار با استفاده از روش توقف ادامه درمان تحت فشار قرار نمی گیرند.	
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، مسئول فنی بیمارستان، مدیر بیمارستان	

ب	۱	۲۳	ارزیابی تخصصی تغذیه بیماران براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت می‌پذیرد.

دستاورد استاندارد

- ارزیابی وضعیت تغذیه بیماران و غربال بیماران از نظر نیاز به رژیم غذایی خاص
- سرو غذای رژیمی ویژه بیماران براساس ویزیت و ارزیابی تغذیه ای

سنجه ۱. پزشک براساس ارزیابی اولیه بیمار، دستور غذایی را تعیین و در صورت لزوم درخواست مشاوره تغذیه را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انجام ارزیابی اولیه تغذیه ای بیماران در ارزیابی اولیه پرستاری	بررسی مستند
۲	تعیین دستور غذایی بیمار با توجه به ارزیابی اولیه پرستاری و شرح حال و معاینه بالینی توسط پزشک	بررسی مستند
۳	ثبت مشاوره ارزیابی تخصصی تغذیه ای به تشخیص پزشک در پرونده بیماران	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	توصیه . آموزش و اطلاع رسانی به پزشکان در خصوص دستورالعمل شماره ۴۰۹/۲۶۹۳۶ د مورخ ۹۳/۱۲/۱۰ در خصوص ضرورت ارزیابی تخصصی تغذیه‌ای با در نظر گرفتن ۱۸ بیماری ملزم به ارزیابی تخصصی	
هدایت کننده	رئیس و سرپرستار بخش	

سنجه ۲. کارشناس تغذیه حداقل برای بیماران سوء تغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند و سرطان، رژیم غذایی تنظیم و براساس آن برنامه ریزی و بر اجرای آن نظارت می‌نماید

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی بیماران در معرض خطر سوء تغذیه در ارزیابی اولیه پرستار/پزشک و تنظیم رژیم غذایی توسط کارشناس تغذیه	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تنظیم رژیم غذایی برای بیماران مبتلا به سوختگی، توسط کارشناس تغذیه، با دستور پزشک معالج در پرونده بیمار	بررسی مستند و مصاحبه
۳	تنظیم رژیم غذایی برای بیماران دیالیزی، توسط کارشناس تغذیه، با دستور پزشک معالج در پرونده بیمار	بررسی مستند و مصاحبه
۴	تنظیم رژیم غذایی برای بیماران پیوند، توسط کارشناس تغذیه، با دستور پزشک معالج در پرونده بیمار	بررسی مستند و مصاحبه
۵	تنظیم رژیم غذایی برای بیماران مبتلا به سرطان، توسط کارشناس تغذیه، با دستور پزشک معالج در پرونده بیمار	بررسی مستند و مصاحبه
۶	بررسی / تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده بیمار با ثبت مهر و امضای پزشک	بررسی مستند
۷	نظارت کارشناس تغذیه و پرستار بر اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک	مشاهده و مصاحبه
هدایت کننده	سرپرستار، مسئول واحد تغذیه	

سنجه ۳. ارزیابی تخصصی تغذیه ای براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت برای بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه با اقامت بیش از ۲۴ ساعت، توسط کارشناس تغذیه انجام و براساس رژیم غذایی تنظیم شده، اقدام می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تنظیم رژیم غذایی برای بیمارانی که بیش از ۲۴ ساعت در بخش مراقبت‌های ویژه بستری هستند توسط کارشناس تغذیه*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه‌ای در پرونده بیمار با ثبت مهر و امضا در پایین فرم ارزیابی مربوط توسط پزشک	بررسی مستند
۳	نظارت کارشناس تغذیه و پرستار بر اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده	مشاهده
۴	ارزیابی مجدد** تغذیه بیماران در فواصل زمانی معین و نظارت کارشناس تغذیه بر اجرای رژیم غذایی تنظیم شده ***	بررسی مستند
توضیحات	*در اولین فرصت پس از اولین ویزیت پزشک معالج ** در قالب فرم پیگیری وضعیت تغذیه ای بیمار *** کارشناس تغذیه در ارزیابی های مجدد، رژیم غذایی تنظیم شده را درصورت لزوم و مبتنی بر دستور غذایی پزشک بازنگری می‌نماید.	
هدایت کننده	رئیس بخش‌های مراقبت ویژه، مسئول واحد تغذیه	

سنجه ۴. ارزیابی وضعیت تغذیه مادران باردار حداقل در موارد دیابت، اکلامپسی و پره اکلامپسی و در سایر موارد به تشخیص پزشک معالج براساس منحنی های وزن گیری توسط کارشناس تغذیه صورت پذیرفته و در پرونده وی ثبت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اطلاع رسانی حضور مادران باردار مبتلا به دیابت، پره اکلامپسی و اکلامپسی به کارشناس تغذیه توسط پرستار / ماما	بررسی مستند و مصاحبه
۲	استفاده از منحنی های استاندارد وزن گیری مادران باردار جهت تعیین وضعیت ابتلا به سوء تغذیه توسط کارشناس تغذیه	بررسی مستند و مصاحبه
۳	تنظیم رژیم غذایی برای مادران باردار در موارد دیابت، اکلامپسی و پره اکلامپسی توسط کارشناس تغذیه	بررسی مستند و مصاحبه
۴	تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده بیمار	بررسی مستند و مصاحبه
۵	نظارت کارشناس تغذیه و ماما بر اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده برای مادرانی که ارزیابی تخصصی تغذیه شده اند	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* جهت تنظیم رژیم غذایی پس از تایید پزشک معالج	
هدایت کننده	رئیس، مسئول بخش بلوک رایمان، مسئول واحد تغذیه	

سنجه ۵. ارزیابی وضعیت تغذیه اطفال، براساس منحنی های رشد، توسط کارشناس تغذیه صورت پذیرفته و در پرونده وی ثبت می‌شود		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارزیابی و تنظیم رژیم غذایی برای اطفال* با استفاده از منحنی های رشد توسط کارشناس تغذیه**	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک با تبت و مهر و امضا در پرونده بیمار	بررسی مستند و مصاحبه
۳	نظارت کارشناس تغذیه و پرستار بر اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده برای اطفال	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*محدوده سنی اطفال از ۱ ماهگی تا ۱۵ سال تمام می‌باشد. **برای تمام کودکان مبتلا به سوء تغذیه، سرطان، سوختگی، بیماریهای کلیوی، سلیاک و بیماریهای مادرزادی و متابولیک و در سایر موارد با تشخیص پزشک معالج، رژیم غذایی تنظیم می‌شود.	
هدایت کننده	مسئول واحد تغذیه، رئیس و سرپرستار بخش	

سنجه ۶ کارشناس تغذیه پاسخ بیمار به مراقبت‌های تغذیه ای را بررسی نموده و درصورت نیاز به تغییر رژیم غذایی بیمار، فرم پیگیری وضعیت تغذیه را تکمیل می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی پاسخ بیمار* به مراقبت‌های تغذیه ای در فواصل منظم، توسط کارشناس تغذیه	بررسی مستند
۲	کنترل شاخص‌های تن‌سنجی و تکمیل فرم‌های پیگیری وضعیت تغذیه براساس تغییر وضعیت تغذیه بیمار طبق دستور پزشک**	بررسی مستند
توضیحات	*صرفا در بیمارانی که پس از دستور پزشک برای مشاوره تغذیه، ارزیابی تخصصی تغذیه انجام شده و پزشک رژیم غذایی تنظیم شده را تایید و اجرا شده است این برنامه برای بیمار اجرا می‌شود. ** توسط کارشناس تغذیه	
هدایت کننده	مسئول واحد تغذیه	

ب	۱	۲۴	غذای بیمار براساس رژیم تنظیم شده، تهیه و سرو می‌شود.

دستاورد استاندارد

- مدیریت تغذیه بیماران با انجام یک کارگروهی موثر توسط پرستار ، پزشک ،کارشناس تغذیه
- تسریع و تسهیل در بهبود بیماران با رعایت تغذیه مناسب و تخصصی

سنجه. پرستار در هر نوبت کاری براساس دستور پزشک، فهرست بیماران نیازمند به رژیم غذایی خاص را تهیه و پس از مطابقت با رژیم غذایی تنظیم شده، در سامانه اطلاعات بیمارستان ثبت می‌نماید و غذای بیمار براساس آن سرو می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	ثبت لیست غذایی بیماران براساس رژیم های غذایی تنظیم شده* مورد تایید پزشک** در سامانه اطلاعات بیمارستان	بررسی مستند
۲	سرو غذای بیماران مطابق لیست غذاهای رژیمی ارسال شده از بخش	مشاهده

توضیحات	*توسط کارشناس تغذیه در فرم های ارزیابی تخصصی تغذیه ای **رژیم غذایی در پرونده بیمار ثبت و توسط پزشک معالج تایید و امضا می‌شود.
هدایت کننده	سرپرستار بخش، مسئول واحد تغذیه

ب	۱	۲۵	توضیحات،آموزش و اطلاعات لازم در زمان ترخیص به بیمار و همراه او ارائه می‌شود.

دستاورد استاندارد

- تکمیل روند درمان و بهبود بیماران پس از ترخیص
- مشارکت در ارتقای سلامت جامعه
- کاهش موارد بستری مجدد بیماران
- مسئولیت پذیری بیمارستان پس از ترخیص بیماران

سنجه ۱. پزشک در زمان ترخیص، توضیحات و آموزش‌های لازم رابه صورت شفاهی و به زبان قابل درک، به صورت جداگانه، به هریک از بیماران و همراه ایشان ارائه می‌نماید و آموزش‌های ارائه شده دریک فرم با امضای بیمار و با مهر و امضای پزشک و پرستار در پرونده بیمار نگهداری و نسخه دوم یا کپی خوانای آن تحویل بیمار می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تهیه فرم آموزش زمان ترخیص بیمار	بررسی مستند
۲	ارائه آموزش‌های لازم حداقل شامل رژیم غذایی، داروهای مصرفی در منزل، وضعیت حرکتی بیماران در منزل، زمان و مکان مراجعه بعدی بیمار به پزشک،	بررسی مستند و مصاحبه
۳	ارائه آموزش‌های زمان ترخیص توسط پزشک ذیصلاح به بیمار به صورت شفاهی	مصاحبه
۴	ارائه آموزش‌ها به صورت انفرادی و به زبان قابل درک	مصاحبه
۵	ثبت آموزش‌ها در ستون آموزش‌های ارائه شده توسط پزشک و مهر و امضاء آن	بررسی مستند
۶	خوانا بودن آموزش‌های ثبت شده	بررسی مستند
۷	تحویل نسخه دوم به بیمار	مصاحبه

توضیحات	* تا زمان ابلاغ فرم کشوری آموزش به بیمار، فرم مذکور توسط بیمارستان تنظیم می‌شود. در بخش‌های پس از زایمان/NICU/ نوزادان، آموزش مادران برای مراقبت نوزاد سالم و نوزاد بیمار مطابق برنامه‌های مراقبت نوزاد سالم و نارس (ابلاغیه شماره ۱۰۰/۱۱۳۰ مورخ ۹۰/۸/۹) می‌باشد.
هدایت کننده	معاون درمان، روسای بخش‌ها

سنجه ۲. در زمان ترخیص، پرستار توضیحات و آموزش‌های لازم به صورت شفاهی به زبان قابل درک، به صورت جداگانه، به هریک از بیماران و همراه ایشان ارائه می‌نماید و آموزش‌های ارائه شده دریک فرم با امضای بیمار و با مهر و امضای پزشک و پرستار در پرونده بیمار نگهداری و نسخه دوم یاکپی خوانای آن تحویل بیمار می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تهیه فرم آموزش *زمان ترخیص بیمار	بررسی مستند
۲	آموزش‌های لازم حداقل شامل رژیم غذایی، داروهای مصرفی در منزل، وضعیت حرکتی بیماران در منزل، زمان و مکان مراجعه بعدی بیمار به پزشک، می‌باشد.**	بررسی مستند
۳	ارائه آموزش‌های زمان ترخیص به بیمار به صورت شفاهی	مصاحبه
۴	ارائه آموزش‌ها به صورت انفرادی و به زبان قابل درک	مصاحبه
۵	ثبت آموزش‌ها در ستون آموزش‌های ارائه شده توسط پرستار و مهر و امضاء آن	بررسی مستند
۶	خوانا بودن آموزش‌های ثبت شده	بررسی مستند
۷	تحویل نسخه دوم به بیمار	مصاحبه
توضیحات	*فرم آموزش زمان ترخیص به صورت واحد بوده و کلیه کارکنان بالینی اعم از پزشک، پرستار و ... آموزش‌های ارائه شده را در ستون مربوطه تکمیل خواهند نمود. **نحوه مراقبت و پانسمان زخم ها در صورت اقدامات جراحی و نمونه برداری	
هدایت کننده	مدیر پرستاری و سرپرستاران	

سنجه ۳. پزشک معالج در خصوص داروهای مصرفی غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار تصمیم گیری و یا در خصوص مراجعه به پزشک متخصص مربوط راهنمایی نموده و گزارش اقدامات را در فرم خلاصه پرونده ثبت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	در نظر گرفتن تلفیق دارویی* هنگام ترخیص بیمار	مصاحبه
۲	تصمیم گیری در مورد نحوه مصرف هم زمان داروهای مرتبط و غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار	مصاحبه
۳	ارجاع بیمار به پزشک متخصص در خصوص ادامه مصرف داروهای غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار در صورت لزوم	مصاحبه
۴	ثبت گزارش اقدامات انجام شده در خلاصه پرونده	مشاهده
توضیحات	*بایستی قبل از تلفیق دارویی از مصرف داروهای غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار با دستور پزشک اطمینان حاصل گردد و در صورت هر گونه ابهام در این خصوص بیمار باید به سرویس تخصصی مرتبط ارجاع گردد. توصیه ۱. اقدام براساس دستورالعمل صحت دارویی نامه شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷د تاریخ ۹۳/۶/۱۲صورت گیرد.	
هدایت کننده	معاونت درمان و روسای بخش‌ها	

سنجه ۴. خلاصه پرونده شامل حداقل‌های مورد انتظار به صورت کامل، در زمان ترخیص تکمیل و نسخه دوم یا کپی خوانای آن تحویل بیمار می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تکمیل کلیه بندهای فرم خلاصه پرونده توسط پزشک ذیصلاح	بررسی مستند
۲	تکمیل فرم خلاصه پرونده در زمان ترخیص	بررسی مستند
۳	خوانا بودن فرم خلاصه پرونده	بررسی مستند
۴	ارائه نسخه دوم به بیمار / بستگان قانونی هم زمان با ترخیص*	بررسی مستند
توضیحات	*خلاصه پرونده همزمان با ترخیص بیمار تحویل ایشان می‌گردد.(به استثنای بیماران سطح ۴ و ۵ تریاژ اورژانس که فرم تریاژ کفایت می‌نماید.) و به هیچ دلیلی از جمله ترخیص با رضایت شخصی و ... نباید تحویل خلاصه پرونده به بعد موکول گردد. توصیه . خلاصه پرونده به صورت تایپ شده در اختیار بیمار قرار گیرد.	
هدایت کننده	معاونت درمان و روسای بخش‌ها	

ب ۱ ۲۶ نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص اعلام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- مسئولیت پذیری بیمارستان پس از ترخیص بیماران
- امکان استفاده بیماران از همه اطلاعات پرونده بالینی خود

سنجه .دستورالعمل اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیمار/ همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان، تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیمار/ همراه او بعد از ترخیص*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط* از دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*حداقل شامل شامل نحوه شناسایی تست های معوقه، فرد مسئول اطلاع رسانی، نحوه اطلاع، دفعات تماس و چگونگی ثبت اقدامات می‌باشد در بخش افراد مجاز برای دریافت نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک حتما باید ظوابط قانونی و اصل محرمانه بودن رعایت شود.	
هدایت کننده	معاون درمان و روسای بخش‌های پاراکلینیکی	

ب. مراقبت و درمان

ب–۲) مراقبت‌های اورژانس

ب ۲ ۱	بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس، به پزشک متخصص دسترسی دارند.

دستاورد استاندارد

- دسترسی فوری بیماران بدحال به پزشک متخصص در بخش اورژانس
- کاهش زمان تعیین تکلیف بیماران مراجعه کننده به اورژانس

سنجه ۱. پزشک بخش اورژانس به صورت شبانه روزی در تمامی روزهای هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل مقیم بخش اورژانس بوده و شرایط پزشکان مقیم به نحوی است که در بیمارستان‌های با ورودی بیش از سی هزار مراجعه در سال پزشک متخصص با ارجحیت تخصص طب اورژانس، داخلی، جراحی و در بیمارستان‌های تک تخصصی با ارجحیت تخصص مربوط مقیم بخش اورژانس می‌باشند.

سطح سنجه	☑ الزامی	☐ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	وجود برنامه ماهیانه حضور پزشک مقیم در بخش اورژانس*	بررسی مستند
۲	حضور پزشکان مقیم اورژانس مطابق برنامه	بررسی مستند، مشاهده و مصاحبه
۳	تخصص پزشکان مقیم اورژانس مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت**	بررسی مستند و مشاهده

توضیحات	* برنامه های پزشکان مقیم و آنکال بایستی مستقل از هم تدوین شوند. در تابلوی اطلاع رسانی اورژانس این دو برنامه در کنار هم نصب باشد.. **دستورالعمل های مرتبط : دستورالعملهای وزارتی شماره ۱۰۰/۱۰۱۷ مورخ ۹۰/۷/۱۶ ، بند ۴ دستورالعمل وزارتی شماره ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵ ، دستورالعمل ابلاغی شماره ۴۴۸۳ مورخ ۹۳/۳/۱۷ و در اورژانس‌های با ورودی کمتر از ۳۰ هزار نفر در سال پزشک عمومی مقیم در اورژانس قابل قبول است.
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل بیمارستان

سنجه ۲. لیست پزشکان، متخصص مقیم و آنکال، در بخش اورژانس در دسترس بوده و پزشکان براساس درخواست پزشک اورژانس در اسرع وقت بر بالین بیماران حاضرشده و در تعیین تکلیف بیماران مشارکت می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	در دسترس بودن برنامه پزشکان متخصص مقیم و آنکال	بررسی مستند
۲	اطلاع کارکنان از نحوه دسترسی به پزشکان مقیم و آنکال	مصاحبه
۳	حضور پزشک متخصص مقیم و آنکال بر اساس درخواست پزشک اورژانس	بررسی مستند و مصاحبه
۴	مشارکت پزشکان متخصص مقیم و آنکال در تعیین تکلیف بیماران	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات	دستورالعمل های مرتبط : دستورالعمل وزارتی شماره ۱۰۰/۱۰۱۷ مورخ ۹۰/۷/۱۶ توصیه . بیمارستان براساس روش مشخصی نسبت به فراخوان پزشکان مقیم و آنکال بر بالین بیماران اقدام می‌نماید و اطلاع رسانی لازم به کارکنان مرتبط صورت می‌پذیرد.
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل بیمارستان

ب	۲	۲	بیماران مراجعه کننده بخش اورژانس به پرستاران دارای صلاحیت، دسترسی دارند.

دستاورد استاندارد

حضور پرستار با تجربه کافی در واحد تریاژ اورژانس

بکارگیری پرستاران با تجربه بالینی در بخش اورژانس

سنجه ۱. پرستاران واحد تریاژ اورژانس در تمام ساعات شبانه روز، حضور فعال دارند و حداقل ۵ سال سابقه خدمت در بخش‌های بالینی دارند که یک سال از آن در بخش اورژانس بوده، و دوره‌های آموزش تخصصی تریاژ را گذرانده‌اند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تنظیم برنامه جهت حضور فرد واجد شرایط به عنوان پرستار تریاژ به صورت شبانه روزی	بررسی مستند و مصاحبه
۲	حضور مداوم حداقل یک پرستار به عنوان پرستار تریاژ طبق برنامه در واحد تریاژ	مشاهده و مصاحبه
۳	پنج سال سابقه کار بالینی و حداقل یک سال از آن در بخش اورژانس برای پرستار تعیین شده جهت انجام تریاژ	بررسی مستند و مصاحبه
۴	گذارندن دوره آموزشی تریاژ توسط پرستار تعیین شده جهت انجام تریاژ	بررسی مستند
توضیحات	دستورالعمل های مرتبط : دستورالعمل ۴۰۱/۱۴۸۰۹د مورخ ۹۴/۶/۱۸ اورژانس کشور	
هدایت کننده	رئیس بخش اورژانس، سرپرستار	

سنجه ۲. در تمام شیفت‌های کاری بخش اورژانس، پرستارانی با حداقل۲ سال سابقه خدمت در بخش‌های بالینی وگذراندن دوره‌های آموزش تخصصی اورژانس شاغل هستند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	داشتن حداقل دو سال سابقه کار بالینی برای پرستاران بخش اورژانس	بررسی مستند و مصاحبه
۲	گذارندن دوره آموزشی تخصصی بخش اورژانس قبل از شروع به کار به عنوان پرستار در بخش اورژانس	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	دوره‌های آموزش تخصصی حداقل شامل اورژانس های پزشکی ، مهارت های ارتباطی، حل مسئله، مدیریت بحران، مدیریت استرس و احیای قلبی ریوی می‌باشد.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار بخش اورژانس	

ب ۲ ۳ تعیین تکلیف بیماران و مدیریت تخت‌های ویژه و عادی با اولویت خدمت‌رسانی به بیماران حاد و اورژانس انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- استفاده حداکثری از ظرفیت های تشخیصی و درمانی بیمارستان و اولویت بخشی به بیماران بدحال و اورژانسی
- مدیریت تخت های موجود بیمارستان و پیشگیری از تداخل بین گروهی و بین بخشی در انتقال بیماران به بخش‌های ویژه و عادی
- کاهش مدت اقامت بیماران در بخش اورژانس

سنجه ۱. مسئول مدیریت تخت در بیمارستان تعیین شده و با اختیارات کامل، با اولویت بستری نمودن بیماران حاد و اورژانس، اقدام می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین مسئول مدیریت تخت[1] توسط رئیس بیمارستان و صدور ابلاغ مربوط*	بررسی مستند
۲	ارسال ابلاغ به بخش‌ها / واحدهای مرتبط	بررسی مستند
۳	آگاهی کارکنان مرتبط از حیطه اختیارات مسئول مدیریت تخت	مصاحبه
۴	وجود اختیارات مسئول مدیریت تخت در عرصه واقعی تصمیم گیری بیمارستان	مصاحبه و بررسی مستند
۵	انتقال بیماران تعیین تکلیف شده بخش اورژانس به بخش‌های بستری با محوریت مدیریت تخت	بررسی مستند
توضیحات	*تمامی بیمارستان‌ها بایستی دارای مسئول مدیریت تخت باشند، انتخاب مسئول مدیریت تخت در موارد بکارگیری متخصصین مقیم در بخش اورژانس طبق بند چهارم دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت (شماره ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵)اقدام شود. همچنین دستورالعمل۹۰۱۳ /۴۰۱د مورخ ۹۳/۵/۲۲ و ۴۰۱/۴۴۸۳د مورخ ۹۳/۳/۱۷ و ۱۸۵۲۰ مورخ ۹۴/۵/۶ مد نظر قرار گیرد.		
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل و رئیس بخش اورژانس	

سنجه ۲. پذیرش بیماران الکتیو در بخش‌های بستری مانع از انتقال بیماران بدحال از اورژانس به بخش‌های بستری نمی‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انتقال بیماران تعیین تکلیف شده بخش اورژانس با اولویت پذیرش بیماران بدحال نسبت به الکتیو به بخش‌های بستری	مصاحبه و بررسی مستند
توضیحات	توصیه .پذیرش بیماران الکتیو باید به نحوی برنامه ریزی گردد که از اختصاص تمام ظرفیت تخت های بستری خالی به بیماران الکتیو خودداری شود. این امر بویژه در بیمارستان های ریفرال و تروما در مدیریت بیماران بخش اورژانس کمک کننده است.	
هدایت کننده	رئیس بخش اورژانس، مدیریت پرستاری	

سنجه ۳. تعیین تکلیف بیماران برای ترخیص، ارجاع یا بستری در سایر بخش‌ها، حداکثر ظرف شش ساعت انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین تکلیف بیماران مراجعه کننده به اورژانس کمتر از شش ساعت از ورود بیمار*	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* دستورالعمل ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵ وزارت بهداشت و دستورالعمل ۱۰۰/۱۳۰۳ مورخ ۹۰/۹/۱۹ وزارت بهداشت .تعیین تکلیف بیماران به نحوی است که کمتر از ۶ ساعت از ورود بیماران به اورژانس، یا در فهرست پذیرش از بخش‌های بستری قرار گیرند یا در برنامه ارجاع به سایر مراکز (درصورت عدم امکان ارائه خدمات تخصصی مربوط طبق دستورالعمل ارجاع و با هماهنگی ستاد هدایت دانشگاه) و یا با دستور پزشک ترخیص شوند.		
هدایت کننده	رئیس بخش اورژانس، مدیریت پرستاری، روسای بخش‌های بالینی	

ب ۲ ۴ خدمات پاراکلینیکی اورژانس، شناسایی شده و به صورت شبانه روزی به بیماران ارائه می‌شود.

دستاورد استاندارد

- تامین به موقع نیازهای تشخیصی بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس بصورت برنامه ریزی شده
- تسهیل و تسریع دسترسی بیماران به خدمات پاراکلینیکی
- ایجاد اطمینان و آرامش به بیماران/همراهان در حین مراقبت‌های اورژانس

سنجه ۱. کمیته اورژانس در خصوص شناسایی خدمات پاراکلینیک و سایر خدمات مورد نیاز اورژانس اقدام و برنامه‌ریزی‌های لازم در خصوص ارائه شبانه‌روزی این خدمات در اسرع وقت و با زمان بندی مشخص، صورت می‌پذیرد.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تعیین فهرست خدمات پاراکلینیک و سایر خدمات شبانه روزی موردنیاز بخش اورژانس ، توسط کمیته اورژانس*	بررسی مستند
۲	ابلاغ فهرست مصوب خدمات شبانه روزی لازم برای بخش اورژانس، به واحدهای مرتبط توسط کمیته اورژانس	بررسی مستند
۳	در دسترس بودن فهرست ابلاغی در تمام نوبت های کاری در بخش‌های پاراکلینیک و سایر بخش‌های مرتبط	بررسی مستند
۴	تعیین زمان بندی مشخص برای جوابدهی آزمایشات اورژانس مورد نیاز بخش اورژانس	بررسی مستند
۵	تعیین زمان بندی مشخص برای انجام تصویر برداری اورژانس مورد نیاز بخش اورژانس**	بررسی مستند
توضیحات	* کمیته تعیین تکلیف بیماران اورژانس ** گزارش نتایج تصویربرداری در موارد اورژانس با توجه به شرایط بیمارستان برنامه ریزی شود. سایر خدمات تشخیصی فراخور هریک بیمارستان ها شناسایی و برنامه ریزی می‌شود	
هدایت کننده	کمیته اورژانس ، رئیس بخش اورژانس و روسای بخش‌های پاراکلینیک و سایر بخش‌های تشخیصی	

سنجه ۲. ارائه خدمات پاراکلینیک اورژانس در بیمارستان براساس مصوبات کمیته اورژانس، به صورت شبانه روزی است

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارایه خدمات آزمایشگاه به صورت شبانه روزی بر اساس فهرست مصوب کمیته اورژانس*مورد نیاز بخش اورژانس	مشاهده و بررسی مستند
۲	ارایه خدمات تصویربرداری به صورت شبانه روزی بر اساس فهرست مصوب کمیته اورژانس* مورد نیاز بخش اورژانس	مشاهده و بررسی مستند
توضیحات	*در صورتی که ارائه هر یک از خدمات عنوان شده در فهرست مصوب کمیته اورژانس، به طور موقت مقدور نباشد، بایستی نسبت به در نظر گرفتن روش های جایگزین از جمله استفاده از ظرفیت سایر مراکز، اقدام شود و در هر صورت این امر موجب وقفه در ارایه خدمات تشخیصی و درمانی نشود.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش اورژانس و روسای بخش‌های پاراکلینیک و سایر بخش‌های تشخیصی	

سنجه ۳. بانک خون و آزمایشگاه اورژانس، با دسترسی ایمن و آسان فعال هستند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	دسترسی ایمن و آسان * به واحد آزمایشگاه اورژانس و بانک خون در تمام ساعات شبانه روز	مشاهده
توضیحات	* منظور از دسترسی ایمن، رعایت نکات ایمنی در مسیر رسیدن به آزمایشگاه و بانک خون (روشنایی ، امکان استفاده از آسانسور، هموار بودن زمین، مسقف بودن مسیر، سرمایش و گرمایش، ویلچر و برانکارد متناسب با تعداد مراجعین ، مجاورت آزمایشگاه و بانک خون با اورژانس است و منظور از دسترسی آسان: دسترسی بخش اورژانس به آزمایشگاه و بانک خون با علائم و راهنماهای شناسایی مشخص شده است.	
هدایت کننده	مدیر، مسئول ساختمان	

سنجه ۴. تصویربرداری اورژانس با دسترسی ایمن و آسان فعال می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	دسترسی ایمن و آسان * به واحد تصویربرداری اورژانس و بانک خون، در تمام ساعات شبانه روز	مشاهده
توضیحات	* منظور از دسترسی ایمن، رعایت نکات ایمنی در مسیر رسیدن به آزمایشگاه و بانک خون (روشنایی ، امکان استفاده از آسانسور، هموار بودن زمین، مسقف بودن ، سرمایش و گرمایش، ویلچر و برانکارد متناسب با تعداد مراجعین ، مجاورت آزمایشگاه و بانک خون با اورژانس است و منظور از دسترسی آسان: دسترسی بخش اورژانس به آزمایشگاه و بانک خون با علائم و راهنماهای شناسایی مشخص شده است.		
هدایت کننده	مدیر، مسئول ساختمان	

سنجه ۵. پی‌گیری و هماهنگی اقدامات پاراکلینیکی مورد نیاز بیماران بخش اورژانس توسط کارکنان انجام می‌شود و بیمار/همراه در فرآیندهای تشخیصی و مراقبتی دخالتی ندارند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	عدم استفاده از همراه بیمار در انتقال نمونه ها به آزمایشگاه یا اخذنتیجه از آزمایشگاه یا تصویربرداری	مصاحبه و مشاهده
۲	عدم استفاده از همراه بیمار در دریافت فراورده های خونی مورد نیاز	مصاحبه و مشاهده
۳	عدم استفاده از همراه بیمار در انتقال بیمار به واحد تصویر برداری و دریافت گزارش تصویربرداری	مصاحبه و مشاهده
۴	عدم استفاده از همراه بیمار در دریافت نسخ دارویی بیماران تحت نظر وبستری در اورژانس	مصاحبه و مشاهده
۵	عدم استفاده از همراه بیمار در انجام مراقبت‌های بالینی و خدمات مرتبط به بالین بیمار	مصاحبه و مشاهده
هدایت کننده	رئیس و سرپرستار بخش اورژانس انتظار می رود بیماران بدون همراه تحت مراقبت‌های تشخیصی و درمانی	

ب ۲ ۵ فرآیند تریاژ مراجعین بخش اورژانس به صورت برنامه‌ریزی شده انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- پذیرش و اولویت بندی بیماران در بدو ورود به بخش اورژانس بر اساس الگوهای استاندارد شده
- امکان اولویت بندی رسیدگی به بیماران با توجه به سطح بندی بیماران

سنجه ۱. روش اجرایی تریاژ تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*با لحاظ الزامات دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت به شماره۴۰۱/۱۴۸۰۹د مورخ ۹۴/۶/۱۸	
هدایت کننده	رئیس و سرپرستار بخش اورژانس	

سنجه ۲. شواهد عملکرد تریاژ، در پرونده پزشکی بیمارانی که از طریق اورژانس، در بخش‌های مختلف بیمارستان بستری شده اند، وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فرم تکمیل شده تریاژ در پرونده بیماران که از طریق بخش اورژانس بستری شده اند*	بررسی مستند
توضیحات	* با لحاظ الزامات دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت به شماره۴۰۱/۱۴۸۰۹د مورخ ۹۴/۶/۱۸	
هدایت کننده	رئیس و سرپرستار بخش اورژانس	

ب ۲ ۶ الزامات دسترسی به بخش اورژانس رعایت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- تسهیل در دسترسی به بخش اورژانس برای آمبولانس و مراجعین کم توان
- ایجاد امکانات راهنمایی و هدایت مراجعین و مشخص بودن مسیرهای ارتباطی در بخش اورژاس

سنجه ۱. ورودی بخش اورژانس از ورودی سایر بخش‌های بیمارستان مستقل است و دسترسی آن به خیابان اصلی برای ورود آمبولانس تسهیل شده و مراجعین به راحتی مسیر دسترسی به اورژانس را تشخیص می‌دهند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	عدم استفاده از بخش اورژانس به عنوان محل گذر به سایر بخش‌های بیمارستان	مشاهده
۲	مستقل بودن ورودی بخش اورژانس از ورودی سایر بخش‌های بیمارستان	مشاهده
۳	فراهم بودن سهولت دسترسی به اورژانس از خیابان اصلی برای تردد آمبولانس و مراجعین	مشاهده
هدایت کننده	مدیر، مسئول ساختمان	

سنجه ۲. آمبولانس یا خودروی حامل بیمار بدحال یا ناتوان، از مسیر باز و بدون مانع عبور نموده و با استفاده از علائم راهنما تا ورودی بخش اورژانس پیش می‌رود و در ورودی اورژانس بدون برخورد با ازدحام و شلوغی، بیمار را به اورژانس منتقل می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	باز بودن مسیر تردد آمبولانس یا خودروی حامل بیمار تا درب یا رمّپ ورودی اورژانس	مشاهده
۲	استفاده از علائم راهنما از درب ورودی اورژانس بیمارستان تا بخش اورژانس	مشاهده
۳	برنامه ریزی برای جلوگیری از ازدحام بیماران و مراجعین در درب ورودی بخش اورژانس	مشاهده
توضیحات	توصیه ۱. پیش بینی مکانی با شرایط رفاهی و اطلاع رسانی مناسب برای همراهان در بیمارستان های پر ازدحام . توصیه ۲. در بیمارستان های تروما و ریفرال بیمارستان جهت جلوگیری از شلوغی و ازدحام و پیشگیری از برخوردهای تنش زا مشارکت سازمان های خارجی از جمله نیروی انتظامی و شهرداری برنامه ریزی شود.	
هدایت کننده	رئیس و سرپرستار بخش اورژانس	

سنجه ۳. ورودی بخش اورژانس مسقف بوده و آمبولانس به طور کامل در زیر سقف قرار می‌گیرد و مسیر انتقال بیمار از اورژانس به واحدهای تصویربرداری و آزمایشگاه و سایر بخش‌ها مسقف است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	مسقف بودن ورودی اورژانس	مشاهده
۲	امکان قرار گرفتن حداقل یک دستگاه آمبولانس در فضای مسقف ورودی اورژانس	مشاهده
۳	مسقف بودن مسیر انتقال بیمار به واحد آزمایشگاه	مشاهده
۴	مسقف بودن مسیر انتقال بیمار به واحد تصویربرداری	مشاهده
۵	مسقف بودن مسیر انتقال بیمار به بخش‌های بستری	مشاهده
هدایت کننده	مدیر، مسئول ساختمان	

سنجه ۴. مسیرها و بخش‌های مختلف داخل و خارج بخش اورژانس به وسیله نشانه‌ها و راهنماهای مشخص، در تمام ساعات شبانه روز به راحتی قابل شناسایی هستند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	قابل شناسایی بودن بخش‌ها ی مختلف بخش اورژانس به وسیله تابلو	مشاهده
۲	قابل شناسایی بودن مسیر های داخل بخش اورژانس به وسیله نشانه ها و راهنماها	مشاهده
۳	قابل شناسایی بودن از مسیرهای خارج بخش اورژانس به وسیله نشانه ها و راهنماها در تمام ساعات شبانه روز	مشاهده
توضیحات	در استفاده از تابلو ها، نشانه ها و راهنماها ترجیحا از علایم تصویری در کنار علایم نوشتاری نیز استفاده گردد.	
هدایت کننده	مدیر، مسئول ساختمان	

سنجه ۵. برای بیماران بدحال و کم توان که شخصا به بخش اورژانس مراجعه می نمایند، بیماربر و با برانکارد در ورودی اورژانس آماده به خدمت است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	حضور بیماربر جهت مساعدت به بیماران بدحال و ناتوان از ورودی اورژانس*	مصاحبه و مشاهده
۲	وجود برانکارد و ویلچر جهت پذیرش بیماران بدحال وناتوان درورودی اورژانس	مصاحبه و مشاهده
توضیحات	*یا وجود فرآیندی جهت اطلاع رسانی فوری مراجعه بیمار بدحال یا نیازمند به مساعدت بیماربر در درب ورودی اورژانس.	
هدایت کننده	رئیس و سرپرستار بخش اورژانس	

ب	۲	۷	بیمارستان، در موارد اورژانس، بدون توجه به تامین هزینه مراقبت، خدمات سلامت مناسب ارائه می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- اجرای الزام قانونی
- مشارکت بیمارستان در هدایت بیماران به اخذ خدمات تخصصی تشخیص و درمان

سنجه ۱. بیمارستان در موارد اورژانس براساس قانون عمل نموده و بدون توجه به هزینه و پرداخت وجه از سوی بیمار یا همراه او، مراقبت‌های فوری سلامت را به بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس ارائه می‌نماید.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارکنان از مفاد دستورالعمل پذیرش و درمان بی قید و شرط بیماران اورژانس وزارت بهداشت*	مصاحبه
۲	ارائه خدمات درمانی به بیماران اورژانس و بدحال منوط به پرداخت هزینه نمی‌باشد. *	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* دستورالعمل شماره ۴۰۰/۲۵۶۸۲ د مورخ ۹۴/۱۰/۱ توصیه .توجه ویژه به قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۵۴/۳/۵ هیات وزیران	
هدایت کننده	مسئول فنی، رئیس و سرپرستار بخش اورژانس	

سنجه ۲. در صورتی که ارائه خدمات با توجه به نوع بیمارستان، مقدور نباشد پس از ارائه خدمات اولیه ضروری در بخش اورژانس و ارائه توضیحات لازم به بیمار/ همراه در خصوص علت انتقال، اعزام، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه های خدمات در مرکز درمانی مقصد، با هماهنگی ستاد هدایت، زمینه انتقال گیرنده خدمت به واحد مجهز فراهم می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	پایدار سازی وضعیت بیماران بدحال قبل از اقدام به اعزام بیمار	بررسی مستند و مصاحبه
۲	ارائه توضیحات در خصوص علت اعزام، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه های خدمات در مرکز درمانی مقصد	مصاحبه
۳	هماهنگی با ستاد هدایت دانشگاه و مرکز درمانی مقصد و اخذ پذیرش در فاصله زمانی مناسب*	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*مدیریت زمان با رعایت ایمنی بیمار	
هدایت کننده	رئیس بخش اورژانس، مدیریت پرستاری، سرپرستار اورژانس	

ب ۲ ۸ کمیته اورژانس و کمیته های تعیین تکلیف و تریاژ؛ در راستای اهداف و ماموریت های تعریف شده فعالیت دارند.

دستاورد استاندارد

- بهبود کیفیت خدمات اورژانس با استفاده از خرد جمعی کارکنان و شرایط بومی بیمارستان
- بهبود مستمر کیفیت خدمات اورژانس مبتنی بر پایش و بازنگری مستمر فرآیندهای اورزانس با مشارکت همه مجریان

سنجه ۱. کمیته تعیین تکلیف بیماران برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت فعالیت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی اعضای کمیته تعیین تکلیف از مفاد دستورالعمل ابلاغی *	مصاحبه
۲	عملکرد کمیته تعیین تکلیف برابر دستورالعمل ابلاغی	بررسی مستند
توضیحات	*دستورالعمل شماره ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵	
هدایت کننده	رئیس و دبیر کمیته تعیین تکلیف اورژانس	

سنجه ۲. کمیته تریاژ بیمارستانی برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت فعالیت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی اعضای کمیته تریاژ از مفاد دستورالعمل ابلاغی*	مصاحبه
۲	عملکرد کمیته تریاژ برابر دستورالعمل ابلاغی	بررسی مستند
توضیحات	*دستورالعمل شماره ۱۴۸۰۹/ ۴۰۱ د مورخ ۹۴/۶/۱۸	
هدایت کننده	رئیس و دبیر کمیته تریاژ اورژانس	

سنجه ۳. در کمیته اورژانس، نتایج پایش و ارزیابی شاخص های پنج گانه اورژانس تحلیل شده و در راستای بهبود عملکرد اورژانس با هماهنگی همه گروه‌های پزشکی مرتبط، اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت طراحی و اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	گزارش نتایج پایش شاخص های پنج گانه اورژانس در کمیته تعیین تکلیف اورژانس/ مدیریت تخت	بررسی مستند
۲	تحلیل شاخص های پنج گانه اورژانس در کمیته تعیین تکلیف اورژانس / مدیریت تخت طبق دستورالعمل*	بررسی مستند
۳	اخذ تصمیمات اصلاحی /برنامه بهبود کیفیت	بررسی مستند
۴	اجرای اقدامات اصلاحی /برنامه بهبود کیفیت	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	*دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت شماره۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵	
هدایت کننده	رئیس و دبیر کمیته اورژانس	

ب ۲ ۹ شناسایی و رسیدگی به موقع به بیماران اورژانسی ، به صورت برنامه‌ریزی شده مدیریت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- حمایت از بیماران بدحال و اورژانسی از طریق شناسایی ارائه مراقبت و درمان به موقع به آنها
- تسهیل و تسریع برنامه ریزی شده در ارائه خدمات به بیماران اورژانس و بدحال

سنجه ۱. خط مشی و روش "شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش‌های بستری" با مشارکت پزشکان تدوین و پزشکان معالج، مقیم و آنکال بیمارستان؛ و همه کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین خط مشی و روش *	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	پیش بینی معیارهای تشخیص و چگونگی رسیدگی به بیماران بد حال و اورژانسی در بخش‌های بستری	بررسی مستند
۷	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۸	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	بررسی مستند
۹	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه
۱۰	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۱	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	*این خط مشی و روش در بخش اورژانس بررسی نمی شود و متمرکز شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش‌های بستری غیر از اورژانس است.
هدایت کننده	معاون درمان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی

سنجه ۲. پزشک مقیم در بیمارستان‌های مشمول برنامه تحول نظام سلامت براساس دستورالعمل‌های ابلاغی، در خصوص رسیدگی به بیماران بدحال در بخش‌های بستری؛ و مشارکت در تعیین تکلیف بیماران در بخش اورژانس، مرتبط با تخصص خود اقدام می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	هدایت رسیدگی به بیماران بد حال دربخش‌های بستری توسط پزشک مقیم با تخصص مرتبط طبق دستورالعمل*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	حضور فعال و مشارکت پزشک متخصص مقیم در تعیین تکلیف بیماران در بخش اورژانس مرتبط با تخصص خود	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات	*دستورالعمل شماره ۴۰۰/۳۴۵۸ د مورخ ۹۳/۲/۳۱
هدایت کننده	رئیس/مدیرعامل، رئیس بخش اورژانس

سنجه ۳.روش اجرایی" انجام مشاوره های اورژانس" با مشارکت پزشکان تدوین شده و همه کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین بررسی	بررسی مستند
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
هدایت کننده	معاون درمان، مسئول فنی، روسای بخش‌های بالینی	

سنجه ۴. خدمات پاراکلینیک اورژانس دربخش‌های بالینی بیمارستان تعریف شده و براساس آن آزمایشگاه، تصویر برداری و سایر خدمات تشخیصی به صورت شبانه روزی ارائه می‌شود.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارائه خدمات شبانه روزی اورژانس توسط واحد آزمایشگاه بر اساس مصوب کمیته اورژانس، در بخش‌های بالینی*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	ارائه خدمات شبانه روزی اورژانس توسط واحد تصویر برداری بر اساس مصوب کمیته اورژانس، در بخش‌های بالینی	بررسی مستند و مصاحبه
۳	ارائه خدمات شبانه روزی اورژانس توسط سایر واحدهای تشخیصی بر اساس مصوب کمیته اورژانس، در بخش‌های بالینی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*موضوع این سنجه در بخش اورژانس نیست (بخش‌های بستری غیر از بخش اورژانس)	
هدایت کننده	مسئول فنی آزمیشگاه و مسئول تصویر برداری	

ب ۲ ۱۰ اقدامات نجات دهنده حیات بیماران، برنامه‌ریزی شده و به موقع اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد

- یکپارچه سازی روش ها و اقدامات نجات دهنده فوری در سطح بیمارستان
- کسب اطمینان از امکانات و تجهیزات لازم برای اقدامات نجات دهنده فوری بیماران

سنجه ۱. دستورالعمل " احیای قلبی ریوی" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط**	مستند
۴	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	مصاحبه
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*دستورالعمل شامل احیای قلبی ریوی پایه و پیشرفته (بزرگسال ، اطفال و نوزادان)، برنامه کد احیا، شرح وظایف تیم احیا و نحوه تکمیل فرم ثبت گزارش و نظارت بر عملیات احیا **مستند سازی فرآیند و پایش احیای قلبی ریوی بر اساس دستورالعمل مرتبط ابلاغی شماره ۴۰۰/۷۰۹۱د مورخ ۹۴/۳/۳۰	
هدایت کننده	معاون درمان، مسئول فنی، رئیس بخش اورژانس، سرپرستار اورژانس	

سنجه ۲. لیست گروه احیاء به صورت ماهیانه، درهمه شیفت ها و بخش‌ها/واحدها وجود دارد و درصورت اعلام کد احیاء بلافاصله تیم حاضرمی‌شود.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تنظیم برنامه و فهرست اعضای گروه احیاء در همه شیفت‌ها*	بررسی مستند
۲	ابلاغ ماهیانه و نصب برنامه در تابلوی اعلانات	بررسی مستند
۳	شروع اولین اقدام حیاتی در زمان کمتر از یک دقیقه از زمان اعلام کد احیا	مصاحبه
توضیحات	*تغییرات برنامه باید به موقع در برنامه کد احیا اعمال گردد.	
هدایت کننده	معاون درمان، مسئول فنی	

سنجه ۳. در هر بخش، پرستار مسئول در هر شیفت کاری از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس در تمام اوقات شبانه روز در بخش‌ها، اطمینان حاصل می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نصب آخرین ویرایش دستورالعمل *استاندارد دارویی بخش اورژانس در یکی از طرفین ترالی احیا	مشاهده
۲	مشخص بودن فرد مسئول کنترل ترالی اورژانس در هر شیفت با ثبت آن	مصاحبه
۳	کنترل ترالی اورژانس در ابتدای هر شیفت کاری از نظر آماده،کامل و به روز بودن مطابق دستورالعمل*	بررسی مستند و مشاهده
۴	جایگزینی اقلام دارویی و مصرفی استفاده شده بعد از هر بار استفاده از ترالی	مصاحبه
توضیحات	*دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت به شماره ۶۰۸۲/ ۴۰۱د مورخ ۹۲/۵/۱۵ با موضوع آیین نامه استاندارد دارویی بخش اورژانس	
هدایت کننده	معاون درمان، مسئول فنی	

سنجه ۴. ترالی اورژانس در دسترس کارکنان بخش‌های تشخیصی و درمانی می‌باشد به نحوی که در زمان کمتر از یک دقیقه امکان استفاده از محتویات آن برای احیاگران فراهم می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین تعداد و محل قرارگیری ترالی احیا ، به گونه ای که دسترسی و استفاده از آن در زمان کمتر از یک دقیقه امکان پذیر باشد.*	مشاهده
توضیحات	*بخش‌های درمانی و تشخیصی بایستی واجد ترالی اورژانس باشد. در بخش‌های پاراکلینیک مجاور استفاده به صورت مشترک قابل قبول است.	
هدایت کننده	معاون درمان، مسئول فنی	

سنجه ۵. ترالی اورژانس مطابق آخرین آیین نامه ابلاغی وزارت بهداشت، حاوی تجهیزات و لوازم به صورت آماده استفاده در تمام اوقات است.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ترالی اورژانس مطابق آخرین آیین نامه ابلاغی وزارت بهداشت، حاوی تجهیزات و لوازم به صورت آماده استفاده*	مشاهده
توضیحات	*به غیر از بخش اورژانس در سایر بخش‌ها تعداد داروهای موجود در ترالی می تواند بر اساس مصوبه کمیته دارو، درمان و تجهیزات تغییر پیدا کند که نصب فهرست پیشنهادی به جای آخرین ویرایش دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس در یکی از طرفین ترالی احیا الزامی می‌باشد ولی ترتیب چیدمان دارو ها نباید تغییر پیدا کند.در بخش NICU و بخش زایمان ترالی اورژانس و احیاء نوزادمطابق با برنامه ابلاغی و بسته خدمتی احیا می‌باشدابلاغیه شماره۲۱۱۲۱۲ مورخ ۸۹ /۶/۷	
هدایت کننده	مدیریت پرستاری، سرپرستاران	

سنجه ۶. داروهای نجات بخش ترالی اورژانس در تمام ساعات شبانه روز تامین می‌شود.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	در دسترس بودن داروهای نجات بخش در تمام ساعات شبانه روز	مشاهده
۲	وجود امکان جایگزینی اقلام دارویی و مصرفی استفاده شده بعد از هربار استفاده از ترالی	بررسی مستند و مصاحبه
هدایت کننده	مدیریت پرستاری، سرپرستاران	

ب. مراقبت و درمان

ب–۳) مراقبت‌های حاد

توضیحات کلی

در فرهنگ‌نامه‌های فارسی-انگلیسی، معانی متعددی برای واژه حاد[1] بیان شده و در اصطلاحات پزشکی این واژه در مقابل واژه مزمن[2] بکار می‌رود. منظور از مراقبت‌های حاد در محور مراقبت و درمان، مراقبت‌های مورد نیاز بیمارانی است که به صورت ناگهانی دچار وضعیت نامساعد شده و یا در زمینه بیماری قبلی آنها شرایط بحرانی بروز می‌نماید. از این منظر تداعی کننده مراقبت های اورژانس نیز می‌باشد. این نوع مراقبت، رسیدگی فوری و به موقع جهت حفظ و پایداری وضعیت حیاتی بیمار صورت می‌پذیرد. مراقبت‌های بحرانی[3]، مراقبت‌هایی هستند که از طریق شناسایی و مدیریت فوری وضعیت‌های تهدید کننده حیات با ارائه حمایت‌های تخصصی پیشرفته از ارگان‌های مختلف و مانیتورینگ تهاجمی صورت می‌پذیرند. این نوع مراقبت‌ها در بخش اورژانس و یا هر بخش عادی در شرایط بحرانی بیماران ارائه می‌شود.

وضعیت بحرانی معمولاً به یکباره و یا در ادامه صدمه حاد بوجود می‌آید، بیمار نیاز به مراقبت‌های ویژه[4] دارد. معمولاً در چنین حالاتی به علت وخامت وضعیت و ناپایداری علائم، بیمار دچار آسیب و یا نارسایی ارگان‌های متعدد شده و نیازمند استمرار مداخلات درمانی، دریافت مراقبت‌های مستمر و پایش مداوم وضعیت بیمار است. از آنجا که این گروه از بیماران حاد و بحرانی نیازمند به مانیتورینگ مداوم بوده و در فهرست پذیرش بیماران بستری دربخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان قرار می‌گیرند، سطح ارائه مراقبت از آنها ارتباطی به حضور بیمار در بخش عادی، ویژه یا اورژانس ندارد و بایستی مراقبت‌های ویژه تا زمان پایداری کامل وضعیت بیمار ادامه پیدا کند.

باتوجه به تغییر رویکرد اعتبار بخشی نسل نوین از بخش محوری به وظیفه محوری و کمبود تخت‌های ویژه در برخی بیمارستان‌ها کیفیت مراقبت و درمان بیماران حاد و بحرانی که در انتظار پذیرش بخش مراقبت‌های ویژه بوده و در بخش‌های عادی یا اورژانس خدمات دریافت می‌نمایند، مراقبت‌های عمومی بالینی و حاد ارزیابی خواهد شد.

[1] Acute

[2] Chronic

[3] Critical Care

[4] Intensive Care

ب ۳ ۱ بیمارستان از مراقبت بیماران حادِ بستری در بخش‌های ویژه اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- استفاده بهینه و اثربخش از تخت‌های ویژه بیمارستان
- یکپارچه سازی و ایجاد روش مناسب برای مراقبت‌های ویژه
- هدایت تیم پزشکی و پرستاری با استفاده از رهبری بالینی متمرکز در بخش‌های ویژه
- تامین تسهیلات و امکانات تشخیصی و درمانی برای بیماران بستری در بخش‌های ویژه

سنجه ۱. خط مشی و روش " نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش‌های ویژه" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند* و ذینفعان در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	بررسی مستند
۸	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه
۹	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۰	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	مشاهده و بررسی مستند
توضیحات	*این خط مشی و روش با توجه به کمبود تخت‌های ویژه در اغلب بیمارستان ها نقش بسزایی در اولویت بندی ارائه مراقبت‌های ویژه به بیماران حاد و بحرانی دارد. لذا مشارکت تمامی متخصصین در تدوین آن بر مبنای منابع معتبر علمی و شرایط بومی بیمارستان بسیار راه گشا می باشد.	
هدایت کننده	مسئول فنی، معاون درمان، روسای بخش‌های ویژه	

سنجه ۲. خط مشی و روش" مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد " با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین خط مشی و روش*	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	بررسی مستند
۸	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه
۹	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۰	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	مشاهده و بررسی مستند
توضیحات	شاخص های فیزیولوژیک حداقل شامل فشار خون سیستولیک، دیاستولیک و فشارخون متوسط شریانی، ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت و درصد اشباع اکسیژن خون شریانی است.	
هدایت کننده	معاون درمان، روسای بخش‌ها و سرپرستاران	

سنجه ۳. مانیتور قلبی پرتابل و دفیبریلاتور، برای مواردی که نیاز به انتقال بیمار وجود دارد، جدا از ترالی اورژانس بوده و استفاده می‌شود.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	وجود دفیبریلاتور با مانیتورینگ قلبی جهت انتقال بیماران حاد و بحرانی	مشاهده
۲	وجود دستگاه پالس اکسیمتری دارای مانیتور مجزا جهت انتقال بیماران حاد و بحرانی	مشاهده
۳	استفاده از پرستار آموزش دیده* برای انتقال بیماران جاد و بحرانی	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* آموزش استفاده از دفیبریلاتور با مانیتورینگ قلبی توصیه . تحت هیچ شرایط نباید از دفیبریلاتور اختصاصی بخش جهت مانیتورینگ بیماران بستری استفاده نمود. توصیه . بجز شرایط تعمیر تحت هیچ شرایطی نباید دستگاه دفیبریلاتور ترالی اورژانس از بخش خارج شود و درصورت هرگونه نقص در دستگاه بایستی تجهیزات پشتیبان تامین شود.	
هدایت کننده	روسای بخش، سرپرستاران	

سنجه ۴. در بخش‌های ویژه امکان انجام دیالیز بر بالین، بدون نیاز به انتقال بیمار میسر است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	وجود دستگاه همودیالیز سالم منحصر به بخش مراقبت ویژه*	مشاهده
۲	حضور یا اخذ مشاوره از پزشک فوق تخصص نفرولوژی یا متخصص داخلی آموزش دیده برای تجویز مناسب همودیالیز	بررسی مسند
۳	وجود پرستار آموزش دیده جهت مراقبت همودیالیز در بخش ویژه	بررسی مستند
۴	انجام دیالیز در داخل بخش های ویژه	مصاحبه و بررسی مستند
توضیحات	* وجود پرستار آموزش دیده جهت مراقبت دیالیز صفاقی و حضور/ اخذ مشاوره پزشک فوق تخصص نفرولوژی یا متخصص داخلی آموزش دیده جهت تعبیه ابزار انجام دیالیز صفاقی و دستور نحوه انجام و مراقبت‌های مرتبط ضروری است.	
هدایت کننده	رئیس/مدبرعامل بیمارستان، رئیس بخش دیالیز	

سنجه ۵. در بخش‌های ویژه امکان انجام خدمات تشخیصی(سونوگرافی،اکوکاردیوگرافی و رادیوگرافی) بر بالین، بدون نیاز به انتقال بیمار میسر است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود دستگاه سونوگرافی پرتابل سالم*	مشاهده
۲	وجود دستگاه اکوکاردیوگرافی پرتابل سالم	مشاهده
۳	وجود دستگاه رادیوگرافی پرتابل سالم	مشاهده
۴	ارائه خدمات تشخیصی در بخش‌های ویژه با استفاده از دستگاه های پرتابل	مصاحبه
توضیحات	*وجود دستگاه‌های اختصاصی سونوگرافی، اکوکاردیوگرافی و رادیوگرافی در بخش مراقبت‌های ویژه مد نظر نیست بلکه امکان استفاده از آنها و عدم انتقال بیمار از بخش‌های ویژه به سایر واحدها ملاک ارزیابی می‌باشد.	
هدایت کننده	رئیس/مدیرعامل بیمارستان، رئیس بخش تصویر برداری و رئیس بخش اکو کاردیوگرافی	

سنجه ۶.جایگاه رهبری بالینی بیماران دربخش‌های ویژه تعریف شده است، و بر اساس آن عمل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	مشخص بودن مسئولیتِ هدایت و رهبری بالینی بیماران *	بررسی مستند و مصاحبه
۲	بیماران بخش‌های ویژه توسط پزشک معالج یا پزشک متخصص مقیم بخش ویژه	بررسی مستند و مشاهده
۳	هدایت اقدامات تشخیصی درمانی و مشاوره ها توسط رهبر بالینی مشخص (پزشک معالج یا متخصص مقیم بخش ویژه)	بررسی مستند و مشاهده
۴	انجام ویزیت های روزانه و بررسی پاسخ بیمار به مراقبت و درمان های ارائه شده توسط رهبر بالینی بیماران در بخش ویژه	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* هدایت و رهبری بالینی بیمار در بخش ویژه یا توسط پزشک معالج است یا پزشک متخصص مقیم بخش ویژه که بایستی از قبل تعیین شده باشد(یکی از شیوه‌های بسته یا باز در بخش‌های ویژه) - با عنایت به ارائه مراقب ها و درمان‌های جمع کثیری از پزشکان مشاور و آسیب پذیری بیمار در شرایط حاد و بحرانی هدایت بالینی بیماران در بخش‌های ویژه به دو صورت انجام می شود: ۱. روش باز : علاوه بر ارائه مراقبت‌های پزشکی توسط متخصص مقیم بخش ویژه، پزشک معالج هدایت بالینی بیماررا بر عهده دارد. ۲. روش بسته: پزشک متخصص مقیم بخش ویژه علاوه بر طرح مراقبت و درمان های ویژه، هدایت بالینی و مدیریت مشاوره ها و اقدامات تشخیصی و درمانی بیماران را با هماهنگی پزشک معالج پی گیری می نماید. - پزشک معالج و پزشک متخصص مقیم در هر دو روش هدایت بالینی باز و بسته پیش گفت بایستی حداقل ویزیت‌های روزانه خود را داشته باشند و انتخاب شیوه بسته ناقض مسئولیت های پزشک معالج نخواهد بود. - هدف از انتخاب هریک از شیوه‌ها بهبود کیفیت پی‌گیری طرح مراقبت و درمان بیمار و پیشگیری از سرگردانی در ارائه مراقبت‌ها و درمان‌های متعدد برای بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه است. - هیچگونه تاکید یا توصیه برای استفاده از دو روش پیش گفت مطرح نیست. اما بیمارستان بایستی برای هریک از سرویس‌ها و یا بخش ویژه خود یکی از دو روش برنامه ریزی شود و پای بندی لازم در اجرای آن مبذول گردد. به نحوی که این روش برای پزشکان مختلف از یک سرویس، متفاوت نباشد.	
هدایت کننده	رئیس/مدیر عامل بیمارستان و روسای بخش‌های بالینی	

ب	۳	۲	دسترسی مستمر به پزشکان متخصص برای بیماران حاد فراهم شده است.

دستاورد استاندارد

- دسترسی به موقع و مداوم بیماران بستری در بخش‌های ویژه به خدمات تخصصی پزشکی
- ارتقای ایمنی و مراقبت بیماران بدحال و بحرانی

سنجه ۱. در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان پزشکان متخصص طبق دستورالعمل ابلاغی به صورت شبانه روزی مقیم هستند و براساس وظایف محوله فعالیت می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تنظیم برنامه شبانه روزی جهت حضور پزشکان متخصص مقیم بخش ویژه	بررسی مستند
۲	اطلاع پزشکان متخصص مقیم بخش ویژه از برنامه مقیمی خود	مصاحبه
۳	حضور پزشکان متخصص مقیم بخش ویژه طبق برنامه تنظیمی*	مشاهده
۴	فعالیت پزشکان متخصص مقیم بخش ویژه	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* براساس دستورالعمل شماره۱۸۳۴۴/ ۲/س مورخ ۸۱/۲/۱۸ (شماره ۷ مراقبت‌های مدیریت شده با موضوع راهنمای نحوه اداره بخش مراقبت‌های ویژه) و ضمیمه شماره یک آن، پزشک متخصص مقیم در بخش‌های ویژه بزرگسالان پزشکی است که به صورت بیست وچهارساعته در بخش حضور فعال دارد و به هیچ وجه مسئولیتی در سایر بخش‌های بیمارستان در آن بازه زمانی ندارد و محل استقرار وی در همان بخش می باشد.	
هدایت کننده	رئیس/مدیر عامل بیمارستان و روسای بخش‌های ویژه	

سنجه ۲. در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و کودکان پزشکان متخصص طبق دستورالعمل ابلاغی به صورت شبانه روزی مقیم هستند و براساس وظایف محوله فعالیت می‌نمایند		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تنظیم برنامه شبانه روزی جهت حضور پزشکان متخصص مقیم در بخش ویژه نوزادان*	بررسی مستند
۲	اطلاع پزشکان متخصص مقیم در بخش ویژه نوزادان از برنامه مقیمی خود	مصاحبه
۳	حضور پزشکان متخصص مقیم در بخش ویژه نوزادان طبق برنامه تنظیمی	مشاهده
۴	فعالیت پزشکان متخصص مقیم در بخش ویژه نوزادان	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*براساس دستورالعمل شماره ۱۰۰/۵۵۳ مورخ ۹۰/۴/۱۴ پزشک متخصص مقیم در بخش‌های ویژه پزشکی است که به صورت ۲۴ ساعته در بخش حضور فعال دارد و به هیچ وجه مسئولیتی در سایر بخش‌های بیمارستان در آن بازه زمانی ندارد و محل استقرار وی در همان بخش می‌باشد.	
هدایت کننده	رئیس/مدیر عامل بیمارستان و رئیس بخش ویژه نوزادان	

ب	۳	۳	بیمارستان از انجام مراقبت برای بیمارانی که تحت آرام بخشی متوسط و عمیق قرار گرفته اند، اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- مدیریت درد و آرام بخشی متوسط و عمیق به صورت یکپارچه و روش‌مند برای بیماران حاد و بحرانی
- رعایت اصول حرفه‌ای و موازین انسانی در آسایش روحی بیماران بستری در بخش‌های ویژه

سنجه ۱. روش اجرایی " مراقبت از بیماران تحت آرام بخشی متوسط و عمیق " تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	پیش بینی ابزار نمره دهی معتبر آرام بخشی متوسط وعمیق در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	پیش بینی نکات مرتبط با ایمنی بیمار* و نحوه مدیریت آنها در روش اجرایی در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۹	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی جداسازی بیماران روان پزشکی	مصاحبه
۱۰	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهد
۱۱	انطباق عملکرد بخش مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* شامل حفظ راه های هوایی، پایش مداوم علایم حیاتی، پیش گیری سقوط از تخت، عوارض آرامبخشی، کنترل درد و میزان دوز مجاز و عوارض دارو و راه‌های پیشگیری و درمان عوارض.	
هدایت کننده	معاون درمان، مسئول فنی و روسای بخش‌های ویژه و مدیر پرستاری	

سنجه ۲. روش اجرایی " ایجاد محیط آرام و ساکت برای بخش‌های بستری بیماران" تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	نحوه شناسایی و کنترل اصوات آزار دهنده در بخش‌های ویژه در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	پیش بینی نحوه مشارکت کارکنان در حفظ سکوت در بخش‌های ویژه در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	پیش بینی تولیت و نحوه نظارت و کنترل سکوت و آرام بودن محیط بخش‌های ویژه در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۰	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی جداسازی بیماران روان پزشکی	مصاحبه
۱۱	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهد
۱۲	انطباق عملکرد بخش مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*این سنجه در بخش‌های مراقبت ویژه ارزیابی می‌شود. شرایط جسمی و روحی بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بسیار ناخوش آیند است و ایجاد محیطی ساکت و آرام ضرورتی اجتناب ناپذیر است. وجود تجهیزات پرسرو صدا تردد کارکنان و افراد غیر مرتبط و از همه مهمتر نحوه و سطح بلندی گفتگوی کارکنان می تواند زمینه‌ای اضطراب بخش برای بیماران را فراهم آورد.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، روسا و سرپرستاران بخش‌های ویژه	

ب	۳	۴	بیمارستان از ارائه مراقبت‌های ویژه به بیماران حاد در انتظارِ انتقال به بخش‌های ویژه اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- ارائه مراقبت‌هایی با شرایط و کیفیت قابل مقایسه با بخش‌های ویژه به بیماران در انتظار پذیرش در بخش‌های ویژه

سنجه ۱. مراقبت‌های پرستاری بیماران حادِ در انتظارِ انتقال به بخش‌های ویژه با شرایط مشابه و قابل مقایسه با بخش‌های ویژه ارائه می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	پیش بینی برنامه بکارگیری نیروی انسانی آموزش دیده مورد نیاز پس از بستری بیمارِ در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه	بررسی مستند و مشاهده
۲	ارزیابی بیمار در فواصل زمانی منظم و مشابه بخش‌های ویژه	بررسی مستند و مصاحبه
۳	استفاده از کارکنان پرستاری آموزش دیده برای بخش‌های ویژه در ارائه مراقبت به این بیماران در بخش‌های عادی	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	بر اساس سنجه۱ استاندارد ب-۱-۲۲ در بخش‌های مختلف بیمارستان با سطوح قابل مقایسه نیازهای بیماران مراقبت‌های پرستاری از سطح یکسانی برخوردار است." بیماران در انتظار انتقال به بخش مراقبت‌های ویژه بایستی خدمات متناسب با نیازهای خود دریافت نمایند.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری و سرپرستاران	

سنجه ۲. درمان بیماران حادِ در انتظارِ انتقال به بخش‌های ویژه توسط پزشکان با شرایط مشابه و قابل مقایسه با بخش‌های ویژه ارائه می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	پیش بینی برنامه مشارکت پزشک متخصص از بخش‌های ویژه پس از بستری بیمار در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه	بررسی مستند
۲	ارزیابی بیمار در فواصل زمانی منظم توسط پزشک معالج و پزشک متخصص از بخش ویژه مطابق با استانداردهای بخش‌های ویژه	بررسی مستند
توضیحات	بر اساس سنجه ۲ استاندارد ب-۱-۲۲ " در بخش‌های مختلف بیمارستان با سطوح قابل مقایسه نیازهای بیماران مراقبت‌های پزشکی از سطح یکسانی برخوردار است." بیماران در انتظار انتقال به بخش مراقبت‌های ویژه بایستی خدمات متناسب با نیازهای خود دریافت نمایند.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان،رئیس بخش مراقبت‌های ویژه	

سنجه ۳. بیماران حادِ در انتظارِ انتقال به بخش‌های ویژه براساس خط مشی و روش " مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد" بیمارستان خدمات دریافت می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	آگاهی کارکنان پرستار مسئول مراقبت از بیماران حاد و بحرانی که در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه هستند، از اصول مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم*	مصاحبه
۲	ارائه مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد و بحرانی که در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه هستند *	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* موضوع سنجه ۱ استاندارد ب-۳-۳ توصیه .در صورت بستری بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه ضمن انتقال بیمار به اتاق‌های در معرض دید ایستگاه پرستاری، به منظور پیشگیری از بروز آسیب‌های روحی به سایر بیماران در صورت موافقت همراه، در اتاق خصوصی بستری و درغیر این صورت بیمار / بیماران اتاق استقرار آنها از بیماران با وضعیت مشابه انتخاب شوند و حتی الامکان افراد حساس (کودکان، نوجوانان و ....)در این اتاق بستری نباشند.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، رئیس بخش و سرپرستاران	

ب. مراقبت و درمان

ب–۴) مراقبت های بیهوشی و جراحی

توضیحات کلی

با توجه به شرایط بیماران در اتاق عمل و به واسطه اقدامات درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی، مراقبت های جراحی و بیهوشی، از جمله مراقبت‌های پرمخاطره محسوب می‌شوند. بنابراین توجه ویژه به اصول ایمنی در مراحل ارائه این مراقبت های حساس، ضرورتی اجتناب ناپذیر است. از آنجا که مراقبت های جراحی و بیهوشی در قالب کار گروهی و با استفاده از تجهیزات حساس و حیاتی انجام می شود. بر همین اساس کسب اطمینان از ایمنی بیماران هم نیازمند مشارکت همه اعضای تیم جراحی و بیهوشی است و لازمه آن انسجام اعضا و کار گروهی در رعایت اصول جراحی ایمن از لحظه ورود بیمار تا زمان ترخیص از ریکاوری است. چک لیست و راهنمای جراحی ایمن در قالب دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت (نامه ۲/۱۱۸۷۵/س مورخ ۸۷/۱۱/۲۷ و نامه شماره ۱۰۷۵۷ مورخ ۹۳/۶/۱۲) به مراکز ارسال شده است. پای بندی همه اعضای گروه جراحی و بیهوشی به رعایت گام های ایمن ساز و اطمینان بخش مراقبت‌ها بر اساس این دستورالعمل جراحی ایمن ، متضمن حفظ ایمنی بیماران و کاهش مورتالیتی و موربیدیتی خواهد بود.

محور مراقبت های بیهوشی و جراحی در نسل نوین اعتباربخشی با تکیه بر مدیریت و برنامه‌ریزی در اتاق عمل بر مبنای شرایط بیماران و رعایت اصول جراحی ایمن طراحی شده است. لازم به ذکر است سنجه ۱ از استاندارد ب – ۴- ۴ این محور با موضوع جراحی ایمن از وزن امتیازی بالایی برخوردار است، لذا عملکرد اتاق عمل در رعایت اصول جراحی ایمن مطابق دستورالعمل ابلاغی نقش مهمی در موفقیت بیمارستان در اعتباربخشی این محور خواهد داشت.

ب	۴	۱	برنامه‌ریزی درخصوص پذیرش بیماران در اتاق های عمل با رعایت اولویت ها و حقوق گیرنده خدمت صورت می‌پذیرد.

دستاورد استاندارد

- مدیریت پذیرش بیماران در اتاق عمل با الویت های معین و از پیش برنامه ریزی شده
- توجه به نیازهای انواع بیماران کاندید عمل جراحی و رعایت حقوق آنها
- اطمینان از آمادگی اتاق عمل و بیمار قبل از انتقال

سنجه ۱. دستورالعمل "نحوه پذیرش بیماران در اتاق عمل" تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین دستورالعمل	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۴	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات

توصیه مهم . دستورالعمل پذیرش بیماران در اتاق عمل حداقل شامل موارد ذیل باشد:

- نحوه ارتباط با بخش‌های عادی ،ویژه و اورژانس جهت پذیرش بیماران عادی،حاد و اورژانس
- نحوه مستند سازی پذیرش در اتاق عمل (ثبت گزارش پذیرش ازنظر ارزیابی وضعیت جسمی و روحی بیمار و اعضا مصنوعی)
- اطمینان از صحت موارد مندرج در برگ مراقبت قبل از جراحی
- نحوه ارائه توضیحات و آموزش های لازم به بیماران و پاسخگویی به سوالات آنها در زمان پذیرش
- نحوه الویت بندی پذیرش بیماران عادی، پرخطر و اورژانس
- کسب اطمینان از آمادگی اتاق عمل برای پذیرش بیماران حاد و اورژانس
- نحوه کسب اطمینان از آمادگی بیماران قبل از ورود به اتاق عمل
- نحوه کسب اطمینان از حضور پزشکان پیش از فراخوان بیمار به اتاق عمل
- نحوه کسب اطمینان از وجود رضایت آگاهانه بیمار قبل از عمل جراحی
- نحوه تحویل بیمار از بخش و انجام کنترل های لازم در بدو ورود بیمار
- نحو ه هماهنگی اناق عمل با سایر بخش‌ها در خصوص برنامه ریزی و مدیریت ساعت مجاز ناشتایی بیماران
- نحوه پذیرش بیماران عفونی کاندید جراحی
- نحوه الویت بندی بیماران آسیب پذیر (کودکان و سالمندان)
- کسب اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه ازبیماران هوشیار /وای قانونی بیماران غیر هوشیار

- پذیرش بیماران در اتاق عمل فرآیندی مهم از زمان تصمیم گیری برای جراحی تا ورود بیمار به اتاق عمل است.
- توجه به ویژگی های انواع بیماران عادی، پرخطر، اورژانس ،آسیب پذیر(کودک ، سالمند)، عفونی و سایر موارد در دستورالعمل موجب یکپارچه سازی عملکرد اتاق عمل در مواجهه با بیماران کاندید جراحی می شود.
- کسب اطمینان از آمادگی بیمار و آمادگی اتاق عمل قبل از ورود بیمار از منظر حقوق گیرنده خدمت و ایمنی بیمار اهمیت ویژه ای دارد.

هدایت کننده	معاون درمان، رئیس اتاق عمل، مدیر پرستاری، سرپرستار اتاق عمل

سنجه ۲. اولویت بندی بیماران از نظر اورژانسی، پرخطر، عفونی بودن و آسیب پذیری در نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل صورت می‌گیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	وجود روند اولویت بخشی به اعمال جراحی اورژانس در نوبت دهی و پذیرش اتاق عمل *	بررسی مستند و مصاحبه
۲	وجود روند اولویت بخشی به بیماران پرخطر در نوبت دهی و پذیرش اتاق عمل **	بررسی مستند و مصاحبه
۳	وجود روند اولویت بخشی به بیماران آسیب پذیر در نوبت دهی و پذیرش اتاق عمل ***	بررسی مستند و مصاحبه
۴	پیش بینی و برنامه ریزی شرایط جراحی ایمن برای بیماران عفونی در نوبت دهی و پذیرش اتاق عمل****	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*بررسی سوابق پذیرش بیماران اورژانس از زمان ثبت دستور جراحی تا زمان انجام جراحی و لیست اعمال جراحی همزمان شاهد اولویت بخشی واقعی بیمارستان به اعمال جراحی است. ** بیماران پر خطر بیمارانی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دایمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی و درمانی ویژه در اولین فرصت می باشند، این بیماران به منظور تشخیص و درمان مشکلات فوری و بالقوه با اولویت و تحت نظر منظم و مستمر قرارمی‌گیرند، مانند مادران بارداری‌های پرخطر، بیماران بستری در بخش‌های ویژه و دارای بیماری های زمینه ای که موجب پرخطری شرایط آنها می شود مانند دیابت پیشرفته ، نقص ایمنی و .... ***بیماران آسیب پذیر به بیمارانی اطلاق می گردد که به دلیل شرایط سنی در معرض خطر بیشتری هستند مانند سالمندان و کودکان، و بهتر است با استفاده از یک معیار نسبی نوبت دهی به بیماران آسیب پذیر در روزهای کاری اتاق عمل در اولویت قرار گیرد. ****نوبت دهی به بیماران عفونی برای عمل جراحی به نحوی باشد که استفاده از اتاق ها موجب سرایت آلودگی به سایر بیماران نشود. توصیه .اعمال جراحی الکتیو بیماران پر خطر در نوبت کاری صبح انجام شود.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس اتاق عمل، مدیر پرستاری، سرپرستار اتاق عمل	

سنجه ۳. آمادگی بیماران قبل از ورود به اتاق عمل ارزیابی شده وهیچ یک از بیماران برای اطمینان از آمادگی در اتاق عمل منتظر نمی مانند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	کسب اطمینان از آمادگی بیماران قبل ورود به اتاق عمل توسط مسئول پذیرش با هماهنگی بخش*	بررسی مستند
۲	عدم انتظار بیماران جهت انجام آزمایش،تصویر برداری، مدت ناشتایی، مشاوره و یا هر اقدام تشخیصی لازم در اتاق عمل **	بررسی مستند
۳	نبود سابقه کنسلی اعمال جراحی به دلیل عدم آمادگی بیمار بعد از ورود به اتاق عمل	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*بر اساس سنجه اول استاندارد ب-۱ -۲۱ محور مراقبت های عمومی بالینی و اجرای دستورالعمل " اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی" بایستی آمادگی های لازم برای بیماران غیر اورژانسی از قبل در بخش برنامه ریزی و ایجاد شده باشد. لذا در اجرای این استاندارد نقش مشترک بخش‌های بالینی و اتاق عمل بایستی به دقت برنامه ریزی شود، ** البته این موضوع شامل بیماران اورژانسی نیست و بایستی بلافاصله به اتاق عمل منتقل شوندو با تشخیص پزشک بیهوشی آمادگی بیمار مدیریت شود.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس اتاق عمل، مدیر پرستاری، سرپرستار اتاق عمل	

سنجه ۴. پزشکان متخصص بیهوشی جهت ارائه خدمات به اتاق عمل طبق آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت به صورت شبانه روزی در بیمارستان مقیم هستند، براساس وظایف محوله صرفا در اتاق عمل فعالیت می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تنظیم برنامه شبانه روزی جهت حضور پزشک متخصص بیهوشی مقیم	مستند
۲	حضور پزشکان متخصص مقیم طبق برنامه تنظیمی	مشاهده و مصاحبه
۳	حضور پزشکان متخصص مقیم تا پایان عمل جراحی و خروج از بیمار اتاق عمل در پایان شیفت کاری	مصاحبه
۴	عدم فعالیت همزمان در برنامه مقیمی پزشک متخصص بیهوشی اتاق عمل در واحد های دیگر *	مشاهده
توضیحات	* در موارد بکارگیری همزمان متخصص بیهوشی دراتاق عمل و بخش‌های ویژه امتیازی تعلق نمی گیرد.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس اتاق عمل، مدیر پرستاری، سرپرستار اتاق عمل	

سنجه ۵. اتاق عمل در پذیرش بیماران کاندید عمل اورژانسی و بیماران حاد پیش از ورود بیمار آمادگی لازم را ایجاد نموده و بلافاصله پس از ورود به بخش اتاق عمل بدون هیچ وقفه‌ای به اتاق های عمل منتقل می‌شوند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	هماهنگی اطلاع رسانی فوری مشخصات بیماران کاندید عمل اورژانس، توسط بخش مربوط به اتاق عمل	بررسی مستند و مصاحبه
۲	بازبینی برنامه پذیرش بیماران الکتیو و انجام عمل اورژانس، در کمترین زمان ممکن توسط مسئول شیفت اتاق عمل	بررسی مستند و مصاحبه
۳	انطباق زمان ثبت گزارش پرستاری پذیرش بیماران اورژانسی در اتاق عمل و زمان شروع القای بیهوشی*	بررسی مستند و مصاحبه
۴	حضور پزشکان و کادر اتاق عمل و آمادگی کامل تجهیزات قبل از ورود بیماران حاد و اورژانس به اتاق عمل**	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* بیماران کاندید عمل اورژانسی در صورت احتمال مرگ یا قطع عضو، بلافاصله و بدون اتلاف وقت جهت تشکیل پرونده، اخذ رضایت آگاهانه، تشکیل پرونده و انجام روند مالی، وارد اتاق عمل شده و بلافاصله بعد از پذیرش مستقیما به اتاق پروسیجر منتقل می‌گردد. ** در بیمارستان‌هایی که جراح مقیم نیست، فراخوان نیروهای آنکال در موارد اورژانسی و بحران به نحوی برنامه ریزی شده که در صورت لزوم سریعا و پیش از ورود بیمار در اتاق عمل حاضر شوند. توصیه ۱. اختصاص یک یا چند اتاق عمل با تجهیزات کامل برای بیماران اورژانسی در بیمارستان های ریفرال و مرکز تروما توصیه ۲. در مراکز با آمار کمتر موارد اورژانسی نسبت به مراکز ریفرال و تروما توصیه میشود که جراحی‌های کوتاه مدت در یکی از اتاق های عمل برنامه ریزی شود. به نحوی که در صورت ورود بیمار اورژانس امکان تخلیه فوری و پذیرش بیماران اورژانس فراهم باشد. توصیه ۳. هر بیمارستان متناسب با شرایط و آمار اعمال جراحی اورژانسی ماهیانه، بایستی تمهیداتی برای پذیرش فوری این بیماران در اتاق عمل برنامه ریزی نماید. کمیته های اورژانس و تیم مدیریت اجرایی با مشارکت مسئولان اتاق عمل محور این برنامه ریزی هستند. توصیه ۴. سنجش و پایش شاخص متوسط زمان انتقال بیمار به اتاق عمل از زمان صدور دستور انتقال در بخش تا پذیرش بیمار در اتاق عمل همچنین سنجش و پایش شاخص متوسط زمان اقامت بیمار اورژانس در اتاق عمل از زمان پذیرش تا زمان انتقال به اتاق پروسیجر و در صورت نیاز اقدام اصلاحی/تدوین و اجرای برنامه بهبود کیفیت با محوریت کمیته اورژانس وبا مشارکت مسئولان اتاق عمل.	
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس اتاق عمل، مدیر پرستاری، سرپرستار اتاق عمل	

سنجه ۶. ساعت ناشتای آمادگی بیماران قبل از عمل جراحی براساس ساعات مجاز، تنظیم می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	ثبتب موقع دستور ناشتایی[1] در پرونده بیمار توسط پزشک معالج	بررسی مستند و مصاحبه
۲	ارائه آموزش‌های لازم به بیمار در خصوص مدت و محدودیت های ناشتایی، توسط پرستار و پزشک معالج	بررسی مستند و مصاحبه
۳	تنظیم زمان تقریبی پذیرش بیماران در اتاق عمل و بر همین اساس تعیین ساعت آغاز ناشتایی بیمار*	بررسی مستند و مصاحبه
۴	ساعات ناشتای بیماران به دلایل عدم حضور پزشک، عدم آمادگی اتاق عمل، تجهیزات و سایر عوامل طولانی نمی شود.	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* میزان ساعات مجاز ناشتایی بیماران به تفکیک گروه های سنی برای تمامی اعمال جراحی تدوین و مد نظر بخش قرار می گیرد و بر حسب ظرفیت، امکانات و لیست اعمال جراحی الکتیو ساعت آغاز ناشتایی بیمار تنظیم می‌شود.	
هدایت کننده	مسئول اتاق عمل و سر پرستاران بخش‌های بالینی	

[1] NPO

سنجه ۷. بیمار توسط پرستار بخش به مسئول پذیرش اتاق عمل تحویل داده می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	همراهی پرستار مسئول در فرایند انتقال* بیمار به اتاق عمل	مشاهده و مصاحبه
۲	تحویل بیمار به مسئول پذیرش اتاق عمل** توسط پرستار مسئول مراقبت بیمار براساس اصول تحویل ایمن بیماران***	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*رعایت دستورالعمل "نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران" موضوع استاندارد ب-۱-۱۵ سنجه ۱در فرآیند انتقال ایمن بیماران از بخش به اتاق عمل با حضور پرستار مسئول بیمار. ** در هر نوبت کاری یک نفر از کارکنان بالینی (پرستار، هوشبری یا اتاق عمل) وظیفه پذیرش بیماران را به عهده دارد. *** طبق" راهنمای برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار "ابلاغی وزارت بهداشت، بخش "الزامات تحویل مناسب بیمار " این دستورالعمل به شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷د مورخ ۹۳/۶/۱۲ صورت گیرد. توصیه . علاوه بر رعایت مفاد دستورالعمل نحوه جابجایی ایمن بیماران بویژه به موارد ذیل توجه شود: ○ همراهی پرستار مسئول ○ بیمار بوسیله ویلچر یا برانکارد جابجا شود ○ مشخصات شناسایی شامل دستبنددر بدو ورود چک شود ○ وجود تجهیزات مانیتورینگ و تجهیزات کمکی تنفسی (اکسیژن ، آمبوبگ) در صورت ثابت نبودن علایم حیاتی یا مشکلات زمینه ای بیمار ○ رعایت حریم خصوصی و پوشش مناسب بیمار در حین انتقال بیمار ○ همراهی بیماربر همگن جهت جابجایی بیماران بدحال، کم توان و سطح هوشیاری پایین	
هدایت کننده	معاون درمان، مدیر پرستاری، سرپرستاران بخش‌های بالینی و اورژانس و اتاق عمل	

ب ۴ ۲ نظافت، شستشو، گندزدایی و استریلیزاسیون فوری در اتاق های عمل با رعایت الزامات انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از عفونت های پس از جراحی و ارتقای ایمنی بیماران در اتاق عمل
- تامین ابزار و وسایل جراحی استریل بدون ایجاد وقفه در مراقبت های جراحی در اتاق عمل

سنجه ۱. دستورالعمل " نحوه نظافت، شستشو و گندزدایی اختصاصی محیط های اتاق های عمل " با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط***	مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط* از دستور العمل	بررسی مستند
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*نحوه نظافت، شستشو و گندزدایی روتین بعد از پایان هر عمل، روزانه و هفتگی در دستورالعمل پیش بینی شود. همچنین در تدوین دستورالعمل با محوریت کمیته کنترل عفونت و تمامی صاحبان فرآیند تدوین شود از جمله سرپرستار اتاق عمل، بهداشت محیط و کارشناس کنترل عفونت و سایر افراد به تشخیص بیمارستان *** اطلاع رسانی و آموزش کارکنان خدماتی با توجه به سطح سواد آنها لازم است به صورت چهره به چهره باشد و فایل الکترونیکی دستورالعمل در اختیار سرشیفت های خدماتی قرار گیرد. توصیه . از ذکر نام های تجارتی محلول های گندزدا در دستورالعمل خودداری شود.	
هدایت کننده	کمیته کنترل عفونت های بیمارستانی، سرپرستار اتاق عمل، مسئول واحد بهداشت محیط و کارشناس کنترل عفونت، مسئول خدمات	

سنجه ۲. روش اجرایی" استریل فوری اقلام خاص" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین فهرست اقلام نیازمند به استریلیزاسیون فوری با توجه به اعمال جراحی بیمارستان در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۸	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۹	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۰	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* دستورالعمل" استریلیزاسیون فوری"ابلاغی وزارت بهداشت طی نامه شماره ۴۰۹/۱۰۷۶۵۷د در تدوین روش اجرایی مد نظر قرار گیرد. **در صورت وجود اقلام تک پیچ در اتاق عمل به تعداد کافی امتیاز این سنجه کامل محسوب می گردد. توصیه ۱.اتوکلاو مورد استفاده باید قادر به استریل کردن اقلام مورد نظر در مدت زمان حداکثر ۱۵ دقیقه باشد. توصیه ۲.در صورت استفاده از وسایل تک پیچ در اتاق عمل لیست وسایل وابزار جراحی با قابلیت استفاده مجدد به صورت تک پیچ بر اساس رشته های جراحی بیمارستان وآمار مراجعین پیش بینی شود.	
هدایت کننده	کمیته کنرل عفونت های بیمارستانی	

ب	۴	۳	نگهداری و انتقال نمونه‌های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- مراقبت از فرصت تشخیص به ویژه در نمونه های بافتی که ادامه درمان وابسته به تشخیص پاتولوژی است.

سنجه. دستورالعمل " نحوه نگهداری و انتقال نمونه‌های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه " تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط* *از دستور العمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده و مصاحبه

توضیحات	*دستورالعمل حداقل شامل موارد ذیل باشد: ○ مشارکت پاتولوژیست آزمیشگاه در تدوین دستورالعمل ○ نحوه تهیه و انواع ظروف و محلول های لازم نگهدارنده بافت ○ نحوه شناسایی نمونه و ثبت مشخصات آن طبق دستورالعمل جراحی ایمن ○ تعیین حداقل مشخصات و اطلاعات لازم بر روی انواع نمونه (برچسب گذاری) ○ تعیین فرم ها و گزارش های لازم که بایستی توسط پزشک و اتاق عمل تکمیل شود ○ مکان امن نگهداری نمونه تا زمان ارسال ○ تعیین مسئول حمل ایمن نمونه ها به آزمایشگاه ○ تعیین حداکثر زمان نگهداری نمونه و محدوده زمانی ارسال نمونه به آزمایشگاه ○ نحوه ثبت سوابق نمونه در دفتر اتاق عمل و گزارش جراحی توصیه. نمونه های پاتولوژی دارای برچسب گذاری مناسب حداقل شامل نام و نام خانوادگی بیمار، بخش بستری، شماره پرونده، عضو (اعلام جهت عضوهای دوگانه) مورد نمونه برداری، تاریخ و ساعت نمونه برداری، نام جراح باشد.
هدایت کننده	رئیس و سرپرستار اتاق عمل، مسئول فنی و سوپروایز آزمایشگاه

ب	۴	۴	استمرار مراقبت از بیمار از بدو ورود به اتاق عمل تا زمان تحویل بیمار به بخش بستری صورت می‌گیرد.

دستاورد استاندارد

- ارائه مراقبت های جراحی و بیهوشی ایمن
- استمرار مراقبت های عمومی در اتاق عمل و مراقبت از روحیه بیماران قبل از بیهوشی
- کاهش مورتالیتی و موربیدیتی بدنبال انجام اعمال جراحی ایمن

سنجه ۱. " دستورالعمل ابلاغی جراحی ایمن " برای اعمال جراحی در اتاق عمل رعایت شده و کارکنان مرتبط ازآن آگاهی دارند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارکنان جراحی و بیهوشی از چک لیست و دستورالعمل راهنمای جراحی ایمن*	مصاحبه
۲	وجود چک لیست و راهنمای جراحی ایمن در اتاق عمل*	بررسی مستند
۳	انطباق عملکرد کارکنان جراحی و بیهوشی بر اساس چک لیست و دستورالعمل جراحی ایمن عمل**	مشاهده-مصاحبه
توضیحات	*چک لیست و راهنمای جراحی ایمن موضوع نامه ۲/۱۱۸۷۵/س مورخ ۸۷/۱۱/۲۷ و نامه شماره ۱۰۷۵۷ مورخ ۹۳/۶/۱۲ نیازی به تکمیل چک لیست نمی باشد و کنترل موارد مندرج در دستورالعمل به صورت شفاهی کافی می باشد. ** تمامی اجزای چک لیست و راهنمای جراحی ایمن ارزیابی می‌شود.	
هدایت کننده	رئیس بخش و سرپرستار اتاق عمل، رئیس بخش جراحی و بیهوشی و مسئول فنی	

سنجه ۲. محل پذیرش اتاق عمل، دید مستقیم به اتاق های ریکاوری و اتاق های عمل ندارد و در صورت انتظار، بیمار مراقبت های لازم توسط کارکنان درمانی تا انجام عمل جراحی ارائه می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	عدم دید مستقیم بیماران از محل انتظار به اتاق های عمل و ریکاوری	مشاهده
۲	پیش بینی کارکنان معین پرستاری/هوشبری برای مراقبت از بیماران بدحال و سایر بیمارنی که نیاز به مراقبت مستمر دارند*	بررسی مستند و مصاحبه
۳	ارائه مراقبت های لازم طبق دستورات پرونده بالینی بیمار توسط مسئول مراقبت بیمار دراتاق عمل	بررسی مستند و مصاحبه
۴	ثبت گزارش وضعیت بیمار و اقدامات درمانی/ مراقبتی انجام شده در اتاق عمل توسط مسئول مراقبت بیمار دراتاق عمل	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* هیچ یک از برنامه های مراقبتی / درمانی بیمار نباید به علت انتظار وی در اتاق عمل با تاخیر ارایه گردد. طبق مفاد"آخرین دستورالعمل راهنمای برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار" به منظور استمرار مراقبت ها در زمان انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر بایستی تداوم مراقبت توسط اتاق عمل برنانه ریزی، اجرا و در پرونده بیمار ثبت شود	
هدایت کننده	رئیس بخش و سرپرستار اتاق عمل	

سنجه ۳. بیمار در بدو ورود به بخش اتاق عمل، توسط یک پرستار یا کاردان/کارشناس اتاق عمل یا هوشبری، پذیرش و وضعیت بیمار در فرم مراقبت قبل از عمل جراحی، ثبت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	انجام فرآیند پذیرش بیمار در اتاق عمل طبق دستورالعمل پذیرش * توسط پرستار یا کاردان/کارشناس اتاق عمل یا هوشبری	مستند و مشاهده
توضیحات	* موضوع سنجه ۱ استاندارد ب – ۴ – ۱ اخذ رضایت آگاهانه از بیمار هوشیار و در بیمار غیر هوشیار/کودک از ولی قانونی وی در بخش بستری، توسط جراح یا یکی از اعضای تیم جراحی که حداقل در زمان برش جراحی در اتاق عمل حضور دارد، مطابق راهنمای جراحی ایمن ابلاغی وزارت بهداشت طی نامه شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷د. مورخ ۹۳/۶/۱۲	
هدایت کننده	مسئول اتاق عمل سرپرستار	

سنجه ۴. پزشک متخصص بیهوشی، وضعیت بیمار را قبل، حین و بعد ازعمل جراحی بررسی و در برگ بیهوشی و برگ مراقبت بعد از عمل جراحی ثبت، مهر و امضاء می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	بررسی وضعیت بیمار قبل از بیهوشی و ثبت آن در برگ بیهوشی*	مشاهده و بررسی مستند
۲	بررسی وضعیت بیمار حین بیهوشی و ثبت آن در برگ بیهوشی**	مشاهده و بررسی مستند
۳	بررسی وضعیت بیمار بعد از بیهوشی و ثبت آن در برگ مراقبت بعد از عمل***	مشاهده و بررسی مستند
۴	امضا و مهر نمودن برگ بیهوشی و برگ مراقبت بعد از عمل قبل از خروج بیمار از اتاق عمل ****	مشاهده و بررسی مستند
توضیحات	*حداقل شامل ارزیابی مجدد و تایید شناسایی بیمار، بیهوشی و تکنیک به کار رفته ، دریافت هرگونه فراورده توسط بیمار، کلیه داروها و تجهیزات مصرفی، ثبت نتایج ارزیابی راه هوایی ** حداقل شامل مشکلات حین بیهوشی،کنترل علائم حیاتی و غلظت اکسیژن، نتایج انجام کاپنوگرافی در موارد مشخص در دستورالعمل جراحی ایمن، نتایج اندازه گیری درجه حرارت مستمر در موارد خاص که نیازمند به هایپوترمی باشد. *** کنترل و ثبت اعمال حیاتی بیمار جهت انتقال از اتاق عمل به ریکاوری و تکمیل اطلاعات مورد نیاز در برگ بیهوشی و برگ مراقبت بعد از عمل جراحی. ****امضا و مهر نمودن برگه های یاد شده توسط متخصص بیهوشی در زمانی صورت می پذیرد.که بیمار دارای علائم حیاتی و هوشیاری کامل و آماده خروج از بخش اتاق عمل می باشد. همچنین در صورت نیاز انتقال بیمار به بخش مراقبتهای ویژه خاص را بعد از عمل جراحی ،ثبت می نماید. دارو های تجویز شده، مایعات تجویز شده ،خون و محصولات خونی تجویز شده شامل نوع و شرح کامل بیهوشی استفاده شده ،هر گونه حوادث غیر معمول یا عوارض بیهوشی ،هر گونه تغییر در برنامه پیش بینی شده و علت آن،زمان شروع و زمان خاتمه بیهوشی ، وضعیت بیمار در زمان خاتمه بیهوشی و وضعیت تنفسی بیمار در توضیحات ذکر گردد.	
هدایت کننده	رئیس اتاق عمل، مدیر/ مسئول گروه بیهوشی جراحی	

سنجه ۵. مانتتورینگ قلبی و پایش میزان اکسیژن خون انجام و نتایج توسط پزشک متخصص بیهوشی در برگ بیهوشی به طور خوانا ثبت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	مانیتورینگ مداوم قلبی بیمار از لحظه ورود بیمار به اتاق پروسیجر تا خروج از ریکاوری	مشاهده مصاحبه
۲	پایش میزان اکسیژن بیمار از لحظه ورود بیمار به اتاق پروسیجر تا خروج از ریکاوری	مصاحبه
۳	ثبت نتایج حاصله در فواصل زمانی منظم* در برگه بیهوشی بصورت خوانا	بررسی مستند
توضیحات	*راهنمای جراحی ایمن	
هدایت کننده	رئیس اتاق عمل، مدیر/ مسئول گروه بیهوشی جراحی	

سنجه ۶. علائم حیاتی کنترل و نتایج توسط پزشک متخصص بیهوشی در برگه بیهوشی به طور خوانا ثبت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	کنترل مستمر علایم حیاتی بیمار از لحظه ورود بیمار به اتاق پروسیجر تا خروج از ریکاوری*	مصاحبه
۲	ثبت نتایج حاصله در فواصل زمانی منظم* به صورت خوانا	بررسی مستند
توضیحات	* طبق دستورالعمل جراحی ایمن راهنمای جراحی ایمن، حداقل درصورت انجام عمل های بزرگ (جراحی قلب و جراحی سر و گردن) و یا عمل هایی که بیش از ۴ ساعت طول می کشند، از دستگاه کاپنوگرافی برای بیمار استفاده می شود و نتایج پایش در پرونده بیهوشی بیمار ثبت می‌شود .	
هدایت کننده	رئیس اتاق عمل، مدیر/ مسئول گروه بیهوشی جراحی و سرپرستار اتاق عمل	

سنجه ۷. پزشک جراح، شرح عمل، اقدامات و سایر مشاهدات را در برگ گزارش عمل جراحی؛ به طور خوانا ثبت، مهر و امضاء می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	ثبت تشخیص قبل از عمل جراحی و برنامه و نوع جراحی در برگ گزارش عمل جراحی به صورت خوانا	مشاهده
۲	ثبت تشخیص بعد از عمل جراحی در برگ گزارش عمل جراحی به صورت خوانا	مشاهده
۳	ثبت شرح عمل* در برگ گزارش عمل جراحی به صورت خوانا	مشاهده
۴	ثبت دستورات بعد از عمل جراحی در برگ گزارش عمل جراحی به صورت خوانا	مشاهده
۵	ثبت انجام نمونه برداری و بدون نیاز به نمونه برداری در برگ گزارش عمل جراحی به صورت خوانا	مشاهده
توضیحات	* طبق راهنمای جراحی ایمن، حداقل شامل نام پروسیجر اصلی، هرگونه پروسیجر ثانویه، نام کمک جراحان، جزئیات پروسیجر در یک یا چند موضع، از دست دادن خون حین جراحی، مشکلات حین جراحی و عوارض است.همچنین در صورتی که دو یا چند جراح بیمار را عمل جراحی می نمایند برگه شرح عمل برای هر جراح به صورت مجزا تکمیل می گرددو انجام اقدامات و سایر مشاهدات را در برگ گزارش عمل جراحی؛ به طور خوانا ثبت،مهر و امضاء می نمایند.		
هدایت کننده	رئیس اتاق عمل، رئیس بخش جراحی و سرپرستار اتاق عمل	

سنجه ۸. متخصص بیهوشی تا زمان حضور بیمار در ریکاوری در اتاق عمل حضور دارد و دستور ترخیص بیمار را از ریکاوری صادر می‌کند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	حضور متخصص بیهوشی در اتاق عمل تا زمان ترخیص آخرین بیمار از ریکاوری	بررسی مستند و مشاهده و مصاحبه
۲	ارزیابی بیمار قبل از خروج از ریکاوری توسط متخصص بیهوشی* طبق راهنمای جراحی ایمن	بررسی مستند و مشاهده و مصاحبه
۳	ثبت دستور خروج بیمار از اتاق عمل توسط متخصص بیهوشی**	بررسی مستند و مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*یافته های پایش بیمار در ریکاوری در پرونده بیمار ثبت میشود و زمان ورود و خروج از ریکاوری ثبت می‌شود. **دستور ترخیص بیمار از ریکاوری بلافاصله پس از ارزیابی نهایی و تصمیم به انتقال بیمار ثبت می شود. مستندات مربوط به بیمار و اوراق پاراکلینیک و نمونه های بیمار در حین تحویل بیمار به بخش مربوط تحویل می‌شود.	
هدایت کننده	رئیس اتاق عمل، مدیر/ مسئول گروه بیهوشی جراحی	

سنجه ۹.بیماران با شرایط ایمن از اتاق عمل ترخیص و به بخش‌های مرتبط منتقل می شوند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	رعایت نکات پیشگیری از جا ماندن ابزار و اسفنج های جراحی در زخم های جراحی*	بررسی مستند-مصاحبه
۲	دستور انتقال بیمار از ریکاوری به بخش مربوط توسط متخصص بیهوشی	بررسی مستند و مشاهده
۳	تحویل بیمار از اتاق عمل به بخش با رعایت اصول ایمنی و دستورات ویژه بیمار **	مشاهده
توضیحات	* شمارش کامل انواع گازها[1] (اسپنج ها)، تمامی ابزار و وسایل مورد استفاده در شروع، حین عمل جراحی و مقایسه با تعداد آنها در خاتمه عمل جراحی، نتایج با ذکر نام و سمت فرد و مهر و امضای مسئول شمارش در برگ گزارش عمل جراحی ثبت و قبل از بسته شدن موضع جراحی به اطلاع جراح رسانده می شود. ** زمان خروج از اتاق عمل به ریکاوری ثبت می‌شود و کلیه مستندات مربوط به بیمار و اوراق پاراکلینیک و نمونه های بیمار در حین تحویل بیمار به بخش مربوطه تحویل شده و مستند می‌گردد. یافته‌های پایش در ریکاوری بیمار از ریکاوری به بخش که متناسب با مراقبت پس از بیهوشی یا پس از آرام بخشی تعیین شده، ارسال میشود. بیمار توسط پرستار با داشتن مانیتورینگ (پالس اکسی متر و دستگاه فشار سنج) و چک علایم حیاتی با برانکارد به بخش مربوطه منتقل می شود. و در زمان تحویل بیمار از ریکاوری به بخش بستری از اصول برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار طبق راهنما شامل انتقال اطلاعات بالینی بیمار ، مشکلات حین جراحی و بیهوشی و ریکاوری بیمار، تبعیت می‌شود .درصورت انتقال بیماربه بخش های ویژه وسایل کمک تنفسی و کپسول اکسیژن موجود و استفاده می شود.	
هدایت کننده	رئیس و سرپرستار اتاق عمل	

[1] All-Purpose Sponges

ب	۴	۵	اعمال جراحی، اسکوپی ها و سایر اقدامات تهاجمی در خارج از اتاق عمل با رعایت همه الزامات مراقبتی انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از عفونت و سایر عوارض مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی در خارج از فضای اتاق عمل

سنجه ۱. خط مشی و روش اجرایی" رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل "مانند اتاق زایمان، جراحی های سرپایی واسکوپی ها و سایر موارد تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان * در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	شناسایی و فهرست اعمال جراحی و پروسیجرهای خارج از اتاق عمل در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	شناسایی عوامل تهدید کننده ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	پیش بینی نحوه کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	بررسی مستند
۱۱	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه
۱۲	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده و مصاحبه
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	*با مشارکت مسئولین بخش هایی اعمال جراحی و پروسیجرهای خارج از اتاق عمل در ان بخش ها انجام می شود مانند اسکوپی ها،واحدهای جراحی های سرپایی و بخش های زنان و زایمان و سایر...
هدایت کننده	معاون درمان، مسئول فنی و کارشناس کنترل عفونت

ب	۴	۶	مسئولیت های پایش و ارزیابی قبل و حین القای بیهوشی تعیین شده و اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد

- اطمینان از آمادگی سرویس های جراحی و بیهوشی
- پیشگیری از خطاهای پزشکی

سنجه ۱. پرستار و تکنسین/کاردان/کارشناس هوشبری/اتاق عمل به صورت روزانه، وضعیت دستگاهها، تجهیزات و ملزومات را از نظر آماده به کار بودن، بررسی و نتایج توسط مسئول/سرپرستار و رئیس بخش اتاق عمل، تأیید می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	وجود چک لیست کنترل وضعیت تجهیزات از نظر آماده به کار بودن	بررسی مستند
۲	وجود چک لیست کنترل وضعیت دارو و ملزومات مصرفی	بررسی مستند
۳	کنترل صحت عملکرد تجهیزات در شروع هر شیفت توسط پرستار و تکنسین/کاردان/کارشناس هوشبری، در اتاق عمل و ریکاوری*	بررسی مستند
۴	کنترل دارو و ملزومات مصرفی مورد نیاز بخش قبل از شروع هر شیفت با استفاده از چک لیست	بررسی مستند

توضیحات	*نتایج توسط رئیس اتاق عمل/مسئول شیفت / سرپرستار در ابتدای هر شیفت طبق برنامه جراحی و بیهوشی همان شیفت تایید می شود و چک لیست ارزیابی با ذکر نام و سمت و تاریخ و ساعت را امضا می‌نماید.
هدایت کننده	رئیس و سرپرستار اتاق عمل

سنجه ۲. قبل از القای بیهوشی به هر بیمار، تکنسین/کاردان/کارشناس؛ هوشبری/اتاق عمل موارد مندرج در استاندارد را بررسی و توسط متخصص بیهوشی مراتب بررسی مجدد و تأیید می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارزیابی تجهیزات، دستگاه بیهوشی و اتصالات و گازهای طبی پیش از القای بیهوشی توسط تکنسین/کاردان/کارشناس؛ هوشبری/اتاق عمل برای هر بیمار*	مشاهده و مصاحبه
۲	بررسی و تایید ارزیابی تکنسین/کاردان/کارشناس؛ هوشبری/اتاق عمل در خصوص تجهیزات، دستگاه بیهوشی و اتصالات و گازهای طبی پیش از القای بیهوشی برای هر بیمار توسط متخصص بیهوشی	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*این ارزیابی نیازی به فرم و چک لیست ندارد و تایید آن با صدای رسا و درحضور سایر کارکنان اعلام و توسط متخصص بیهوشی نیز با صدای رسا و قبل از القای بیهوشی و در حضور تیم بیهوشی و جراحی تایید می‌نماید.	
هدایت کننده	رئیس و سرپرستار اتاق عمل	

ب. مراقبت و درمان

ب–۵)مراقبت‌های مادر و نوزاد

ب	۵	۱	پذیرش مادران باردار در بلوک زایمان براساس تریاژ طبق دستورالعمل ابلاغی انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- معاینه و مراقبت مادران باردار، اولویت بندی و تشخیص مادران پرخطر
- اولویت بندی مادران باردار پرخطر در هر سطح و نوع هنگام مراجعه به بیمارستان

سنجه ۱. "پذیرش مادران براساس تریاژ انجام شده در بلوک زایمان" با رعایت الزامات ابلاغی وزارت بهداشت انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☑ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود کارشناس/ کارشناس ارشد مامائی تریاژ در اتاق معاینه بخش زایمان یا بخش اورژانس	بررسی مستند و مشاهده
۲	تریاژ مادران باردار و اولویت بندی مادران پرخطر جهت ویزیت و معاینه	مشاهده
۳	تکمیل فرم تریاژ/ گزارش مامائی دفتر سرپایی یا پرونده مادر باردار	بررسی مستند
توضیحات	دستورالعمل‌های مرتبط : براساس بند ۵ بخشنامه ۴۰۰/۳۰۴۹د مورخ ۹۰/۲/۱۹ (جداسازی مادران پرخطر و کم خطر) معاونت درمان و بهداشت وزارت متبوع و آخرین نسخه ابلاغی کتاب "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان"، (بازنگری دوم این کتاب طی بخشنامه۴۰۰/۱۱۰۵۶د مورخ ۹۱/۸/۲۳ معاونت بهداشت و درمان ابلاغ شده است.)	
هدایت کننده	رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان، مسئول شیفت	

سنجه ۲. در محدوده زمانی از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان در صورت مراجعه اورژانس/ غیر اورژانس به بیمارستان براساس بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت اولین ارزیابی توسط پزشک متخصص زنان*/ ماما انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی پزشکان اورژانس به دستورالعمل پذیرش مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان	مصاحبه
۲	ویزیت مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان توسط متخصص زنان/ ماما طبق دستورالعمل**	بررسی مستندات
۳	ثبت نتیجه معاینات در فرم شرح حال و برگ دستورات پزشک در پرونده بیمار	بررسی مستندات
توضیحات	* مراجعه مادر به علل اورژانس و غیراورژانس (بدلیل مشکلات بارداری/ غیربارداری) توسط متخصص زنان/ ماما از نظر مامائی بررسی و معاینه می شوند. ** دستورالعمل‌های مرتبط : بخشنامه شماره ۴۰۰/۶۶۲۲د مورخ ۱۳۹۱/۵/۱۶ با موضوع پذیرش مادران باردار	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، رئیس بخش اورژانس	

ب ۵ ۲ پذیرش مادران باردار در بلوک زایمان براساس تریاژ طبق دستورالعمل ابلاغی انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ترویج زایمان طبیعی از طریق خوشایند سازی و استاندارد سازی فضای فیزیکی و بهبود مراقبت‌های زایمان

سنجه ۱. در هر اتاق LDR منحصراً به یک مادر مراقبت ارائه می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☑ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	طراحی بلوک زایمان به شیوه LDR[1]	مشاهده
۲	اتاق LDR اختصاصی برای هر مادر باردار*	مشاهده و مصاحبه
۳	ارائه مراقبت‌های مربوط به لیبر، زایمان و دو ساعت اول پس از زایمان	بررسی مستند
توضیحات	*دستورالعمل ترویج زایمان طبیعی درطرح تحول سلامت نامه شماره ۱۰۰/۸۹ مورخ ۹۳/۲/۷	
هدایت کننده	کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن، رئیس/ مدیر عامل بیمارستان، رئیس بخش زایمان	

سنجه ۲. امکان حضور همراه در اتاق LDR فراهم است و تسهیلات رفاهی لازم جهت اقامت همراه فراهم می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☑ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	امکان حضور همراه در اتاق LDR بلوک زایمان	مصاحبه
۲	وجود تسهیلات همراه *در اتاق LDR بلوک زایمان	مشاهده
توضیحات	*تسهیلات حضور همراه جهت اقامت شامل صندلی تختخواب شو، تلفن، یخچال و ... طبق دستورالعمل‌های مرتبط: دستورالعمل ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول سلامت نامه شماره ۱۰۰/۸۹ مورخ ۹۳/۲/۷	
هدایت کننده	کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن، رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان	

ب ۵ ۳ بیمارستان از مدیریت مراقبت‌های مادران باردار اطمینان حاصل می کند.

دستاورد استاندارد

- بهبود مراقبت از مادران باردار
- ارتقای ایمنی مادر

سنجه ۱. مراقبت‌های معمول از مادران باردار بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	دسترسی کارکنان به آخرین نسخه ابلاغی کتاب "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان"	مصاحبه
۲	ارائه مراقبت‌های معمول لیبر و زایمان مرحله اول، دوم، سوم و چهارم زایمان برای مادران باردار به طور کامل و صحیح *	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* بر اساس آخرین نسخه ابلاغی کتاب "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان"، بازنگری دوم این کتاب طی بخشنامه۴۰۰/۱۱۰۵۶د مورخ ۹۱/۸/۲۳	
هدایت کننده	رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان	

[1] Labor.Delivery, Recovery

سنجه ۲. خط مشی و روش " مدیریت مادران پرخطر در بلوک زایمان" بر اساس راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☑ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین خط مشی و روش مدیریت مادران پرخطر در بلوک زایمان	بررسی مستند
۲	شناسایی و مشارکت صاحبان فرایند* در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	بررسی مستند و مشاهده
۸	آگاهی کارکنان درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه
۹	پیش بینی اقدامات فوری در مواجهه با مادران پرخطر **بر اساس دستورالعمل ابلاغی***در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	*رییس بخش زایمان و ماما مسئول بخش ** در صورتی که اولین ارزیابی نشان دهد که مادر باردار در گروه پرخطر(فهرست مادران پرخطر توسط وزارت بهداشت ابلاغ گردیده است.) قرار دارد هم زمان با انجام اقدامات درمانی ضروری، فورا" پزشک متخصص زنان و زایمان/ دستیار ارشد در مراکز آموزشی در بالین مادر حاضر می‌شود و در صورت نیاز به معاینات یا مشاوره های تخصصی دیگر، این مهم نیز توسط پزشک متخصص/ دستیار ارشد در مراکز آموزشی انجام شود. *** آخرین نسخه ابلاغی کتاب "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان"، بازنگری دوم این کتاب طی بخشنامه۴۰۰/۱۱۰۵۶د مورخ ۹۱/۸/۲۳	
هدایت کننده	رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان	

سنجه ۳. آمپول روگام در لیست داروهای ضروری پیش بینی شده و چگونگی تهیه آن در مهلت زمانی مقرر براساس راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان تعیین شده و بر اساس آن اقدام می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☑ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	پیش بینی آمپول روگام درفهرست داروهای ضروری ابلاغی کمیته دارو و درمان در بلوک زایمان	بررسی مستند
۲	تهیه* و تزریق آمپول روگام بر اساس دستورالعمل ابلاغی* به مادر زایمان کرده حداکثر تا ۷۲ ساعت پس از زایمان	مشاهده و مصاحبه
۳	ثبت سوابق تزریق روگام در پرونده مادر	بررسی مستند
توضیحات	*اگر آمار مادران باردار به نحوی است که ضرورتی برای وجود آمپول روگام در بخش نباشد و طی فرایندی از سایر مراکز این آمپول تهیه شود. بایستی تمامی کارکنان از این فرآیند آگاهی داشته و در زمان مقرر(حداکثر تا ۷۲ ساعت پس از زایمان) تهیه و تزریق شود . **آخرین نسخه ابلاغی کتاب "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان"، (بازنگری دوم این کتاب طی بخشنامه۴۰۰/۱۱۰۵۶د مورخ ۹۱/۸/۲۳ معاونت بهداشت و درمان ابلاغ شده است.)	
هدایت کننده	رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان، رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۴. پایش مادر تا ۲ ساعت پس از زایمان براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☑ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارکنان به اصول مراقبت مادران تا دوساعت پس از زایمان طبق دستورالعمل	مصاحبه
۲	ارایه مراقبت مستمر به مادران تا دو ساعت پس از زایمان* طبق دستورالعمل ابلاغی**	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* کنترل علائم حیاتی، خونریزی، انقباض رحم و سایر موارد طبق دستورالعمل ابلاغی **آخرین نسخه ابلاغی کتاب "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان"، (بازنگری دوم این کتاب طی بخشنامه۴۰۰/۱۱۰۵۶د مورخ ۹۱/۸/۲۳ معاونت بهداشت و درمان ابلاغ شده است.)	
هدایت کننده	رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بخش، سرپرستار/ مسئول اتاق عمل	

سنجه ۵. "مدیریت درد مادران باردار" براساس راهنمای کشوری خدمات مامائی و زایمان انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☑ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	دسترسی کارکنان بلوک زایمان به فایل الکترونیک راهنمای روش های بی دردی/ کاهش درد ابلاغی از وزارت بهداشت*	مشاهده
۲	آگاهی کارکنان بلوک زایمان به مزایا و معایب روش های بی دردی/ کاهش درد و دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت	مصاحبه
۳	بکارگیری حداقل یکی از روش های بی دردی/کاهش درد براساس تمایل مادر **که توسط ماما / پزشک	مصاحبه و مشاهده
توضیحات	** آخرین نسخه ابلاغی کتاب "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان"، بازنگری دوم این کتاب طی بخشنامه۴۰۰/۱۱۰۵۶د مورخ ۹۱/۸/۲۳ ** توضیحات لازم به مادر درخصوص محاسن و معایب روش های دارویی بی دردی و غیر دارویی کم دردی توسط ماما / پزشک ارائه و به انتخاب مادر یکی از روش ها، بکارگیری می‌شود.	
هدایت کننده	رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان	

سنجه ۶. اثربخشی مراقبت‌های مادر و نوزاد با استفاده از ابزار بررسی کیفیت خدمات بخش زایمان(ابلاغی وزارت بهداشت) سنجش و پایش شده و اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود تدوین و اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☑ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	دسترسی ارائه دهندگان خدمات زایمان، به ابزار بررسی کیفیت خدمات بخش زایمان*	بررسی مستند
۲	آگاهی ارائه دهندگان خدمات زایمان از محتوای ابزار بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان	مصاحبه
۳	ارزیابی اثربخشی مراقبت‌های مادر با استفاده از ابزار مربوط در فواصل زمانی معین توسط ماما مسئول	بررسی مستند
۴	تکمیل فرم مربوط طبق دستورالعمل ابلاغی**	بررسی مستند
۵	انجام اقدام اصلاحی/ تدوین برنامه بهبود	مشاهده
توضیحات	*چک لیست ابلاغی از وزارت بهداشت بصورت فایل الکترونیک **آخرین نسخه ابلاغی کتاب"راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان"، (بازنگری دوم این کتاب طی بخشنامه۴۰۰/۱۱۰۵۶د مورخ ۹۱/۸/۲۳ معاونت بهداشت و درمان ابلاغ شده است.)	
هدایت کننده	کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن، رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان، مسئول فنی بیمارستان	

سنجه ۷. پزشک متخصص زنان و زایمان طبق شیوه نامه ارتقای حضور متخصص زنان و زایمان بر اساس بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت در بیمارستان مقیم می‌باشد و بر اساس وظایف محوله فعالیت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	لیست ماهانه پزشکان مقیم *بلوک زایمان توسط مدیریت بیمارستان	بررسی مستند
۲	حضور پزشکان مقیم بلوک زایمان طبق برنامه بر بالین مادران طبق شیوه نامه ابلاغی**	مشاهده و بررسی مستند
توضیحات	*در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی باید از دستورالعمل طرح تحول نظام سلامت در خصوص مقیمی و ماندگاری تبعیت شود. **دستورالعمل‌های مرتبط : شیوه نامه ارتقای حضور متخصصین زنان و زایمان، نامه شماره ۴۰۰/۱۴۲۶۴د مورخ ۹۱/۱۰/۲۶ در صورت تغییر شیفت های کاری پزشکان در طی ماه لازم است با هماهنگی رئیس بخش لیست ماهانه اصلاح و به روز رسانی شود.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، رئیس بخش زایمان	

ب ۵ ۴ بیمارستان از آموزش به مادران درخصوص مراقبت از خود و نوزادش اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- حفظ سلامت و ارتقای ایمنی مادران باردار
- مشارکت مادران در خود مراقبتی و مراقبت از نوزاد

سنجه۱. آموزش به مادران درخصوص خودمراقبتی بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☑ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	دسترسی کارکنان بلوک زایمان به فایل الکترونیک دستورالعمل خودمراقبتی مادران*	مشاهده
۲	آگاهی کارکنان بلوک زایمان دستورالعمل آموزش خود مراقبتی مادران	مصاحبه
۳	ارائه آموزش به زبان ساده و قابل فهم به مادران توسط ماما/ پزشک	مشاهده
توضیحات	*دستورالعمل‌های مرتبط : آخرین نسخه ابلاغی کتاب "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان"، (بازنگری دوم این کتاب طی بخشنامه۴۰۰/۱۱۰۵۶د مورخ ۹۱/۸/۲۳ معاونت بهداشت و درمان ابلاغ شده است.)	
هدایت کننده	رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان	

سنجه ۲. توضیحات و آموزش‌های لازم در زمینه نحوه زایمان، روش های کاهش درد زایمان، مراقبت‌های نوزاد به مادران باردار قبل از زایمان، اهمیت و چگونگی برقراری تماس پوست با پوست مادر با نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد به مادر باردار و همراهان وی توسط ماما ارایه می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین مفاد آموزشی مادران قبل از زایمان توسط رئیس بخش و ماما مسئول	مصاحبه
۲	آگاهی کارکنان به مفاد آموزشی مادران قبل از زایمان	مصاحبه
۳	ارائه آموزش و توضیحات به زبان ساده و قابل فهم درخصوص نحوه زایمان به مادران قبل از زایمان	مصاحبه
۴	ارائه آموزش و توضیحات به زبان ساده و قابل فهم درخصوص روش های کاهش درد به مادران قبل از زایمان	مصاحبه
۵	ارائه آموزش و توضیحات به زبان ساده و قابل فهم درخصوص چگونگی برقراری تماس پوست با پوستِ مادر با نوزاد	مصاحبه
۶	ارائه آموزش و توضیحات به زبان ساده و قابل فهم درخصوص شروع تغذیه با شیر مادر درساعت اول تولد به مادران قبل از زایمان	مصاحبه
توضیحات	در مفاد آموزشی موارد لازم برای آموزش به همراهان نیز تعیین و بر اساس آن اقدام می‌شود. توصیه .ثبت آموزش‌های ارائه شده در پرونده بیماران صورت پذیرد.	
هدایت کننده	رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان	

سنجه ۳. پزشک/ ماما آموزش‌های لازم را در خصوص مراقبت‌های مادر پس از زایمان، به صورت شفاهی به زبان قابل درک به وی ارایه می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☑ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین مفاد آموزشی مراقبت‌های مادری پس از زایمان توسط رئیس بخش و ماما مسئول	مصاحبه
۲	آگاهی کارکنان به مقاد آموزشی مراقبت‌های مادری پس از زایمان	مصاحبه
۳	ارائه آموزش و توضیحات به زبان ساده و قابل فهم درخصوص زمان خروج از تخت به مادران پس از زایمان	مصاحبه
۴	ارائه آموزش و توضیحات به زبان ساده و قابل فهم درخصوص علایم خطر به مادران پس از زایمان	مصاحبه
۵	ارائه آموزش و توضیحات به زبان ساده و قابل فهم درخصوص بهداشت فردی، میزان فعالیت و تغذیه به مادران پس از زایمان	مصاحبه
۶	ارائه آموزش و توضیحات به زبان ساده و قابل فهم درخصوص نحوه مراقبت از محل اپیزیوتومی به مادران پس از زایمان	مصاحبه
توضیحات	توصیه .ثبت آموزش‌های ارائه شده در پرونده بیماران صورت می پذیرد.	
هدایت کننده	رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان	

سنجه ۴. پزشک/ ماما آموزش‌های لازم را در خصوص مراقبت‌های نوزاد به صورت شفاهی به زبان قابل درک به وی ارایه می‌نماید و یک نسخه مکتوب از آموزش ارایه شده تحویل مادر و تصویر آن به امضای مادر و پزشک/ ماما در پرونده وی نگهداری می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☑ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین مفاد آموزش‌های مراقبت از نوزاد *	مصاحبه
۲	آگاهی کارکنان به مقاد آموزشی مراقبت از نوزاد	مصاحبه
۳	ارائه آموزش‌های لازم در خصوص مراقبت از نوزاد به مادران پس از تولد	مصاحبه
۴	ثبت آموزش‌های ارائه شده به مادر در خصوص نحوه مراقبت از نوزاد در پرونده**	مصاحبه
توضیحات	** نسخه کتبی آموزش به مادر ارائه می‌شود. براساس راهنمای پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان های دوستدار کودک	
هدایت کننده	رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان	

ب	۵	۵	بیمارستان از مدیریت مراقبت‌های نوزادان اطمینان حاصل می کند.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از هرگونه اشکال در احراز هویت و جابجایی احتمالی نوزادان
- حفظ سلامت و ارتقای ایمنی نوزادان
- ارزیابی اثربخشی مراقبت‌ها و امکان بازنگری آنها

سنجه ۱. شناسایی صحیح نوزاد در هنگام تولد، براساس الزامات ابلاغی وزارت بهداشت، انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☑دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی صحیح نوزاد در هنگام تولد مطابق با فرایند تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد مندرج درنسخه ابلاغی*	مصاحبه
۲	استفاده از مچ بند شناسایی برای مادر و نوزاد در بدو پذیرش مادر	مشاهده
۳	ثبت مشخصات مربوط به نوزاد پس از زایمان بر مچ بند نوزاد	مشاهده
۴	نشان دادن نوزاد و اعلام جنسیت به مادر در اولین فرصت پس از تولد	مصاحبه
۵	نصب مچ بند نوزاد بلافاصله پس از تولد در اتاق زایمان/ اتاق عمل	مشاهده
۶	انتقال هم زمان مادر و نوزاد به بخش پس از زایمان	مصاحبه
۷	شناسایی نوزاد در هنگام انجام هر گونه اقدام مراقبتی	مصاحبه
توضیحات	* آخرین نسخه ابلاغی بسته نوزاد سالم، لیست راهنماهای ایمنی بیمار طی لوح فشرده، دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران همچنین لازم است بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در دسترس ارایه دهندگان خدمات زایمانی قرار گرفته و ایشان از محتوای آن آگاهی کامل داشته باشند و مطابق آن عمل نمایند.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، رئیس بخش زایمان, رئیس اتاق عمل، مسئول مدارک پزشکی(مدیریت اطلاعات سلامت)	

سنجه۲. مراقبت‌های معمول نوزاد براساس بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در بیمارستان، انجام میشود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	دسترسی کارکنان مرتبط به فایل الکترونیک بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم	مشاهده
۲	آگاهی کارکنان مرتبط از محتوای بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم	مصاحبه
۳	مراقبت‌های معمول از نوزاد* منطبق با فرایندهای مندرج در فصول بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم **	مشاهده
۴	ثبت مراقبت‌های معمول از نوزادان در پرونده	بررسی مستند
توضیحات	* مراقبت‌های پیش از تولد، بعد از تولد و در طول دوران بستری ** دستورالعمل‌های مرتبط: آخرین نسخه ابلاغی بسته نوزاد سالم	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، رئیس بخش زایمان, رئیس اتاق عمل	

سنجه ۳ . تغذیه نوزاد با شیر مادر و آموزش مادران برای شیردهی قبل از ترخیص براساس کتاب حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان های دوستدار کودک و مجموعه راهنمای آموزشی مادران برای شیردهی انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☑ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آموزش مادران در خصوص شیردهی بر اساس کتاب حمایت و تریج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان های دوستدار کودک*	مصاحبه
۲	قادر بودن مادر به تغذیه شیرخوارش با شیر خود، قبل از ترک بخش زایمان	مشاهده
۳	آگاهی مادران از اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول و تداوم شیردهی همراه با غذاهای کمکی تا دو سالگی	مصاحبه
۴	تغذیه مناسب شیرخوار از شیر مادر و تکمیل فرم مشاهده شیردهی توسط ماما	مشاهده
۵	آگاهی مادران در خصوص نحوه دسترسی و برخورداری از حمایت مستمر و مکان مراجعه درصورت مشکل شیردهی	مصاحبه
توضیحات	* راهنمای پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان های دوستدار کودک	
هدایت کننده	رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان	

سنجه ۴ . در هر زایمان حداقل یک نفر کارشناس مامایی دارای گواهی احیای پایه نوزاد از بخش زایمان به عنوان مسئول انحصاری نوزاد حضور دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اخذ گواهی دوره آموزشی احیای نوزاد* توسط ماماهای بخش زایمان/ کارشناس مراقب نوزاد** در اتاق عمل	بررسی مستند
۲	یک نفر کارشناس مامایی دارای گواهی احیای پایه نوزاد در هر زایمان	مشاهده
۳	حضور حداقل یک کارشناس مراقب نوزاد در اتاق عمل دارای گواهی احیای پایه نوزاد ***	مشاهده
توضیحات	*حداقل احیای پایه و در بازه زمانی تعیین شده در بسته خدمتی احیای نوزاد طبق آخرین نسخه ابلاغی بسته احیای نوزاد ** ترجیحا ماما باشد. *** توصیه .حضور یک ماما دارای گواهی آموزش احیای پایه نوزاد به عنوان مسئول انحصاری نوزاد علاوه بر عامل زایمان	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن، رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان، سر پرستار اتاق عمل	

سنجه ۵ . روش اجرایی" حفظ امنیت و ایمنی نوزاد " براساس بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در بیمارستان تدوین شده، و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	لحاظ آخرین نسخه ابلاغی بسته نوزاد سالم در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی*	بررسی مستند و مصاحبه
۸	آگاهی کارکنان مرتبط* از روش اجرایی	مصاحبه
توضیحات	* روسا و مسئولان بخش زایمان، مامایی و نوزادان	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، رئیس بخش زایمان، رئیس بخش نوزادان، ماما مسئول بلوک زایمان	

سنجه ۶ . برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد، براساس دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☑ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد	مصاحبه
۲	آگاهی کارکنان از سیاست تغذیه با شیر مادر در بیمارستان	مصاحبه
۳	برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد	مصاحبه
۴	شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد بر اساس دستورالعمل ابلاغی**	مشاهده
توضیحات	* ضرورت دسترسی کارکنان به فایل الکترونیک دستورالعمل برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد و بسته مراقبت‌های نوزاد سالم ** دستورالعمل برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع شیر مادر در ساعت اول، آخرین نسخه بسته خدمتی مراقبت‌های نوزاد سالم	
هدایت کننده	رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان، سر پرستار اتاق عمل	

سنجه ۷. اثربخشی مراقبت‌های نوزاد با استفاده از ابزار بررسی کیفیت خدمات بخش زایمان، ابلاغی وزارت بهداشت، سنجش و پایش می‌شود و اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐دوستدار مادر ☑دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	دسترسی مسئول بلوک زایمان به ابزار بررسی کیفیت خدمات بخش زایمان	بررسی مستند
۲	ارزیابی اثربخشی مراقبت‌های نوزادان با استفاده از ابزار مربوط در فواصل زمانی معین توسط ماما مسئول بلوک زایمان	بررسی مستند
۳	تکمیل فرم مربوط طبق دستورالعمل ابلاغی*	بررسی مستند
توضیحات	* ابزار بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان، نامه شماره ۴۰۰/۱۳۲۰۶دمورخ ۹۲/۱۰/۱۸ و آخرین ابزار ابلاغی پایش مراقبت‌های نوزادان	
هدایت کننده	کمیته ترویج زایمان طبیعی، رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان	

ب ۵ ۶ بیمارستان از تکمیل فرم های لیبر، زایمان و پس از زایمان اطمینان حاصل می کند.

دستاورد استاندارد

- ثبت مستندات پرونده پزشکی منطبق بر قوانین و مقررات

سنجه ۱ . برای هریک از مادران باردار بستری در اتاق لیبر ، پارتوگراف براساس راهنمای ابلاغی تکمیل و در پرونده نگهداری می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارکنان از نحوه تکمیل فرم پاتروگراف	مصاحبه
۲	تکمیل پارتوگراف برای مادران باردار در لیبر طبق راهنمای ابلاغی توسط ماما*	بررسی مستند
توضیحات	* استفاده از فرم پارتوگراف طی نامه شماره ۴۰۰/۱۵۹۵۰د مورخ ۱۳۹۰/۶/۲	
هدایت کننده	رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان	

سنجه۲ .پزشک/ماما اقدامات مراقبتی و درمانی را در پرونده مادر باردار، به صورت خوانا با مهر و امضاء با ذکر تاریخ و ساعت ثبت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت اقدامات و دستورات در پرونده مادر باردار توسط ماما	بررسی مستند
۲	ثبت اقدامات و دستورات در پرونده مادر باردار توسط پزشک	بررسی مستند
۳	ثبت اقدامات و دستورات در پرونده مادر باردار در بدو پذیرش، زمان لیبر، حین و پس از زایمان به صورت خوانا، با مهر و امضاء و ذکرتاریخ و ساعت*	بررسی مستند
توضیحات	* دستورالعمل ۱۸ برگ اصلی پرونده	
هدایت کننده	رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان	

سنجه۳ . برگه های لیبر و ۹ برگ ابلاغی وزارت بهداشت تکمیل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☑ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تکمیل برگه های لیبر و ۹ برگ ابلاغی وزارت بهداشت در لیبر و زایمان و پس از زایمان بطور کامل و خوانا *	بررسی مستند
۲	مهر، امضاء، ساعت و تاریخ در پرونده تمامی مادران باردار پس از تکمیل برگه های لیبر و ۹ برگ ابلاغی وزارت بهداشت**	بررسی مستند
توضیحات	* بخشنامه ۹ برگ ابلاغی بلوک زایمان، نامه شماره ۴۰۰/۱۹۱۲۰د مورخ ۹۳/۹/۱۸ **در طول لیبر، زایمان و پس از زایمان ۹ برگ ابلاغی وزارت بهداشت شامل شرح حال مادر باردار، فرم لیبر، ارزیابی ترومبوآمبولی، فرم گزارش زایمان، معاینه نوزاد توسط عامل زایمان، شرح حال نوزاد، معاینه نوزاد توسط پزشک، تزریق سولفات منیزیوم، فرم پارتوگراف) بطور کامل و خوانا با مهر، امضاء، ساعت و تاریخ در پرونده تمامی مادران باردار تکمیل می‌شود.	
هدایت کننده	رئیس بخش زایمان، ماما مسئول بلوک زایمان	

ب ۵ ۷ بیمارستان شرایط لازم جهت مراقبت‌های معمول نوزاد در زایمان های پر خطر را درهنگام زایمان فراهم می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- انجام اقدامات نجات دهنده به موقع توسط پزشکان دارای مهارت احیای پیشرفته نوزادان

سنجه ۱. در زایمان های پر خطر اعم از زایمان های دارای عوامل خطر بارداری و زایمان هایی که نیاز به عملیات احیای نوزاد را پیش بینی می‌نماید، یک پزشک متخصص اطفال دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد، در اتاق زایمان/ اتاق عمل(بیماران سزارین) حضور دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☑ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود برنامه شیفت همکاری پزشکان* واجد گواهی احیاء پیشرفته نوزاد در بلوک زایمان	بررسی مستندات
۲	حضور پزشک متخصص اطفال در زایمان های پرخطر و زایمان هایی که نیاز به عملیات احیای نوزاد را پیش بینی میشود در بلوک زایمان**	بررسی مستندات
توضیحات	* پزشک متخصص اطفال دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد طبق آخرین نسخه ابلاغی بسته خدمتی احیای نوزاد ** لازم است از قبل فهرست و شیفت متخصصین اطفال واجد گواهینامه احیاء پیشرفته نوزاد در بلوک زایمان/اتاق عمل(بیماران سزارینی) موجود باشد و در مواردی که زایمان دارای عوامل خطر بارداری است و همچنین زایمان هایی که احتمال تولد نوزاد نیازمند احیاء وجود دارد، قبل از تولد نوزاد، پزشک اطفال کشیک توسط ماما/پزشک زنان فراخوان شده، بر بالین مادر حاضر شوند، اقدامات مورد نیاز را برای نوزاد انجام می دهد و در پرونده مادر/نوزاد ثبت می‌نماید.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، رئیس بخش زایمان و اتاق عمل	

سنجه۲. حداقل یک نفر(پزشک) دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد در تمام شیفت های بلوک زایمان در تمامی ساعات شبانه روز و روزهای هفته در بیمارستان حضور دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐دوستدار مادر ☑دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	در بلوک زایمان وجود برنامه شیفت همکاری پزشکان* واجد گواهی احیاء پیشرفته نوزاد حاضر در بیمارستان **	مشاهده
۲	حضور حداقل یک پزشک واجد گواهی احیاء پیشرفته نوزاد در صورت نیاز به احیای نوزادان در بلوک زایمان***	مشاهده
۳	مشارکت پزشک واجد گواهی احیاء پیشرفته نوزاد طبق برنامه در احیاء نوزادان و ثبت اقدامات در پرونده مادر/نوزاد	بررسی مستند
توضیحات	* زنان/ متخصص بیهوشی/اطفال/طب اورژانس/پزشک عمومی اورژانس **حضور پزشکان طبق برنامه در بیمارستان کافی است و نیازی به حضور در بخش بلوک زایمان بجز موارد اعلام کد احیای نوزادن نیست. *** در تمام ساعات شبانه روز(تعطیل و غیرتعطیل) بر اساس آخرین نسخه ابلاغی بسته خدمتی احیای نوزاد	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، رئیس بخش زایمان	

ب ۵ ۸ بیمارستان شرایط شیردهی و امکانات مورد نیاز مادران را فراهم می کند.

دستاورد استاندارد

- ترویج تغذیه ایمن با شیر مادر
- حمایت جسمی و روحی از مادران پس از زایمان

سنجه ۱. اتاق اموزش، شیردهی و امکانات لازم، برای مادران در بخش زنان و زایمان و مادرانی که نوزاد و شیرخوار زیر دو سال بستری در بخش نوزادان، NICU و کودکان دارند، وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☑ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	امکان استفاده برای تمامی مادرانی که نوزاد و شیرخوار زیر دو سال آنها بستری* است	مصاحبه
۲	امکان استفاده مادران بستری که نوزاد و شیرخوار زیر دو سال دارند از اتاق آموزش و شیردهی	مصاحبه
۳	وجود امکانات لازم در اتاق آموزش و شیردهی **	مشاهده
توضیحات	*نوزاد و شیرخوار بستری درNICU ، نوزادان ،کودکان و زنان و زایمان ** اتاق استراحت، تخت، یخچال، دسترسی به حمام و سرویس بهداشتی، دسترسی به غذا و مایعات، دسترسی به مراقبت درمانی در صورت نیاز، دسترسی به صندلی راحتی زیر پایی و امکان ملاقات پدر، دسترسی به تلفن دستورالعمل‌های مرتبط : راهنمای پایش و ارزیابی مجدد شیر مادر	
هدایت کننده	رئیس بیمارستان، رئیس بخش زایمان، رئیس بخش کودکان، رئیس بخشNICU، رئیس بخش نوزادان، ماما مسئول بلوک زایمان	

سنجه ۲. امکانات مورد نیاز مادران پس از زایمان وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☑ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	سرو غذا و میان وعده برای مادران* بعد از زایمان	مصاحبه
۲	وجود تسهیلات همراه مادر پس از زایمان**	مشاهده
توضیحات	* شامل مادرانی که در ساعات شب زایمان می نمایند می‌شود. **امکان داشتن همراه برای ارائه حمایت های جسمی، روحی و روانی مادر دستورالعمل‌های مرتبط : راهنمای ارزیابی مجدد بیمارستان دوستدار کودک	
هدایت کننده	رئیس بیمارستان، رئیس بخش زنان و زایمان، ماما مسئول بخش، سرپرستار بخش زنان	

سنجه ۳. امکان استفاده از شیردوش برقی، وسایل نگهداری و خورانش شیر دوشیده شده و وسایل استریل کردن ظروف مربوطه وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐دوستدار مادر ☑ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	امکان استفاده از وسایل کمکی شیردهی ایمن فراهم است *	مشاهده
۲	استریل نمودن شیردوش و ظروف شیر طبق دستوالعمل*	مشاهده
۳	فراهم بودن امکانات نگهداری ایمن شیر مادر*	مشاهده
توضیحات	*در بخش های زنان و زایمان، نوزادان،NICU، کودکان، دسترسی به تجهیزات و پیشگیری عفونت در ذخیره کردن شیر مادر شامل شیردوش برقی بیمارستانی، وسایل و دستورالعمل استریل کردن شیردوش و ظروف شیر در هر یک از یخش های فوق الذکر به صورت مجزا موجود است. دستورالعمل‌های مرتبط : راهنمای ارزیابی مجدد بیمارستان دوستدار کودک، وسایل نگهداری شیر، یخچال با دمای مناسب	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، رئیس بخش زایمان، رئیس بخش کودکان، رئیس بخش NICU، رئیس بخش نوزادان، ماما مسئول بلوک زایمان	

ب ۵ ۹ بیمارستان در راستای ترویج زایمان طبیعی ایمن اقدامات برنامه ریزی شده به عمل می آورد.

دستاورد استاندارد

- ارتقای سلامت و ایمنی مادر و نوزاد
- ترویج زایمان طبیعی
- ارتقای ایمنی مادران باردار
- مراقبت و ارتقای ایمنی نوزادان

سنجه ۱. روند شاخص سزارین، موید دستیابی بیمارستان به اهداف برنامه ترویج زایمان طبیعی است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☑ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	کاهش میزان سزارین*سالیانه مطابق با دستورالعمل ابلاغی **	بررسی مستند
۲	ثبت اطلاعات مربوط به زایمان ها به طور کامل، دقیق و به روز در سامانه ایمان	بررسی مستند، مصاحبه و مشاهده
توضیحات	* شاخص سزارین و سزارین بار اول به طور ماهیانه محاسبه می گردد و در کمیته ترویج زایمان طبیعی طرح می گردد و در زمینه کاهش میزان سزارین برنامه ریزی می‌شود. **دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول نظام سلامت ابلاغی طی نامه شماره ۱۰۰/۸۹ مورخ ۹۳/۲/۷ و آخرین دستورالعمل‌های سالیانه ابلاغی ترویج زایمان طبیعی	
هدایت کننده	کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن، کمیته پایش و سنجش کیفیت در بیمارستان، رئیس بخش، ماما مسئول بلوک زایمان، مسئول فن آوری اطلاعات	

سنجه ۲. فرایند خوشایند سازی زایمان طبیعی براساس دستورالعمل ابلاغی ترویج زایمان طبیعی وزارت بهداشت در بیمارستان اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☑ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تبیین فرایندهای خوش آیند سازی زایمان طبیعی برای مادران باردار در کمیته ترویج زایمان طبیعی	بررسی مستند
۲	رعایت اصول تکریم مادر باردار و خوش آیند سازی زایمان طبیعی توسط کارکنان*	مشاهده و مصاحبه
۳	آگاهی ارائه دهندگان خدمت در بخش زایمان از محتوای دستورالعمل خوش آیند سازی **	مصاحبه
۴	رعایت دستورالعمل ابلاغی خوش آیند سازی زایمان طبیعی**	مشاهده مصاحبه
توضیحات	* شامل خوش‌آمدگویی در بدو ورود مادر به بخش زایمان، ارائه خدمات محترمانه، ایجاد شرایط تصمیم گیری آگاهانه برای مادر، حفظ حریم خصوصی مادر، امکان حضور همراه، برقراری سیستم اطلاع رسانی مناسب به همراهان درخصوص وضعیت مادر و سایر موارد طبق دستورالعمل ** دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول نظام سلامت ابلاغی طی نامه شماره ۱۰۰/۸۹ مورخ ۹۳/۲/۷ و آخرین دستورالعمل‌های سالیانه ابلاغی ترویج زایمان طبیعی و پوسترتکریم مادر باردار ارسالی به مراکز	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن، رئیس بخش، ماما مسئول بلوک زایمان	

سنجه ۳. خط مشی و روش اجرایی"اطمینان از رعایت اندیکاسیون های انجام سزارین" با استفاده از دستورالعمل‌های ابلاغی تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☑ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین خط مشی و روش اطمینان از رعایت اندیکاسیون های انجام سزارین*	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان ** در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	بررسی مستند و مشاهده
۸	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه
۹	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۰	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ***	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* لحاظ بخش نامه ابلاغی وزارت بهداشت(بخش نامه شماره ۳۰۲/۱۲۲۷۴ د مورخ ۹۴/۸/۹)در خصوص اندیکاسیون های سزارین و نحوه بررسی عملکرد کارکنان در کمیته بینارستانی ترویج زایمان طبیعی و ارائه بازخورد مناسب بر اساس نتایج بررسی پرونده های سزارین در روش اجرایی **به تشخیص کمیته ترویج زایمان طبیعی *** رعایت اندیکاسیون های سزارین طبق دستورالعمل	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان،کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن، رئیس بخش، ماما مسئول بلوک زایمان	

سنجه ۴. کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن، آموزش کارکنان مرتبط با مراقبت‌های مادر و کودک را در کارگاه‌های بیست ساعته برنامه ریزی و اجرا نموده و برای شرکت کنندگان گواهینامه صادر می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐دوستدار مادر ☑ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برنامه ریزی کمیته * برای آموزش جهت برگزاری کارگاه های ۲۰ ساعته شیر مادر برای کارکنان مرتبط *	بررسی مستند
۲	اجرایی کارگاه براساس عناوین آموزشی استاندارد ۲۰ ساعته شیر مادر برای کارکنان مرتبط طبق دستورالعمل**	مصاحبه
۳	دارا بودن گواهینامه کتاب ۲۰ ساعته کارکنانِ مرتبط با استاندارد***	بررسی مستند
توضیحات	* متخصصین زنان/اطفال و ماماها و کارکنان بخش های کودکان، NICU و نوزادان ** انجام پیش ازمون و پس آزمون) و احتساب نمره قبولی ۸۰٪ و صدور گواهینامه و برای کارکنان با سابقه کمتر از ۶ ماه علاوه بر آزمون کتاب ۲۰ ساعته دوره توجیهی سیاست تغذیه با شیر مادر ارائه شده باشد. دستورالعمل‌های مرتبط : راهنمای پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان دوستدار کودک	
هدایت کننده	کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر، رئیس بخش زایمان، رئیس بخش کودکان، رئیس بخش NICU ، رئیس بخش نوزادان، ماما مسئول بلوک زایمان	

سنجه ۵ . اعضای کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن در دوره های بازآموزی و سمینارهای برگزار شده از سوی کمیته دانشگاهی و کشوری در رابطه با ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر شرکت می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐دوستدار مادر ☑ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شرکت ارائه دهندگان خدمت* زایمان در دوره های الزامی** برنامه ترویج زایمان طبیعی	بررسی مستند
۲	شرکت اعضای کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر در کارگاه های شیرمادر	بررسی مستند
توضیحات	* شامل متخصص زنان و زایمان، ماما ** زایمان فیزیولوژیک، ارزیابی سلامت جنین و بر اساس دستورالعمل راهنمای پایش و ارزیابی مجدد دوستدار کودک	
هدایت کننده	کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر، کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن	

سنجه۶ . کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن بر عملکرد کارکنان در زمینه رعایت دستورالعمل‌های مراقبت‌های مادر و کودک، آموزش مادران و اجرای اقدامات ده گانه نظارت می‌نماید و درصورت لزوم اقدام اصلاحی / برنامه بهبود تدوین و اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐دوستدار مادر ☑ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین شیوه نامه نظارت* بر رعایت دستورالعمل‌های مراقبت‌های مادر و کودک، آموزش مادران و اجرای اقدامات ده گانه توسط کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن، کمیته ترویج تغذیه باشیر مادر	بررسی مستند
۲	نظارت **بر عملکرد کارکنان ارائه دهنده خدمات مرتبط با زایمان براساس شیوه مصوب کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن، کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر	مصاحبه و بررسی مستند
۳	انجام اقدام اصلاحی/ تدوین برنامه بهبود بر اساس نتایج نظارت ها توسط کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن، کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر	مشاهده و برررسی مستند
توضیحات	*دامنه شیوه نامه نظارت حداقل شامل نظارت در تمام شیفت ها در اتاق زایمان، بخش زنان، بخش پس از زایمان، بخش مراقبت ویژه نوزادان، بخش اطفال، کلینیک ارائه خدمات دوران بارداری و مشاوره شیردهی، داروخانه است. ** ناظرین از اعضای کمیته های ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر انتخاب می شوند.	
هدایت کننده	اعضاءکمیته ترویج تغذیه با شیر مادر و ترویج زایمان طبیعی، کمیته پایش و نظارت، رئیس بیمارستان، رئیس بخش زنان و زایمان، مسئول بهبود کیفیت	

سنجه ۷. ترخیص مادران و شیرخواران به صورت همزمان انجام شده و کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن بر اجرای آن نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐دوستدار مادر ☑ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ترخیص همزمان مادران و شیرخواران در صورت سلامت آنها و دستور پزشک	مصاحبه
۲	نظارت کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر بر ترخیص همزمان و استمرار تغذیه با شیر مادر	مصاحبه
توضیحات	دستورالعمل‌های مرتبط : راهنمای پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان دوستدار کودک	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر، کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن، رئیس بخش زنان و زایمان	

سنجه ۸. کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن با تعیین مسئولیت ها بر اجرای قانون شیر مادر و کد بین المللی بازاریابی جانشین شونده‌های شیر مادر و منع تبلیغات شیر مصنوعی، شیشه و گول زنک نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐دوستدار مادر ☑ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن با تعیین مسئولیت ها و اجرای قانون شیر مادر و کد بین المللی بازاریابی جانشین شونده های شیر مادر و منع تبلیغات شیر مصنوعی، شیشه و گول زنک نظارت می‌نماید.	بررسی مستند
۲	تعیین ناظران با مسئولیت‌های معین جهت ارزیابی نحوه اجرای قانون شیر مادر و کد بین المللی توسط کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر	بررسی مستند
۳	نظارت بر رعایت سیاست ترویج تغذیه با شیر مادر در داروخانه*	مصاحبه
توضیحات	* بر اساس راهنمای پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان دوستدار کودک از جمله عدم ارائه شیر مصنوعی، ممانعت از حضور نمایندگان شرکت های تولیدکننده شیر مصنوعی، عدم دریافت نمونه های رایگان و هدایا از این شرکت ها، عدم ارائه پکیج تبلیغاتی در زمینه تغذیه با شیر مصنوعی، عدم وجود بطری و گول زنک در داروخانه بیمارستان.	
هدایت کننده	کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر، مسئول فنی داروخانه	

سنجه ۹. پایش دوره ای، با زمان بندی مشخص در خصوص برنامه شیر مادر انجام شده و همکاری لازم با مرکز بهداشت شهرستان و استان در انجام ارزیابی مجدد صورت می‌پذیرد و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و ابلاغ می‌گردد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐دوستدار مادر ☑ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انجام پایش شش ماه یکبار ده اقدام بیمارستان دوستدار کودک توسط کمیته ترویج زایمان طبیعی طبق دستوالعمل *	بررسی مستند
۲	انجام اقدام اصلاحی/ تدوین برنامه بهبود بر اساس نتایج پایش توسط کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر	برررسی مستند
۳	مشارکت و همکاری بیمارستان **در انجام ارزیابی مجدد ده اقدام دوستدار کودک توسط مرکز بهداشت استان/ شهرستان	بررسی مستند
توضیحات	* راهنمای پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان دوستدار کودک ** بیمارستان حداقل یکی از اعضاء کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر جهت همراهی و مشارکت در ارزیابی تیم مرکز بهداشت شهرستان و استان معرفی نموده است.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر	

سنجه ۱۰. کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن، نشریات آموزشی برای مادران را تهیه و با روش مشخص در اختیار مادران باردار قرار می دهد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☑دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تهیه پمفلت/ نشریه آموزشی برای مادران با موضوع مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان *	مشاهده
۲	توزیع پمفلت/ نشریه آموزشی برای مادران با موضوع مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان با روشی مشخص** برای تمامی مادران باردار	مصاحبه
توضیحات	* دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول نظام سلامت **ضمن بر گزاری کلاس های آمادگی برای زایمان(۸ جلسه آموزشی) ویژه مادران باردار در بیمارستان، توزیع پمفلت های آموزشی مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان صورت پذیرد.	
هدایت کننده	کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر، کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن	

ب	۵	۱۰	بیمارستان از رعایت دستورالعمل" بیمارستان دوستدار مادر" اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- اخذ لوح بیمارستان دوستدار مادر
- ارائه مراقبت‌های ایمن به مادران و نوزادان

سنجه. بیمارستان در راستای استقرار گام های ده گانه استاندارد دوستدار مادر" برنامه ریزی و اقدام نموده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☑دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اجرای گام های ده گانه استاندارد دوستدار مادر*	مشاهده و بررسی مستند
۲	اخذ لوح دوستدار مادر	بررسی مستند
توضیحات	*آخرین نسخه ابلاغی کتاب "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان"، بازنگری دوم این کتاب طی بخشنامه۴۰۰/۱۱۰۵۶د مورخ ۹۱/۸/۲۳	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، رئیس بخش زایمان، کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن	

ب	۵	۱۱	بیمارستان از رعایت دستورالعمل" بیمارستان دوستدار کودک" اطمینان حاصل می‌نماید

دستاورد استاندارد

- اخذ لوح بیمارستان دوستدار کودک
- ارائه مراقبت‌های ایمن به مادران و نوزادان

سنجه. بیمارستان در راستای استقرار گام های ده گانه استاندارد دوستدار کودک برنامه ریزی و اقدام نموده است..		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐دوستدار مادر ☑ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اجرای گام های ده گانه استاندارد دوستدار مادر*	مشاهده و بررسی مستند
۲	اخذ لوح دوستدار کودک	بررسی مستند
توضیحات	*دستورالعمل‌های مرتبط : راهنمای پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان دوستدار کودک	
هدایت کننده	رئیس/مدیرعامل بیمارستان، رئیس بخش زایمان، رئیس بخش کودکان، رئیس بخش زنان، رئیس بخش NICU، رئیس بخش نوزادان	

ج. مدیریت خدمات پرستاری

ج–۱) مهارت سنجی و بکارگیری کارکنان پرستاری

توضیحات کلی

پرستار یکی از اعضاء کلیدی در گروه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است که نقش‌های متعدد مراقبتی، درمانی، آموزشی، مدیریتی و حمایتی در بیمارستان ایفا می‌نماید. گروه پرستاران بزرگترین گروه از کادر درمانی هستند که در تماس مستقیم و ۲۴ ساعته با بیماران می‌باشند. از این رو نقش مهمی در حفظ سلامتی و ایجاد اعتماد در بیماران را دارند. با توجه به گستردگی خدمات و مراقبت‌های پرستاری و سهم چشمگیر این خدمات در مجموع خدمات تشخیصی، مراقبتی و درمانی بیمارستان، بدیهی است ارائه این خدمات نیاز به مدیریت و برنامه ریزی ویژه دارد که با بکارگیری دانش مدیریت پرستاری که همان فراهم کردن مراقبت اثربخش و اطمینان از ارائه خدمات مراقبتی با کیفیت پرستاری است، این مهم، محقق می‌شود. از طرفی تفاوت‌های فنی و اجرایی مدیریت و برنامه‌ریزی در حوزه پرستاری با سایر حوزه‌های پشتیبانی و برنامه‌ریزی بیمارستان و ماهیتِ مراقبت محوری آن ضرورت و جایگاه محور مستقل مدیریت پرستاری را در اعتباربخشی ملی تبیین می‌نماید.

ج	۱	۱	نیازسنجی و احراز صلاحیت کارکنان پرستاری بخش‌های بالینی انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد :

- اطمینان از ارائه خدمات مراقبتی ایمن پرستاری در بخش‌های تشخیصی درمانی دایر توسط کارکنان پرستاری ماهر و با صلاحیت
- بکارگیری پرستاران ذیصلاح و فارغ التحصیل از دانشگاه‌های کشور و مورد تایید وزارت بهداشت

سنجه ۱. مدیریت پرستاری نسبت به محاسبه و برآورد منابع انسانی مورد نیاز با رویکرد مراقبت‌های یکپارچه در بخش‌های بالینی اقدام می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برآورد منابع انسانی پرستاری مورد نیاز هریک بخش‌های تشخیصی و درمانی بر اساس معیارهای معین*توسط سرپرستاران	بررسی مستند
۲	گزارش برآورد کمی و کیفی منابع انسانی پرستاری مورد نیاز به مدیریت پرستاری توسط سرپرستاران هریک از بخش‌ها	بررسی مستند
۳	جمع‌بندی منابع انسانی پرستاری مورد نیاز هریک از بخش‌های تشخیصی و درمانی توسط مدیر پرستاری**	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*برآورد کمی نیروی انسانی با استفاده از استانداردها و ضرایب اعلام شده ازسوی وزارت بهداشت در بخش‌های مختلف بیمارستان، با لحاظ قوانین دیگر از جمله قانون استخدام کشوری، قانون ارتقاء بهره وری و وزارت کار و تامین اجتماعی و یا با استفاده از یکی از روش‌های سازمان بهداشت جهانی، نگرش نظام گرا، حجم کار، روش کالیفرنیا و سایر روش‌های علمی معتبر صورت می‌پذیرد. همچنین لحاظ معیارهای کیفی ازجمله تجربه، مهارت و توانمندی پرستار، تحصیلات و سایر معیارهای کیفی در برآورد نیروی انسانی پرستاری با تشخیص مدیر پرستاری ضروری است. **مدیر پرستاری ضمن بررسی برآورد کمی و کیفی صورت پذیرفته توسط سرپرستاران، با رویکرد ارائه مراقبت‌های یکپارچه در بخش‌های بالینی نسبت به بازنگری و جمع بندی برآورد کمی و کیفی منابع انسانی پرستاری مورد نیاز هریک از بخش‌های تشخیصی درمانی، اقدام می‌نماید. توصیه مهم. مدیر پرستاری بر اساس برآورد کمی و کیفی منابع انسانی پرستاری مورد نیاز اقدامات ذیل را به عمل آورد: ○ باز توزیع متوازن نیروهای پرستاری موجود ○ اعلام کمبود نیروی پرستاری به تیم مدیریت اجرایی ○ جبران کمبود از طریق جذب نیروهای جدید (درصورت وجود مجوز ازسوی تیم مدیریت اجرایی) ○ پیش‌بینی روش‌های جایگزین برای تامین نیروی انسانی مورد نیاز با در نظر گرفتن مشوق‌های لازم	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران	

سنجه ۲. مدیریت پرستاری صلاحیت نیروهای پرستاری جدیدالورود را بررسی و در صورت تایید نسبت به بکارگیری و چینش آنان در بخش‌های بالینی اقدام می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بکارگیری کارکنان پرستاری جدیدالورود پس از تایید صلاحیت آنها توسط سرپرستار و تایید مدیر پرستاری*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	چینش کارکنان جدیدالورود که تایید صلاحیت شده اند طبق برآورد منابع انسانی پرستاری مورد نیاز بخش‌ها**	بررسی مستند مصاحبه
توضیحات	*ارزیابی صلاحیت کارکنان پرستاری جدیدالورود توسط سرپرستاران براساس برنامه‌ریزی مدیر پرستاری موضوع استاندارد ج- ۱-۲، همین محور صورت می‌پذیرد. **موضوع سنجه ۱ (همین استاندارد ج-۱-۱) توصیه . کارکنان جدیدالورود صرفاً تازه استخدام نیستند و تمامی پرستاران انتقالی از سایر بخش‌ها نیز بایستی قبل از بکارگیری احراز صلاحیت بشوند.	
هدایت کننده	مدیریت پرستاری، سوپروایزرآموزشی، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران	

سنجه ۳. مدیریت پرستاری نسبت به چیدمان صحیح نیروی انسانی در بخش‌ها و شیفت‌های مختلف بر اساس نیاز بیماران و شرایط موجود اقدام می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	چیدمان پرستاران در بخش‌های مختلف براساس جمع‌بندی منابع انسانی پرستاری مورد نیاز هریک از بخش‌ها *	بررسی مستند
۲	چیدمان پرستاران در نوبت‌های کاری بخش‌های مختلف براساس جمع‌بندی منابع انسانی پرستاری مورد نیاز **	بررسی مستند
توضیحات	* چیدمان پرستاران در بخش‌های مختلف بر اساس جمع بندی نهایی مدیریت پرستاری در خصوص برآورد منابع انسانی مورد نیاز هر بخش موضوع سنجه شماره یک همین استاندارد صورت می‌پذیرد. **مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزرها، برنامه‌های پیشنهادی بخش‌ها را بررسی و پس از اعمال تغییرات (درصورت نیاز) تایید می‌نماید.	
هدایت کننده	مدیریت پرستاری، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران	

سنجه ۴. مدیریت پرستاری به دنبال ارزیابی عملکرد کارکنان در حین انجام کار براساس صلاحیت حرفه‌ای آنان در خصوص ادامه ارتقاء و اتمام خدمت آنان اقدام می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارزیابی عملکرد کارکنان پرستاری با فرآیند مشخص* توسط سرپرستاران	بررسی مستند
۲	تحلیل نتایج ارزیابی عملکرد و اقدامات اصلاحی توسط سرپرستاران	بررسی مستند
۳	تعیین معیارهای ادامه و یا خاتمه خدمت کارکنان** توسط مدیر پرستاری	بررسی مستند
۳	آگاهی کارکنان پرستاری از ارزیابی عملکرد و شرایط ادامه ارتقاء و اتمام خدمت	مصاحبه
۴	انطباق عملکرد کارکنان با نتایج ارزیابی عملکرد و اقدامات اصلاحی صورت پذیرفته توسط سرپرستاران	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	*مدیر پرستاری با مشارکت سوپر وایزرها و سرپرستاران با طراحی فرآیندی از جمله فرم مصاحبه و مشاهده عملکرد میدانی و سایر روش‌ها با تشخیص مدیر پرستاری براساس صلاحیت حرفه‌ای مطابق آیین نامه شماره ۱۳۹/د/۶۶۸ مورخ ۱۳۹۵/۵/۴ اقدام نماید. **معیارهای ادامه و یا خاتمه خدمت با استفاده از اسناد و قوانین بالادستی از جمله قوانین استخدامی، قانون کار و سایر موارد انضباطی به تشخیص بیمارستان توسط مدیر پرستاری و مدیر منابع انسانی تهیه و در دسترس کارکنان قرار گیرد.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی، سرپرستاران و مسئول واحد منابع انسانی	

ج	۱	۲	مدیر پرستاری از مهارت‌های عمومی بالینی کارکنان جدیدالورود اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- اطمینان از مهارت و توانمندی پرستاران جدیدالورود قبل از بکارگیری و اعطای مسئولیت
- ارائه خدمات مراقبتی ایمن در بیمارستان با رعایت حدود فعالیت و قوانین مرتبط توسط پرستاران جدیدالورود

سنجه ۱. براساس برنامه‌ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت‌های عمومی بالینی کارکنان پرستاری جدید ارزیابی شده و احراز صلاحیت نهایی آنها توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می‌پذیرد.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین حداقل مهارت‌های عمومی بالینی و صلاحیت حرفه‌ای پرستاران جدیدالورود*	بررسی مستند
۲	طراحی چک‌لیست ارزیابی صلاحیت مهارت‌های عمومی بالینی پرستاران جدیدالورود **	بررسی مستند
۳	انجام ارزیابی مهارت‌های عمومی بالینی کارکنان پرستاری جدید و تکمیل فرم مربوط توسط سرپرستار/کارشناس خبره***	بررسی مستند
توضیحات	* توسط مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزر آموزشی، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران با توجه به فعالیت تخصصی هریک از بخش‌ها و شرح وظایف پرستاران و تجهیزات مرتبط با فرآیندهای مراقبتی تهیه و اطلاع رسانی می‌شود. ** مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزر آموزشی، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران و پرستاران خبره براساس حداقل مهارت‌های عمومی بالینی تعیین شده، چک لیست ارزیابی را تدوین و ابلاغ می‌نماید. *** تحت نظارت سوپروایزر آموزشی و درصورت لزوم برنامه‌ریزی‌های آموزشی برای آنها تنظیم و اجراء می‌شود. - کارشناس خبره بخش با معیارهای تعیین شده شناسایی و پس از تایید مدیر پرستاری در ارزیابی صلاحیت کارکنان جدید مشارکت می‌نماید. - کارکنان جدیدالورود صرفاً تازه استخدام نیستند و تمامی پرستاران انتقالی از سایر بخش‌ها نیز بایستی قبل از بکارگیری احراز صلاحیت بشوند. توصیه. ملاک‌های ارزیابی با استفاده از شرح وظایف پرستاران و ذکر حداقل مهارت‌های مورد نیاز برای انجام شرح وظایف عمومی تعیین می‌گردد.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرآموزشی، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران	

سنجه ۲. براساس برنامه‌ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت‌های ارتباطی کارکنان پرستاری ارزیابی شده و در صورت لزوم برنامه‌ریزی آموزشی فردی/گروهی طراحی و اجراء می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین حداقل مهارت‌های ارتباطی کارکنان جدیدالورود*	بررسی مستند
۲	طراحی چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های ارتباطی کارکنان جدیدالورود **	بررسی مستند
۳	انجام ارزیابی مهارت‌های ارتباطی کارکنان پرستاری جدید و تکمیل فرم مربوط توسط سرپرستار/کارشناس خبره ***	بررسی مستند
توضیحات	* توسط مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزر آموزشی، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران، با توجه حداقل مهارت‌های ارتباطی مندرج در شرح وظایف پرستاری هریک از بخش‌های بالینی و فعالیت تخصصی مرتبط تهیه و اطلاع رسانی می‌شود. ** مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزر آموزشی، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران و پرستاران خبره براساس حداقل مهارت‌های ارتباطی تعیین شده، چک لیست ارزیابی را تدوین و ابلاغ می‌نماید. *** تحت نظارت سوپروایزر آموزشی و درصورت لزوم برنامه‌ریزی‌های آموزشی برای آنها تنظیم و اجراء می‌شود. توصیه. ملاک ارزیابی با استفاده از شرح وظایف پرستاران و ذکر حداقل مهارت‌های مورد نیاز برای انجام شرح وظایف عمومی تعیین گردد.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرآموزشی، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران	

ج	۱	۳	مدیر پرستاری از مهارت‌های تخصصی بالینی کارکنان جدیدالورود پرستاری اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- ارائه خدمات مراقبتی صحیح و تخصصی توسط پرستاران حرفه ای و توانمند به منظور ایمنی بیماران و کاهش خطا
- پرستاران ذیصلاح و فارغ التحصیل از دانشگاه‌های کشور و مورد تایید وزارت بهداشت بکارگیری می‌شوند.

سنجه ۱. مدیریت پرستاری معیارهای ارزیابی صلاحیت مهارت‌های تخصصی پرستاران را برای اشتغال در بخش‌های بالینی بیمارستان شناسایی، تدوین و صلاحیت کارکنان جدیدالورود را بر همین اساس ارزیابی می‌نماید.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین معیارهای ارزیابی مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در هریک ار بخش‌های بالینی *	بررسی مستند
۲	طراحی چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود**	بررسی مستند
۳	انجام ارزیابی مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود و تکمیل فرم مربوط توسط سرپرستار/کارشناس خبره***	مشاهده
توضیحات	*توسط مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزر آموزشی، سوپروایزهای بالینی و سرپرستاران بر اساس شرح وظایف پرستاران حداقل مهارت و توانمندی‌های تخصصی و تجهیزات مرتبط با فرآیندهای مراقبتی مورد نیاز هر یک از بخش‌های درمانی و تشخیصی، تعیین و اطلاع رسانی می‌شود. **مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزر آموزشی، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران حداقل مهارت و توانمندی‌های تخصصی تعیین شده هر یک از بخش‌های تشخیصی و درمانی، چک لیست ارزیابی را تدوین و ابلاغ می‌نماید. ***تحت نظارت سوپروایزر آموزشی و درصورت لزوم برنامه‌ریزی‌های آموزشی برای آنها تنظیم و اجراء می‌شود. کارشناس خبره بخش با معیارهای تعیین شده شناسایی و پس از تایید مدیر پرستاری در ارزیابی صلاحیت کارکنان جدید مشارکت می‌نماید. کارکنان جدیدالورود صرفاً تازه استخدام نیستند و تمامی پرستاران انتقالی از سایر بخش‌ها نیز بایستی قبل از بکارگیری احراز صلاحیت بشوند. توصیه. شرح وظایف پرستاران (ابلاغیه وزارت بهداشت) در تعیین ملاک‌های ارزیابی مد نظر قرار گیرد.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرآموزشی، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران	

سنجه ۲ براساس برنامه‌ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت‌های کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش‌های ویژه (ICU) ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می‌پذیرد.

سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش ICU[1] *	مشاهده
۲	انجام ارزیابی مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود به بخش ICU توسط سرپرستار/کارشناس خبره	بررسی مستند و مصاحبه
۳	بکارگیری کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش ICU پس از احراز صلاحیت نهایی	مشاهده و مصاحبه
۴	در صورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز، اجرای برنامه آموزشی، ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت نهایی**	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش ICU بر اساس معیارهای تدوین و ابلاغ شده مدیریت پرستاری (موضوع سنجه ۱) و تحت نظارت سوپروایزر بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بخش مراقبت ویژه جراحی قلب باز نیز شامل این سنجه است. **درصورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز بخش لازم است ضمن بکارگیری محدود، برنامه آموزشی مرتبط با هماهنگی سوپروایزر آموزشی تنظیم و اجراء شود و صرفاً پس از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل، محدودیت بکارگیری رفع شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی، سوپروایزر آموزشی، سرپرستار بخش	

[1] Intensive care unit

سنجه ۳. براساس برنامه‌ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت‌های کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش‌های ویژه (CCU) ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش CCU[1] *	مشاهده
۲	انجام ارزیابی مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود به بخش CCU توسط سرپرستار/کارشناس خبره	بررسی مستند و مصاحبه
۳	بکارگیری کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش CCU پس از احراز صلاحیت نهایی	مصاحبه و مشاهده
۴	درصورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز، اجرای برنامه آموزشی، ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت نهایی**	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش CCU بر اساس معیارهای تدوین و ابلاغ شده مدیریت پرستاری (موضوع سنجه ۱) و تحت نظارت سوپروایزر بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. **درصورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز بخش لازم است ضمن بکارگیری محدود، برنامه آموزشی مرتبط با هماهنگی سوپروایزر آموزشی تنظیم و اجراء شود و صرفاً پس از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل، محدودیت بکارگیری رفع شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی، سوپروایزر آموزشی، سرپرستار بخش	

سنجه ۴. براساس برنامه‌ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت‌های کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش‌های ویژه (NICU) ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش NICU[2] *	بررسی مستند
۲	انجام ارزیابی مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود به بخش NICU توسط سرپرستار/کارشناس خبره	بررسی مستند
۳	بکارگیری کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش NICU پس از احراز صلاحیت نهایی	مصاحبه و مشاهده
۴	درصورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز، اجرای برنامه آموزشی، ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت نهایی**	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش NICU بر اساس معیارهای تدوین و ابلاغ شده مدیریت پرستاری (موضوع سنجه ۱) و تحت نظارت سوپروایزر بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. **درصورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز بخش لازم است ضمن بکارگیری محدود، برنامه آموزشی مرتبط با هماهنگی سوپروایزر آموزشی تنظیم و اجراء شود و صرفاً پس از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل، محدودیت بکارگیری رفع شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی، سوپروایز آموزشی، سرپرستار بخش	

[1] Cardiac care unit

[2] Neonatal ICU

سنجه ۵. براساس برنامه‌ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت‌های کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش‌های اتاق عمل ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش اتاق عمل *	بررسی مستند
۲	انجام ارزیابی مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود به بخش اتاق عمل توسط سرپرستار/کارشناس خبره	بررسی مستند
۳	بکارگیری کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش اتاق عمل پس از احراز صلاحیت نهایی	مصاحبه و مشاهده
۴	درصورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز، اجرای برنامه آموزشی، ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت نهایی**	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش اتاق عمل بر اساس معیارهای تدوین و ابلاغ شده مدیریت پرستاری (موضوع سنجه ۱) و تحت نظارت سوپروایزر بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. **درصورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز بخش لازم است ضمن بکارگیری محدود، برنامه آموزشی مرتبط با هماهنگی سوپروایزر آموزشی تنظیم و اجراء شود و صرفاً پس از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل، محدودیت بکارگیری رفع شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزر بالینی، سوپروایزرآموزشی، سرپرستار بخش	

سنجه ۶. براساس برنامه‌ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت‌های کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش‌های اورژانس ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش اورژانس *	بررسی مستند
۲	انجام ارزیابی مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود به بخش اورژانس توسط سرپرستار/کارشناس خبره	بررسی مستند
۳	بکارگیری کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش اورژانس پس از احراز صلاحیت نهایی	مصاحبه و مشاهده
۴	درصورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز، اجرای برنامه آموزشی، ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت نهایی**	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش اورژانس بر اساس معیارهای تدوین و ابلاغ شده مدیریت پرستاری (موضوع سنجه ۱) و تحت نظارت سوپروایزر بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. **درصورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز بخش لازم است ضمن بکارگیری محدود، برنامه آموزشی مرتبط با هماهنگی سوپروایزر آموزشی تنظیم و اجراء شود و صرفاً پس از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل، محدودیت بکارگیری رفع شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزر بالینی، سوپروایزرآموزشی، سرپرستار بخش	

سنجه ۷ براساس برنامه‌ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت‌های کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش‌های PICU ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش PICU[1] *	بررسی مستند
۲	انجام ارزیابی مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود به بخش PICU توسط سرپرستار/کارشناس خبره	بررسی مستند
۳	بکارگیری کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش PICU پس از احراز صلاحیت نهایی	مصاحبه و مشاهده
۴	درصورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز، اجرای برنامه آموزشی، ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت نهایی**	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش PICU بر اساس معیارهای تدوین و ابلاغ شده مدیریت پرستاری (موضوع سنجه ۱) و تحت نظارت سوپروایزر بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. **درصورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز بخش لازم است ضمن بکارگیری محدود، برنامه آموزشی مرتبط با هماهنگی سوپروایزر آموزشی تنظیم و اجراء شود و صرفاً پس از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل، محدودیت بکارگیری رفع شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی، سوپروایز آموزشی، سرپرستار بخش	

[1] Pediatric ICU

سنجه ۸. براساس برنامه‌ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت‌های کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش‌های BICU ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش BICU[1] *	بررسی مستند
۲	انجام ارزیابی مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود به بخش BICU توسط سرپرستار/کارشناس خبره	بررسی مستند
۳	بکارگیری کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش BICU پس از احراز صلاحیت نهایی	مصاحبه و مشاهده
۴	درصورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز، اجرای برنامه آموزشی، ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت نهایی**	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش BICU بر اساس معیارهای تدوین و ابلاغ شده مدیریت پرستاری (موضوع سنجه ۱) و تحت نظارت سوپروایزر بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. **درصورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز بخش لازم است ضمن بکارگیری محدود، برنامه آموزشی مرتبط با هماهنگی سوپروایزر آموزشی تنظیم و اجراء شود و صرفاً پس از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل محدودیت بکارگیری رفع شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی، سوپروایز آموزشی، سرپرستار بخش	

سنجه ۹. براساس برنامه‌ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت‌های کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش‌های دیالیز ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش دیالیز *	بررسی مستند
۲	انجام ارزیابی مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود به بخش دیالیز توسط سرپرستار/کارشناس خبره	بررسی مستند
۳	بکارگیری کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش دیالیز پس از احراز صلاحیت نهایی	مصاحبه و مشاهده
۴	درصورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز، اجرای برنامه آموزشی، ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت نهایی**	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* چک‌لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش دیالیز بر اساس معیارهای تدوین و ابلاغ شده مدیریت پرستاری (موضوع سنجه ۱) و تحت نظارت سوپروایزر بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. **درصورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز بخش لازم است ضمن بکارگیری محدود، برنامه آموزشی مرتبط با هماهنگی سوپروایزر آموزشی تنظیم و اجراء شود و صرفاً پس از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل، محدودیت بکارگیری رفع شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی، سوپروایز آموزشی، سرپرستار بخش	

[1] Burn ICU

ج	۱	۴	سیاست‌های آموزشی برای کادر پرستاری تعیین و ابلاغ می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ارتقاء علمی و مهارت تخصصی کارکنان پرستاری
- کاهش خطاهای مراقبتی

سنجه. سیاست‌های آموزشی کارکنان پرستاری حداقل سالی یک‌بار تعیین و به همه بخش‌ها/واحدهای مرتبط ابلاغ و بر اجرای آن نظارت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انجام فرآیند نیازسنجی و شناسایی، نیازهای آموزشی سالیانه کارکنان پرستاری *	بررسی مستند
۲	اولویت‌بندی نیازهای آموزشی سالیانه کارکنان و متناسب با نیازهای مراقبتی بیماران توسط مدیر پرستاری**	بررسی مستند
۳	نظارت مدیر پرستاری بر اجرای برنامه ریزی آموزشی و تامین منابع آموزشی و کمک آموزشی مورد نیاز ***	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* با محوریت مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزر آموزشی، سرپرستاران مطابق استاندارد الف–۷–۱۰ مدیریت منابع انسانی موضوع "توانمندسازی کارکنان بر اساس آموزش‌های هدفمند"، برنامه‌ریزی و اجراء می‌شود". ** الویت‌بندی برنامه‌های آموزشی شامل همه کارکنان مرتبط با بیمار کادر پرستاری (پرستار، تکنسین/کاردان/کارشناس اتاق عمل و هوشبری، بهیار، کمک پرستار/کمک بهیار و نیازهای مراقبتی در راستای ایمنی بیمار باشد. ***مدیریت پرستاری با مشارکت تیم مدیریت اجرایی برنامه‌های مصوب را اجراء و بودجه آن توسط تیم حاکمیتی تامین، و مدیر پرستاری بر اجرای برنامه‌های آموزشی نظارت می‌نماید. منظور از سیاست‌های آموزشی، الویت‌بندی و تعیین شیوه‌های آموزشی و ارزیابی است. در این سنجه منظور از تعیین سیاست‌های آموزشی، الویت‌بندی و برنامه‌ریزی جامعِ سالیانه آموزش در گروه پرستاری، در سطح بیمارستان است. توصیه ۱. نیازسنجی آموزشی کارکنان پرستاری حداقل شامل موارد ذیل است ۱. نیازسنجی آموزشی بر مبنای توسعه فردی کارکنان پرستاری ۲. تعیین الویت‌های آموزشی در هربخش توسط سرپرستار و با مشارکت سوپروایزر آموزشی که به تایید مدیرپرستاری می‌رسد ۳. برنامه‌های آموزشی بر اساس سیاست‌های کلان آموزشی مدیریت پرستاری در موضوع مراقبت‌های عمومی یا اختصاصی توصیه ۲. ملاک اصلی برنامه‌ریزی آموزشی شرح وظایف پرستاران و مهارت‌های مورد نیاز برای انجام وظایف عمومی، تخصصی و صلاحیت حرفه ای مصوب پرستاری (ابلاغیه وزارت بهداشت) است.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایز آموزشی، سرپرستاران	

ج	۱	۵	مدیریت پرستاری از پاسخگویی و اجرای صحیح وظایف محوله کارکنان پرستاری اطمینان حاصل می‌کند.

دستاورد استاندارد

- نهادینه سازی فرهنگ مسئولیت پذیری
- پاسخگویی توام با اجرای صحیح وظایف در چارچوب شرح وظایف محوله

سنجه ۱. سرپرستاران عملکرد پرستاران دربخش را در زمینه ارزیابی‌های اولیه پرستاری پایش و کنترل نموده و با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی را برای بهبود عملکرد آنان تدوین و اجراء می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارزیابی عملکرد پرستاران بخش در زمینه ارزیابی‌های اولیه پرستاری توسط سرپرستاران	بررسی مستند
۲	انجام مداخلات اصلاحی توسط سرپرستاران، بر اساس نتایج ارزیابی عملکرد پرستاران بخش در زمینه ارزیابی‌های اولیه پرستاری	بررسی مستند
توضیحات	* ملاک ارزیابی استانداردهای مراقبت‌های عمومی بالینی در موضوع ارزیابی اولیه پرستاری است.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی، سرپرستاران	

سنجه ۲. سرپرستاران عملکرد پرستاران بخش را مطابق مراجع مراقبتی پرستاری پایش و کنترل نموده و با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی را برای بهبود عملکرد آنها تدوین و اجراء می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تهیه و ابلاغ مراجع مراقبتی معتبر پرستاری به کلیه بخش‌ها /واحدها *	بررسی مستند
۱	ارزیابی عملکرد پرستاران دربخش را در زمینه ارزیابی‌های اولیه پرستاری توسط سرپرستاران**	بررسی مستند
۲	انجام مداخلات اصلاحی توسط سرپرستاران، بر اساس نتایج ارزیابی عملکرد پرستاران بخش در زمینه مراقبت‌های پرستاری	بررسی مستند
توضیحات	*توسط مدیریت پرستاری با مشارکت سوپروایز بالینی، سرپرستاران **ملاک ارزیابی مراجع مراقبت پرستاری ابلاغ شده است. توصیه. مدیریت پرستاری با کمک سوپروایزرهای بالینی به منظور ایجاد یکپارچگی مراقبت‌های پرستاری و پرهیز از سلیقه گرایی در انجام مراقبت‌ها، در کلیه بخش‌های تشخیصی درمانی عملکرد پرستاران را بر اساس مراجع مراقبتی ابلاغی، پایش و کنترل نماید.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی، سرپرستاران	

سنجه ۳. سرپرستاران عملکرد پرستاران بخش را در زمینه روش ثبت صحیح اقدامات مراقبت‌های پرستاری پایش و کنترل نموده و با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی را برای بهبود عملکرد آنها تدوین و اجراء می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارزیابی عملکرد پرستاران دربخش در زمینه روش ثبت صحیح اقدامات مراقبت‌های پرستاری توسط سرپرستاران*	بررسی مستند
۲	انجام مداخلات اصلاحی توسط سرپرستاران، بر اساس نتایج ارزیابی عملکرد پرستاران بخش در زمینه ثبت صحیح اقدامات پرستاری	بررسی مستند
توضیحات	*ملاک ارزیابی مراجع مراقبت پرستاری ابلاغ شده است. توصیه. مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزرها و سرپرستاران بر اساس توصیه‌ها و دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، روش ثبت صحیح اقدامات و مراقبت‌های پرستاری را در تمامی بخش‌های بالینی، حداقل شامل: چگونگی وضعیت عمومی بیمار در هر نوبت کاری شرح اقدامات درمانی و دارویی پیگیری‌های بعدی نظیر مشاوره پزشکی نتایج اقدامات به عمل آمده و ثبت موارد خاص، تدوین و به بخش‌ها اطلاع رسانی نماید.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی، سرپرستاران	

ج. مدیریت خدمات پرستاری

ج-۲)مدیریت مراقبت‌های پرستاری

ج	۲	۱	نیازهای بخش‌های بالینی از نظر منابع مالی و فیزیکی مختلف تعیین و به مسولان مربوط اعلام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- اثر بخشی برنامه‌های تدوین شده
- اولویت بخشی در تخصیص بودجه‌ها به برنامه‌های دارای اولویت ارتقای ایمنی بیماران، بهبود کیفیت
- تخصیص بودجه مورد نیاز برای اجرای برنامه‌های مراقبتی

سنجه ۱. مدیریت پرستاری بودجه سالیانه لازم را بر اساس برنامه‌های عملیاتی و فعالیت‌های پرستاری برآورد و ردیف‌های صرف بودجه را به صورت مکتوب درخواست نموده و پس از تصویب و تخصیص عملیاتی می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بر آورد بودجه سالیانه و ردیف‌های صرف بودجه برنامه‌های عملیاتی حوزه پرستاری توسط مدیر پرستاری	بررسی مستند
۲	تایید بودجه برنامه‌های عملیاتی حوزه پرستاری، توسط مدیریت اجرایی*	بررسی مستند و مصاحبه
۳	تصویب تخصیص و تامین بودجه برنامه‌های عملیاتی حوزه پرستاری توسط تیم حاکمیتی **	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*مدیر پرستاری برنامه عملیاتی و برآورد بودجه سالیانه فعالیتهای پرستاری را به همراه الویت‌های صرف بودجه با مشارکت مدیر بیمارستان و مسئول امورمالی و سرپرستاران تعیین، و در جلسه تیم مدیریت اجرایی مطرح و مصوب می‌شود. **در صورتی که بیمارستان فاقد تیم حاکمیتی باشد تیم مدیریت اجرایی مسئولیت تخصیص و تامین بودجه‌های عملیاتی را به عهده دارد.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، مدیر بیمارستان، مسئول امور مالی و سرپرستاران	

سنجه ۲. نیازهای اعلام شده از طرف سرپرستاران برای اجرای وظایف کاری تعیین شده توسط مدیریت پرستاری الویت‌بندی و درخواست شده و پیگیری لازم به منظور تامین منابع به عمل میاید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت نیازهای بخش‌ها /واحدهای بخش‌های بالینی در سامانه مربوط*	بررسی مستند
۲	الویت‌بندی، تایید و ارسال نیازهای درخواستی بخش‌های بالینی در سامانه مربوط، توسط مدیر پرستاری	بررسی مستند
۳	پیگیری مدیر پرستاری و تامین منابع نیازهای اعلام شده از سوی مدیریت بیمارستان	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*در بیمارستان‌های مختلف از سامانه‌های متنوع استفاده می‌شود آنچه اهمیت دارد دسترسی مدیر پرستاری بر درخواست‌های بخش‌ها و اعمال مدیریت بر درخواست‌های وارده است. توصیه. سرپرستاران نیازهای بخش‌ها /واحدهای تحت نظارت خود را تعیین و الویت‌بندی نموده و در بازه زمانی تعیین شده از طریق سامانه مرتبط درخواست می‌نمایند. مدیر پرستاری درخواست‌های واصله را بررسی و الویت‌بندی و در صورت تایید، به تیم اجرایی ارسال و پیگیری می‌نماید.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، مدیر بیمارستان، مسئول امور مالی و سرپرستاران	

ج	۲	۲	سیاست‌های آموزشی برای بیماران /همراهان تعیین و ابلاغ می‌شود.

دستاورد استاندارد

- مدیریت هدفمند آموزش‌ها برای بیماران و همراهان در راستای ارائه خدمات پرستاری
- تامین نیازهای آموزشی بیماران به منظور ارتقاء کیفیت خدمات و تسریع در روند بهبودی و خود مراقبتی

سنجه. ۰سیاست‌های آموزشی برای بیماران / همراهان به بخش‌های بالینی ابلاغ شده و مدیر پرستاری براجرایی شدن این سیاست‌ها نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی، نیازهای آموزشی بیماران و همراهان*با محوریت سوپروایزر آموزشی	بررسی مستند
۲	اولویت‌بندی نیازهای آموزشی بیماران و همراهان متناسب با الویت‌های مراقبتی	بررسی مستند
۳	برنامه ریزی و تامین منابع آموزشی و کمک آموزشی مورد نیاز برنامه‌های آموزشی بیماران و همراهان	مشاهده و مصاحبه
۴	نظارت مدیریت پرستاری بر اجرای صحیح برنامه‌های آموزشی بیماران و همراهان ***	مصاحبه

توضیحات	*با محوریت سوپروایزر آموزشی و مشارکت سرپرستاران و تحت نظارت مدیر پرستاری **سیاست‌گذاری مدیری پرستاری از طریق الویت‌بندی برنامه‌های آموزشی بیماران و همراهان متناسب با الویت‌های مراقبتی ***نظارت میدانی توسط سوپروایزر آموزشی و بازدیدهای میدانی مدیر پرستاری انجام می‌شود. توصیه ۱. تشکیل کارگروه آموزش به بیمار در هریک از بخش‌های بالینی متشکل از: ۱. رئیس بخش (یا یکی از پزشکان به نمایندگی از طرف ایشان) ۲. سرپرستار بخش ۳. سوپروایزر آموزشی ۴. مسئول آموزش به بیمار توصیه ۲. نیازهای آموزشی بیماران با توجه به نوع فعالیت تخصصی و سطوح دانش گیرندگان خدمت و مراقبت‌های پرستاری مورد نیاز در بخش‌های مختلف براساس بیماریهای شایع هر بخش، توسط کارگروه آموزش به بیمار شناسایی و الویت‌بندی شده و پس از تایید مدیر پرستاری، ضمن تامین امکانات اجرایی شود. انواع روش‌های آموزش به بیمار شامل چهره به چهره، استفاده از پمفلت و جزوات آموزشی، نمایش فیلم آموزشی و برگزاری کلاس‌های آموزشی است.
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایز آموزشی، سرپرستاران

ج	۲	۳	مدیریت پرستاری بر نحوه اداره امور بخش‌ها نظارت می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- نظارت هدفمند و برنامه ریزی شده به منظور ارائه مراقبت متناسب با نیاز بیماران و برنامه درمانی طراحی شده
- بهبود مستمر مراقبت‌های پرستاری مبتنی بر شواهد علمی

سنجه۱. روش اجرایی "نظارت بر اداره امور بخش‌های بالینی" تدوین شده و مسولان پرستاری از آن اگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*با محوریت مدیر پرستاری و مشارکت سوپروایزرهای بالینی و آموزشی و سرپرستاران توصیه . روش اجرایی بایستی تمامی جزئیات بازدیدهای نظارتی را در تمام سطوح مدیریت پرستاری تبیین نماید، به نحوی که بازدیدهای سلیقه‌ای حذف و روش‌های نظارت یکپارچه و اثربخش شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی	

سنجه۲. مدیریت پرستاری اطمینان حاصل می‌نماید که نظارت بر "ارزیابی اولیه پرستاری" توسط سرپرستاران انجام شده و براساس آن مداخلات اصلاحی برای بهبود عملکرد سرپرستاران انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارزیابی عملکرد پرستاران بخش در زمینه ارزیابی‌های اولیه پرستاری توسط سوپروایزرهای بالینی و مدیر پرستاری*	بررسی مستند
۲	انجام مداخلات اصلاحی توسط مدیر پرستاری، بر اساس نتایج ارزیابی عملکرد پرستاران بخش در زمینه ارزیابی‌های اولیه پرستاری	بررسی مستند
۳	ارزیابی عملکرد نظارتی سرپرستاران بر روند ارزیابی اولیه پرستاران بر اساس نتایج ارزیابی سوپروایزرهای بالینی و مدیر پرستاری	بررسی مستند
۴	انجام مداخلات اصلاحی توسط مدیر پرستاری، در جهت بهبود عملکرد نظارتی سرپرستاران (درصورت لزوم)	بررسی مستند
توضیحات	*فرآیند نظارت با رعایت روش اجرایی موضوع سنجه ۱ انجام شود. توصیه . مدیر پرستاری با توجه به نتایج پایش و کنترل انجام شده توسط سرپرستاران نسبت به مداخلات اصلاحی نظارت می‌نماید.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی	

سنجه۳. مدیریت پرستاری "مراجع مراقبتی پرستاری" را حداقل سالی یک‌بار مشخص و به پرستاران ابلاغ می‌نماید و بر اساس آن پایش و تحلیل عملکرد را انجام و با مشارکت سرپرستاران مداخلات اصلاحی را طراحی نموده و بر اجرای آن نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بازنگری و ابلاغ مراجع مراقبتی پرستاری به بخش‌های بالینی توسط مدیر پرستاری حداقل به صورت سالیانه	بررسی مستند و مصاحبه
۲	پایش و کنترل رعایت اصول مراقبت پرستاری بر اساس مراجع مراقبتی، توسط سوپروایزرهای بالینی و مدیر پرستاری*	بررسی مستند
۳	انجام مداخلات اصلاحی بر اساس نتایج ارزیابی (در صورت لزوم) توسط مدیر پرستاری با مشارکت سرپرستاران	بررسی مستند
توضیحات	*فرآیند نظارت با رعایت روش اجرایی موضوع سنجه ۱ انجام شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی	

سنجه۴. مدیریت پرستاری "روش ثبت اقدامات و مراقبت‌های پرستاری" را حداقل سالی یک‌بار بازنگری و به کارکنان پرستاری ابلاغ می‌نماید و اطمینان حاصل می‌نماید که عملکرد پرستاران توسط سرپرستاران ارزیابی شده و براساس آن مداخلات اصلاحی برای بهبود عملکرد سرپرستاران انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بازنگری و ابلاغ روش ثبت اقدامات و مراقبت‌های پرستاری به بخش‌های بالینی حداقل به صورت سالیانه	بررسی مستند
۲	ارزیابی روش ثبت اقدامات و مراقبت‌های پرستاری در بخش‌ها توسط سوپروایزرهای بالینی و مدیر پرستاری	بررسی مستند
۳	تحلیل نتایج ارزیابی و در صورت لزوم انجام مداخلات اصلاحی توسط مدیر پرستاری	بررسی مستند
توضیحات	مدیر پرستاری باتوجه به لزوم بروز رسانی روش ثبت صحیح اقدامات و مراقبت‌های پرستاری، روشهای مربوطه را حداقل سالیانه بازنگری نموده، نسبت به تعیین روشهای یادشده تصمیم گیری و منابع تایید شده را به بخش‌ها/واحدها ابلاغ می‌نماید، با نظارت بر روند بکارگیری روش ثبت صحیح اقدامات و مراقبت‌های پرستاری تعیین شده توسط سرپرستاران در بازه زمانی مشخص عملکرد کارکنان پرستاری پایش می‌نماید، با مشارکت سرپرستاران نتایج پایش را تحلیل نموده، در صورت نیاز برنامه اصلاحی را تدوین می‌نماید و بر روند اجرای مداخلات اصلاحی کنترل و نظارت می‌نماید.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی	

سنجه۵. مدیریت پرستاری بر نحوه اجرای مراقبت‌های موردی به ویژه تناسب سطح مراقبتی و توانمندی پرستاران نظارت و کنترل لازم به عمل می‌آورد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نظارت بر اجرای مراقبت‌های موردی[1] پرستاری، توسط سوپروایزرهای بالینی و مدیر پرستاری*	بررسی مستند
۲	کنترل و نظارت بر اجرای مراقبت‌های موردی براساس گزارشات نوبت کاری سوپروایزری	بررسی مستند
۳	تحلیل نتایج ارزیابی و در صورت لزوم انجام مداخلات اصلاحی توسط مدیر پرستاری	بررسی مستند
توضیحات	* اجرای مراقبت موردی بر اساس سطوح مراقبتی علمی از جمله انطباق فعالیتهای پرستاری با سطوح مراقبتی بیماران و توانمندی پرستاران توصیه . مدیر پرستاری با مشارکت سرپرستاران به منظور ارائه خدمات مورد نیاز بیماران، سطوح مراقبتی را براساس منابع موجود بررسی و تدوین نموده به کارکنان بخش‌ها/واحدها ابلاغ می‌نماید. همچنین اجرای مراقبت‌های موردی براساس گزارشات نوبت‌کاری سوپروایزرها و بازدیدهای مختلف از بخش‌ها و مندرجات دفاتر تقسیم کار بر اساس توانمندی کارکنان پرستاری ارزیابی و کنترل می‌شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی	

[1] Case method

سنجه۶. روش اجرایی "نحوه تشویق و کنترل‌های انضباطی کارکنان پرستاری" تدوین شده است و کارکنان و مسولان بخش‌ها از آن اطلاع داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی	

ج ۲ ۴ مدیریت پرستاری بر نحوه مدیریت تخت اعزام و انتقال بیماران در داخل و خارج بیمارستان نظارت می‌نماید.

دستاورد استاندارد :

- مدیریت بیماران و تخت‌ها با رعایت حدود فعالیت و قوانین مرتبط
- ارائه خدمات ایمن به بیماران در زمان انتقال و اعزام

سنجه۱. گزارش سوپروایزری در ۲۴ ساعت گذشته در ارتباط با مدیریت تخت تحلیل و در صورت نیاز مداخلات اصلاحی پیشنهاد و اجراء می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت گزارش نوبت کاری سوپروایزری درخصوص مدیریت تخت با الویت بیماران اورژانس و مشکلات رخداده طی ۲۴ ساعت کاری	بررسی مستند
۲	بررسی روزانه گزارش نوبت کاری توسط مدیر پرستاری و در صورت لزوم پیشنهاد / انجام اقدامات اصلاحی*	بررسی مستند
توضیحات	*درمواردی که مرتبط با عملکرد پرستاری است مستقیما اقدام اصلاحی برنامه‌ریزی و اجراء می‌شود و در موارد پزشکی با هماهنگی ریاست بیمارستان/ کمیته اورژانس، اقدامات اصلاحی طراحی و اجراء می‌شود. توصیه . گزارش نوبت کاری سوپروایزری و مدیریت تخت بیماران با الویت بیماران اورژانس و موارد مشکلات رخداده، مطابق بخش‌نامه شماره ۴۰۰/۱۵۳۰۷د مورخ ۱۳۹۵/۵/۱۹ ثبت می شود، با نتایج تحلیل گزارشات ثبت شده در صورت نیاز اقدامات اصلاحی را پیشنهاد و نسبت به رفع مشکلات با طرح در کمیته اورژانس و تیم مدیریت اجرایی اقدام می‌نماید.		
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، مدیر پرستاری، رئیس بخش اورژانس، سوپروایزرهای بالینی	

سنجه۲. مدیریت پرستاری با روش مشخص بر روند جابجایی بین‌بخشی بیماران نظارت می‌نماید و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی پیشگیرانه به عمل می‌آورد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین* روش اجرایی "نظارت بر جابجایی بین‌بخشی بیماران"	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبطاز روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*این روش اجرایی بر نحوه نظارت و اقدامات اصلاحی و پیشگرانه مدیریت پرستاری بر جابجایی‌های بین‌بخشی بیماران متمرکز است و دستورالعمل جابجایی ایمن بیماران در محور مراقبت‌های عمومی بالینی استاندارد ب-۱-۱۵ پیش‌بینی شده است.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی	

سنجه۳. مدیریت پرستاری با روش مشخص بر روند انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان نظارت می‌نماید و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی/ پیشگیرانه به عمل می‌آورد		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین* روش اجرایی "نظارت برانتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان بیماران"	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*این روش اجرایی بر نحوه نظارت و اقدامات اصلاحی و پیشگرانه مدیریت پرستاری بر انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان متمرکز است و دستورالعمل بر انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان در محور مراقبت‌های عمومی بالینی استاندارد ب-۱-۱۵ پیش‌بینی شده است.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی	

سنجه۴. مدیریت پرستاری با روش مشخص بر روند اعزام به سایر مراکز نظارت می‌نماید و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه به عمل می‌آورد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین* روش اجرایی "نظارت بر اعزام بیماران به سایر مراکز "	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*این روش اجرایی بر نحوه نظارت و اقدامات اصلاحی و پیشگرانه مدیریت پرستاری بر اعزام بیماران به سایر مراکز، متمرکز است و رعایت دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، در موضوع اعزام بیماران به سایر مراکز در محور مراقبت‌های عمومی بالینی استاندارد ب-۱-۱۵ پیش‌بینی شده است.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی	

سنجه۵. مدیریت پرستاری با روش مشخص بر روند مشاوره‌های داخل و خارج از بیمارستان نظارت می‌نماید و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه به عمل می‌آورد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین* روش اجرایی "نظارت بر روند انجام مشاوره‌های پزشکی داخل و خارج از بیمارستان"	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*در این روش اجرایی نحوه پایش مدت انتظار برای انجام مشاوره‌ها عادی و اورژانس در بخش‌های بستری و بخش اورژانس و اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه مورد نظر بیمارستان با محوریت مدیریت پرستاری برنامه‌ریزی می‌شود.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی و روسای بخش های بالینی (معاون آموزشی در بیمارستان‌های آموزشی)	

سنجه۶. مستندات مربوط به نحوه آمادگی نوبت دهی نحوه انجام/نتایج خدمات در واحدهای پاراکلینیک در اختیار سرپرستاران قرار گرفته است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اعلام نحوه نوبت دهی، آمادگی‌های لازم بیماران و زمان نتایج اقدامات توسط واحدهای پاراکلینیک، به بخش‌های بالینی *	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان پرستاری از نحوه نوبت دهی، آمادگی‌های لازم بیماران و زمان نتایج اقدامات توسط واحدهای پاراکلینیک	مصاحبه
توضیحات	*مدیر پرستاری برای تحقق این استاندارد با هماهنگی مسئولان بخش‌های تصویر برداری، آزمایشگاه، بخش‌های اسکوپی و سایر بخش‌های تشخیصی اطلاعات مورد نظر را تهیه و در اختیار سرپرستاران قرار می‌دهد. توصیه. مدیریت اجرایی بیمارستان به منظور ارتقاء کیفیت ارائه خدمات و رضایت مندی بیماران و همراهان و همچنین مدیریت منابع، اقدام به شناسایی فرآیندهای از قبیل نحوه آمادگی/ نوبت دهی/ نحوه انجام/ نتایج خدمات و اقدامات پاراکلینیک با مشارکت مسئولان فنی واحدهای پاراکینیک و مدیریت پرستاری اقدام نماید	
هدایت کننده	مدیریت پرستاری، مسئولان و روسای واحدهای پاراکلینیک و تشخیصی	

ج	**۲**	**۵**	**مدیریت پرستاری بر نحوه تعامل بخش‌های بالینی با سایر بخش‌ها/واحدها نظارت می‌نماید.**	

دستاورد استاندارد

- ایفای نقش تعیین شده در ارائه خدمات سلامت توسط بیمارستان با رعایت حدود فعالیت و قوانین مرتبط
- ارائه خدمات مراقبتی ایمن و با کیفیت و یکپارچه در بیمارستان

سنجه. مدیریت پرستاری با روش مشخص بر روند تعامل بخش‌های بالینی با سایر بخش‌ها نظارت می‌نماید و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه به عمل می‌آورد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده ال	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی"نظارت بر روند تعامل بخش‌های بالینی با سایر بخش‌ها"	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	نقش محوری مدیر پرستاری در تقویت تعاملات بین‌بخشی به منظور تسریع و تسهیل در روند ارائه خدمات به بیماران حائز اهمیت است و تدوین یک روش اجرایی موجب سارختارمندی این اقدامات با رویکردی سیستماتیک شده و انتظار می‌رود در گام‌های اجرایی این روش شیوه‌های تقویت تعامل و رفع موانع همکاری بین‌بخشی از طریق اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه پیش‌بینی شود.	
هدایت کننده	مدیریت پرستاری، سرپرستاران	

د. مدیریت دارو و تجهیزات

د–۱) مدیریت دارویی

- ❖ منظور از مسئول فنی در سنجه‌ها مسئول فنی داروخانه است.
- ❖ منظور از رئیس بخش مراقبت‌های دارویی در سنجه‌ها رئیس بخش مراقبت‌های دارویی، ملزومات و تجهیزات پزشکی است.
- ❖ منظور از داروساز بالینی / داروساز، داروساز بالینی یا داروساز شاغل در بیمارستان است.
- ❖ منظور از کمیته دارو درمان همان کمیته درمان، دارو تجهیزات و ملزومات پزشکی است.

د	۱	۱	بیمارستان از دسترسی به دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی مورد نیاز بیمار اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- تعیین فارماکوپه بیمارستان در زیر مجموعه فهرست رسمی داروهای ایران (IDL)
- تامین به موقع و مدیریت هزینه دارو ملزومات و تجهیزات پزشکی از طریق آنالیز مصرف آن‌ها
- کسب اطمینان از دسترسی بیماران به داروهای حیاتی و ضروری

سنجه ۱. کمیته دارو درمان با محوریت مدیریت دارویی، فارماکوپه دارویی بیمارستان را تدوین، و به تمامی گروه‌های درمانی و پزشکان اطلاع‌رسانی نموده و یک نسخه از آن در هر بخش موجود است.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین فارماکوپه دارویی در کمیته دارو درمان بیمارستان با محوریت مدیریت دارویی*	بررسی مستند
۲	نام ژنریک، نام تجاری،کد احتصاصی، شکل دارویی، قدرت دارو، قیمت دارو در فارماکوپه بیمارستان**	بررسی مستند
۳	ابلاغ فارماکوپه به صورت فایل الکترونیکی به پزشکان و بخش‌های بالینی	بررسی مستند
۴	آگاهی پزشکان و کارکنان مرتبط بخش‌های بالینی از فارماکوپه ابلاغی بیمارستان	مصاحبه
۵	بازنگری فارماکوپه بیمارستان حداقل سالیانه و در فواصل زمانی کمتر با تشخیص کمیته دارو و درمان	بررسی مستند

توضیحات	* مسئول فنی داروخانه / رئیس بخش مراقبت‌های دارویی فارماکوپه پیشنهادی را جهت بررسی و تصویب به کمیته دارو درمان ارائه می‌دهند. ** فارماکوپه بیمارستان باید زیرمجموعه فهرست رسمی داروهای ایران (IDL) باشد و هیچ بیمارستانی مجوز درج دارویی خارج از فارماکوپه کشوری را در فارماکوپه بیمارستان ندارد. فارماکوپه و فرمولری بیمارستان یک مفهوم دارد. توصیه ۱ .آنالیزABC فارماکوپه هرسه ماه یکبار انجام شود و برای ۵ داروی پرهزینه گروه A ، دستورالعمل تجویز و مصرف تدوین شود و براساس آن عمل شود تا هزینه کرد دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی بهتر مدیریت شود. توصیه ۲. به علت احتمال خطا و اشتباه درنگارش و بروز خطاهای دارویی درج منوگراف دارویی در فارماکوپه ضرورتی ندارد.
هدایت کننده	کمیته دارو درمان، مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی

سنجه ۲. کمیته دارو درمان با محوریت مدیریت دارویی، فهرست داروهای ضروری را بر مبنای نام ژنریک تدوین، و در فارماکوپه بیمارستان لحاظ نموده است و حداقل سالی یکبار این فهرست به روز رسانی می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تعیین فهرست داروهای ضروری در فارماکوپه بیمارستان	بررسی مستند
۲	بازنگری فهرست داروهای ضروری در فارماکوپه بیمارستان حداقل سالیانه و در فواصل زمانی کمتر با تشخیص کمیته دارو و درمان	بررسی مستند
۳	تعیین فهرست داروهای ضروری هریک از بخش‌ها طبق فارماکوپه	بررسی مستند

توضیحات	توصیه . فهرست داروهای ضروری به صورت جداگانه و براساس الفبا ضمیمه فارماکوپه باشد.
هدایت کننده	کمیته دارو درمان، مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی

سنجه ۳. کمیته دارو درمان با محوریت مدیریت دارویی، فهرست داروهای حیاتی را تدوین، و در فارماکوپه بیمارستان لحاظ نموده است و حداقل سالی یکبار این فهرست به روز رسانی می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین فهرست داروهای حیاتی در فارماکوپه بیمارستان	بررسی مستند
۲	بازنگری فهرست داروهای حیاتی در فارماکوپه بیمارستان حداقل سالیانه و در فواصل زمانی کمتر با تشخیص کمیته دارو و درمان	بررسی مستند
۳	تعیین فهرست داروهای حیاتی هریک از بخش‌ها طبق فارماکوپه	بررسی مستند
توضیحات	توصیه. فهرست داروهای حیاتی به صورت جداگانه و براساس الفبا ضمیمه فارماکوپه باشد.	
هدایت کننده	کمیته دارو درمان، مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۴. داروهای حیاتی براساس فهرست تدوین شده در فارماکوپه، در بخش‌های تشخیصی و درمانی وجود دارند و در دسترس می‌باشند.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود داروهای حیاتی طبق فارماکوپه بیمارستان در بخش‌ها	مشاهده
هدایت کننده	کمیته دارو درمان، مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی و سرپرستاران	

سنجه ۵. روش اجرایی " نحوه فعالیت داروخانه بیمارستان در ساعات شبانه روز " با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۵	پیش بینی جدول زمان فعالیت و ارائه خدمات داروخانه مرکزی / اورژانس بدون وقفه در تامین داروی مورد نیاز در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	نحوه بکارگیری مسئول فنی برای تمام ساعات شبانه روز و روزهای هفته در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۹	آگاهی کارکنان داروخانه از روش اجرایی	مصاحبه
۱۰	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۱	انطباق عملکرد کارکنان بخش مدیریت دارویی با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی و سرپرستاران بخش‌های عادی، ویژه و اورژانس و سایر افراد با تشخیص بیمارستان	
هدایت کننده	رئیس بیمارستان، معاون درمان، مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۶. دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی مورد نیاز بیماران بستری در بخش‌ها و مراجعین اورژانس به صورت شبانه روزی تامین شده و بیمار/ همراه او برای تهیه دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی به خارج از بیمارستان ارجاع نمی‌شود.		
سطح سنجه*	☑ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تامین دارو** ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی مورد نیاز بیماران بستری در بخش‌ها در تمام ساعات شبانه روز	بررسی مستند و مشاهده
۲	تامین دارو ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی مورد نیاز بیماران بخش اورژانس در تمام ساعات شبانه روز	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	*سطح این سنجه در مراکز مشمول برنامه تحول نظام سلامت الزامی است و در سایر مراکز اساسی است. **طبق فهرست فارماکوپه بیمارستان	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۷. روش اجرایی "مدیریت کمبود دارویی در مقاطع زمانی موقت" تدوین شده و همه کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	پیش بینی روش‌های جایگزین داروهایی که در شرایط کمبود موقت قرار می‌گیرند در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	نحوه تعیین شیوه‌های اطلاع‌رسانی به بخش‌ها در شرایط کمبودهای دارویی در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	پیش بینی راه‌های کنترل موجودی داروهای استراتژیک و راه‌های جایگزین تامین در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	پیش بینی راه‌های تعیین نقطه سفارش اطمینان بخش برای داروهای استراتژیک در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۱	آگاهی کارکنان داروخانه از روش اجرایی	مصاحبه
۱۲	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان بخش مدیریت دارویی با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی و سایر افراد به تشخیص بیمارستان توصیه. به طور معمول ذخیره استراتژیک دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی معادل میانگین ۳ ماه مصرف بیمارستان، موجود می‌باشد.	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

د	۱	۲	انبارش ایمن دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی تحت نظارت مسئول فنی داروخانه صورت می‌پذیرد.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از عوارض دارویی بدنبال نگهداری غیر استاندارد
- مدیریت داروهای مخدر
- انبارش شیوه مند و مبتنی بر اصول فنی انبارداریی

سنجه ۱. دستورالعمل" انبارش ایمن داروها " با محوریت مسئول فنی داروخانه تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل انبارش ایمن داروها*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط* از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* تدوین دستورالعمل با محوریت مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی توصیه ۱. این دستورالعمل هر ۲ سال یکبار بازنگری می‌شود. توصیه ۲. برچسب گذاری داروهای پرخطر، مشابه و یخچالی در انبار، داروخانه و بخش مد نظر باشد.	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۲.داروهای یخچالی در یخچال‌هایی که در فواصل زمانی مشخص دمای آن‌ها کنترل و ثبت می‌شود نگهداری می‌شوند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	کنترل دمای *یخچال‌های دارویی در انبار دارویی و داروخانه	مشاهده و بررسی مستند
۲	کنترل دمای *یخچال‌های دارویی در اتاق درمان بخش‌های بستری و اورژانس	مشاهده و بررسی مستند
۳	داروهای یخچالی با برچسب مشخص دریخچال مناسب واجد دماسنج و رطوبت سنج	مشاهده
توضیحات	*ملاک ارزیابی :ثبت الکترونیک دما با رسم منحنی نوسانات دما در ساعات مختلف یا ثبت دستی بر روی فرم‌های ویژه که دما، نام مسئول و ساعت ارزیابی به صورت واقعی برآن ثبت شده باشد. توصیه ۱. فهرست داروهای موجود در هر یخچال با جای دقیق هر دارو در طبقه ودمای مورد نیاز و در درب یخچال نصب شده است. توصیه ۲. فهرست داروهای یخچالی در بخش‌ها یا در سامانه اطلاعات بیمارستان در دسترس باشد. توصیه ۳. حجم و تعداد داروها نبایستی آنقدر زیاد باشد که دمای یخچالی مناسب در همه طبقات فراهم نشود.	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی و سرپرستاران	

سنجه ۳. داروهای مخدر در انبار داروخانه در یک قفسه قفل دار محفوظ هستند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود قفسه‌های قفل دار با دسترسی کارکنان مسئول و معین جهت نگهداری داروهای مخدر در انبار دارویی / داروخانه	مشاهده
۲	نگهداری داروهای مخدر* در قفسه‌ای قفل دار با دسترسی معین در انبار داروخانه	مشاهده
توضیحات	*رعایت دقیق دستورالعمل ابلاغی سازمان غذا و دارو در خصوص مدیریت داروهای مخدر از نظر انبارش، توزیع، مصرف و پوکه‌ها و رسیدها الزامی است.	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۴. انبار داروخانه و فضای عمومی داروخانه دارای فضای فیزیکی مشخص و مجزا از سایر بخش‌ها/واحدها بوده و از دسترسی غیر مجاز محفوظ می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	فضای فیزیکی مستقل داروخانه طبق استاندارد فضای فیزیکی بخش مراقبت‌های دارویی	مشاهده
۲	فضای فیزیکی مستقل انبار طبق استاندارد فضای فیزیکی بخش مراقبت‌های دارویی	مشاهده
۳	عدم دسترسی افراد و کارکنان غیر مرتبط به انبار دارویی و داروخانه	مشاهده
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

د ۱ ۳ نسخه پیچی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی یک‌بار مصرف، تحت نظارت مسئول فنی وبراساس دستور پزشک انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از خطاهای دارویی
- مدیریت درخواست دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی
- پیشگیری از تداخلات دارویی
- مدیریت ساخت و مصرف داروهای پرخطر و سیتوتوکسیک

سنجه ۱. مدیر دارویی/مسئول فنی برروند ثبت دستورات دارویی پزشکان در پرونده بالینی بیماران از نظر خوانا بودن و ذکر نام کامل دارو، شکل دارو، قدرت دارو، راه مصرف و زمان مصرف نظارت نموده و در صورت لزوم از طریق کمیته دارو و درمان برنامه‌ریزی واقدام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین شیوه نظارت* بر روند ثبت دستورات دارویی پزشکان در بخش‌ها و اتاق‌های عمل در پرونده بیماران توسط کمیته دارو و درمان	بررسی مستند
۲	نظارت مدیر دارویی/مسئول فنی بر روند ثبت دستورات دارویی پزشکان در پرونده بیماران طبق مصوبه کمیته دارو و درمان	مصاحبه و بررسی مستند
۳	گزارش موارد عدم انطباق به کمیته دارو و درمان و اخذ تصمیمات، شامل اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود کیفیت**	بررسی مستند
توضیحات	* حداقل بر موارد خوانا بودن نام دارو، ذکر نام کامل دارو، شکل دارو، قدرت دارو، راه مصرف، زمان مصرف نظارت می‌شود. **داروساز به وظیفه خود آگاهی داشته و به صورت راندوم دستورات دارویی پرونده‌های بالینی بیماران را کنترل و درصورت امکان با هماهنگی پزشک معالج دستور دارویی اصلاح می‌شود و موارد تکرار شونده در کمیته دارو و درمان مطرح و تصمیمات اصلاحی اخذ می‌شود. قدرت اثر در حیطه داروشناسی یک معیار سنجش فعالیت داروها می‌باشد که به صورت مقدار مورد نیاز جهت بروز یک اثر دارویی بیان می‌شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۲. انتقال اطلاعات دستورات دارویی توسط کارکنان درمانی از پرونده بیمار به سامانه اطلاعات بیمارستان به درستی انجام می‌شود و مدیر دارویی/مسئول فنی کنترل‌های لازم را در خصوص اطمینان از صحت و دقت درخواست‌ها اعمال می‌نماید در صورت لزوم از طریق کمیته دارو و درمان اقدام اصلاحی برنامه‌ریزی و اقدام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین کاربر مسئول ورود اطلاعات درخواست‌های دارویی در سامانه اطلاعات بیمارستان توسط کمیته دارو و درمان	بررسی مستند
۲	تعیین کاربر مسئول کنترل مجدد درخواست‌های دارویی و روش اصلاح اشتباهات احتمالی در سامانه اطلاعات بیمارستان توسط کمیته دارو و درمان	بررسی مستند
۳	تعیین شیوه نظارت بر روند انتقال دستورات دارویی از پرونده بیماران به سامانه اطلاعات بیمارستان توسط کمیته دارو و درمان	بررسی مستند
۴	نظارت مدیر دارویی/ مسئول فنی بر روند انتقال دستورات دارویی از پرونده بیماران به سامانه اطلاعات بیمارستان	مصاحبه و بررسی مستند
۵	گزارش موارد عدم انطباق به کمیته دارو ودرمان و اخذ تصمیمات، شامل اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود کیفیت**	بررسی مستند
هدایت کننده	کمیته دارو درمان، مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۳. نسخه پیچی دارو تحت نظارت مسئول فنی و براساس دستور پزشک انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انجام نسخه پیچی دارویی توسط کارشناس / تکنسین دارویی تحت نظارت مسئول فنی	مشاهده
۲	انطباق نسخه پیچی با دستورات پزشک در سامانه اطلاعات بیمارستان برای بیماران بستری	مشاهده
توضیحات	توصیه . مراقبت مسئول فنی از تداخلات دارویی، عوارض جانبی دارویی و دستورالعمل داروهای خود بخود متوقف شونده با استفاده از نرم افزار	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۴. انتقال اطلاعات مصرف تجهیزات و ملزومات پزشکی یک‌بار مصرف از پرونده به سامانه اطلاعات بیمارستان، با شرح کامل انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین کاربران معین و آموزش دیده برای انتقال اطلاعات مصرف تجهیزات و ملزومات پزشکی یک‌بار مصرف از پرونده به سامانه اطلاعات بیمارستان	مصاحبه و مشاهده
۲	انتقال اطلاعات کامل و دقیق میزان مصرف تجهیزات و ملزومات پزشکی یک‌بار مصرف ازپرونده به سامانه اطلاعات بیمارستان	بررسی مستند
توضیحات	توصیه .حداقل الزامات مورد نظر سازمان‌های بیمه گر و اداره کل تجهیزات پزشکی دردستورالعمل لحاظ شود.	
هدایت کننده	سرپرستاران، مسئول فنی داروخانه	

سنجه ۵. داروهای پر خطر و سیتوتوکسیک تحت نظارت داروساز و با شرایط ایمن آماده سازی می‌شوند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود اتاق تمیز، تجهیزات، دستگاه‌های مورد نیاز	مشاهده
۲	آماده سازی داروهای پرخطر و سیتوتوکسیک توسط/ تحت نظارت مستقیم مسئول فنی و کارشناس واجد شرایط در شرایط ایمن*	مصاحبه و مشاهده
توضیحات	*توسط کارشناس دارویی آموزش دیده و تحت نظارت مسئول فنی	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه	

د	۱	۴	تامین و توزیع دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی، تحت نظارت مسئول فنی و به صورت برنامه‌ریزی شده انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- مدیریت بهینه تامین دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی
- مدیریت بهینه انبارش دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی
- مدیریت بهینه توزیع دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی

سنجه ۱. روش اجرایی" خرید دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نماید.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	نحوه و معیارهای انتخاب تامین کنندگان در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	نحوه اولویت‌بندی منابع تامین دارو و ملزومات و تجهیزات مصرفی در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	نحوه برآورد و تعیین نقطه سفارش هریک از اقلام در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۰	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۱۱	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۲	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی ومسئول تجهیزات پزشکی و سایر افراد به تشخیص بیمارستان توصیه . کمیته تخصصی دارو و تجهیزات پزشکی با حضور مسئول فنی / رئیس بخش و مسئول مهندسی پزشکی و متخصصین بالینی مرتبط با تجهیزات مصرفی دراین زمینه تشکیل شود یا درکمیته دارو درمان مطرح گردد.	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی و مسئول واحد مهندسی تجهیزات پزشکی	

سنجه ۲. توزیع دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی تحت نظارت مسئول فنی انجام می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نظارت مسئول فنی بر نحوه توزیع دارو به بخش‌های بستری	مشاهده
۲	نظارت مسئول فنی بر نحوه توزیع تجهیزات پزشکی مصرفی به بخش‌های بستری	مشاهده
توضیحات	توصیه. تعیینِ نحوه و تواتر توزیع دارو، ملزومات وتجهیزات پزشکی از انبارهای مربوطه به داروخانه، از داروخانه به بخش و موارد استثنایی خارج از پیش بینی .	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه، رئیس بخش مراقبت‌های دارویی و مسئول تجهیزات پزشکی	

سنجه ۳. حمل و نقل دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی، از انبار دارویی تا بخش‌ها به صورت ایمن و با رعایت اصول نگهداری آن‌ها انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	حمل و نقل ایمن دارو با رعایت شرایط نگهداری از جمله دما و شرایط بسته بندی از انبار دارویی تا بخش‌ها*	مشاهده
۲	حمل و نقل ایمن تجهیزات پزشکی مصرفی با رعایت شرایط نگهداری از جمله دما و شرایط بسته بندی از انبار دارویی تا بخش‌ها	مشاهده
توضیحات	*به نحوی که داروهای یخچالی در زمان طولانی خارج از یخچال قرار نگیرند، داروها از بسته بندی خارج نشوندکه موجب آلودگی آن‌ها بشود، آسیبی به بسته بندی و تجهیزات با توجه به شیوه حمل و نقل وارد نشود.	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه، رئیس بخش مراقبت‌های دارویی و مسئول تجهیزات پزشکی	

سنجه ۴. مدیر دارویی درخصوص کیفیت نگهداری و میزان موجودی دارویی بخش‌ها به تفکیک نوع دارو آگاهی داشته و به صورت منظم نظارت میدانی نموده و در صورت لزوم در کمیته دارو درمان اقدام اصلاحی طراحی و انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نظارت میدانی مدیریت دارویی* از اتاق درمان و نحوه نگهداری و مصرف داروهای موجود در بخش در بازه زمانی معین**	بررسی مستند و مصاحبه
۲	طرح موارد عدم انطباق در کمیته دارو درمان نظارت‌های میدانی مدیریت دارویی از نحوه نگهداری و استفاده دارو در بخش‌ها	بررسی مستند
۳	اتخاذ تصمیمات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت بر اساس نتایج ارزیابی نحوه نگهداری و مصرف داروهای بخش‌های بستری در کمیته دارو و درمان	بررسی مستند
توضیحات	* مسئول فنی داروخانه یا رئیس بخش مراقبت‌های دارویی در بازه زمانی حداقل هر سه ماه یکبار از تمامی بخش‌های بالینی ** خروج داروها از بسته بندی بهداشتی و خرد کردن ورق‌های دارو به نحوی که امکان قرائت تاریخ انقضا میسر نباشد مغایر استاندارد است. توصیه. نحوه نگهداری داروهای پرخطر و تزریقی و گران قیمت در کمیته دارو و درمان تدوین و ابلاغ شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۵. دارو و ملزومات مصرف نشده، به صورت ایمن به داروخانه عودت شده و ثبت آن‌ها به نحوی است که از صورتحساب بیمار کسر می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	داروها و ملزومات مصرف نشده بیماران با حفظ شرایط نگهداری به داروخانه عودت شده	بررسی مستند
۲	داروها و ملزومات مصرف نشده بیماران از صورت‌حساب بیماران کسر و در پرونده بیمار و در سامانه اطلاعات بیمارستان ثبت می‌شود.	بررسی مستند
هدایت کننده	سرپرستاران و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۶. تحویل دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی صرفا به افراد معین و ذیصلاح تعیین شده در بخش‌های بالینی صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین کارکنان ذیصلاح مسئول تحویل دارو در هریک از بخش‌های بالینی	بررسی مستند
۲	تحویل دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی صرفا به افراد معین	مصاحبه و مشاهده
توضیحات	* کارکنان ذیصلاح تحویل گیرنده دارو در بخش‌ها می‌تواند از بین منشی یا سایر کارکنان به تشخیص سرپرستار انتخاب و بکارگیری شوند.	
هدایت کننده	رئیس بخش مراقبت‌های دارویی و سرپرستاران	

د	۱	۵	بیمارستان از مصرف دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- مدیریت مصرف داروهای مخدر و پرخطر
- کاهش خطاهای دارویی و ارتقای ایمنی بیماران

سنجه ۱. روش اجرایی " استفاده از ملزومات و تجهیزات پزشکی صرفاً یکبار مصرف " با مشارکت مدیریت دارویی و مسئول/سرپرستار کنترل عفونت منطبق با دستورالعمل‌های وزارت بهداشت تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند** در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*در این روش اجرایی راه‌های کسب اطمینان از استفاده یک‌بار مصرف و نظارت بر این فرآیند مهم پیش بینی شود. ** مسئول فنی / رییس بخش مراقبت‌های با مشارکت مسئول/ سرپرستار کنترل عفونت. توصیه . روش‌های مورد قبول سازمان بیمه گر در این مورد لحاظ شود .	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۲. دستورالعمل "اصول استفاده از انواع داروهای Multiple dose " براساس الزامات کارخانه سازنده تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نماید.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* اصول استفاده از انواع داروهای Multiple dose بر اساس الزامات کارخانه سازنده و حداقل شامل نحوه آماده‌سازی، مدت زمان مطلوب نگهداری، روش‌های جلوگیری از آلودگی و نحوه امحای آن‌ها باشد.	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه، رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۳. با محوریت کمیته دارو و درمان، فهرست داروهای پر خطر و سیتوتوکسیک برای هریک از بخش‌ها تدوین و این داروها با نشان گذاری‌های هشدار دهنده و شرایط ایمن، تحت نظارت سرپرستار / مسئول شیفت در یک قفسه مستقل نگهداری می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین فهرست داروهای پر خطر و سیتوتوکسیک برای هریک از بخش‌ها در کمیته دارو و درمان	برررسی مستند
۲	تعیین شیوه واحد* نشان گذاری‌های هشداردهنده واحد برای داروهای پر خطر و سیتوتوکسیک در سطح بیمارستان	برررسی مستند
۳	نگهداری داروهای پر خطر و سیتوتوکسیک در یک قفسه مستقل و تحت نظارت سرپرستار / مسئول شیفت	مشاهده
۴	استفاده ایمن و تحت کنترل داروهای پر خطر و سیتوتوکسیک و نظارت سرپرستار / مسئول شیفت	مصاحبه و مشاهده
توضیحات	توصیه. اولین آموزش‌های لازم برای کارکنان جدیدالورود آشنایی با داروهای پرخطر بخش و ملاحظات ایمن در استفاده از آن‌ها تحت نظارت سرپرستار / مسئول شیفت است.	
هدایت کننده	کمیته دارو درمان، مسئول ایمنی،کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و سرپرستاران	

سنجه ۴. داروهای مخدر در بخش‌ها، در قفسه‌های قفل دار محفوظ و مصرف آن‌ها تحت کنترل می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود قفسه‌های قفل دار با دسترسی کارکنان مسئول و معین جهت نگهداری داروهای مخدر در بخش‌های بستری	مشاهده
۲	نگهداری داروهای مخدر* در قفسه ای قفل دار با دسترسی معین در بخش‌های بستری	مشاهده
توضیحات	*رعایت دقیق دستورالعمل ابلاغی در خصوص مدیریت داروهای مخدر از نظر انبارش، توزیع، مصرف و پوکه‌ها و رسیدها الزامی است.	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

د	۱	۶	روند تجویز و مصرف دارو DUE[1] ملزومات و تجهیزات مصرفی به صورت مستمر ارزیابی می‌شود.

دستاورد استاندارد

- جلوگیری از تجویز و مصرف بی رویه دارو
- مدیریت اقتصاد درمان و داروی بیمارستان
- پیشگیری از از عوارض دارویی حاصل از مصرف بی رویه داروها

سنجه ۱. روش اجرایی" ارزیابی روند تجویز و مصرف دارو " با مشارکت کمیته دارو درمان و محوریت مدیر دارویی/مسئول فنی تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	پیش بینی نحوه ارزیابی تجویز و مصرف دارو در روش اجرایی**	بررسی مستند
۷	پیش بینی نحوه اصلاح، پیگیری و بازخورد به پزشکان در روش اجرایی**	بررسی مستند
۸	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۹	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۱۰	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۱۱	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	* با مشارکت کمیته دارو ودرمان، اعضای هیات علمی داروسازی / داروسازان بالینی و سایر افراد به تشخیص بیمارستان ** لحاظ الزامات دستورالعمل ابلاغی ۱۰۰/۱۱۰۸ مورخ ۱۳۹۴/۱۱/۲۶ وزارت بهداشت کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات مصرفی بیمارستان در این روش اجرایی برای بیمارستان‌های دانشگاهی الزامی و برای سایر بیمارستان‌ها توصیه می‌شود.
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی

[1] Drug Use Evaluation

سنجه ۲. روش اجرایی "مدیریت تجویز خارج از فارماکوپه دارویی" با مشارکت کمیته دارو درمان و پزشکان تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند** در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تبیین فرایند تجویز دارو خارج از فارماکوپه و تعیین مسئول تایید کننده در روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول تایید کننده برای تهیه داروی خارج فارماکوپه روش اجرایی	بررسی مستند
۷	پیش بینی نحوه پایش تجویز داروهای خارج از فارماکوپه و نحوه هماهنگی با پزشک در بازنگری تجویز در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۹	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۱۰	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۱۱	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*منظور مدیریت تجویز داروهای خارج از فارماکوپه بیمارستان است اما تجویز داروی خارج از فهرست رسمی داروهای ایران که توسط سازمان غذا و دارو اعلام می‌شود، یا تعریف داروهای خارج از فهرست رسمی داروهای ایران در فارماکوپه بیمارستان نیز مجاز نیست. **کمیته دارو و درمان، پزشکان متخصص و سایر افراد به تشخیص بیمارستان	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۳. معرفی داروهای جدید و آموزش لازم در خصوص این داروها، توسط مدیریت دارویی برای تمامی گروه‌های درمانی و پزشکان انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	معرفی و برگزاری برنامه‌های آموزشی در خصوص داروهای جدید برای گروه‌های درمانی و پزشکان توسط مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	توصیه ۱. دستورالعمل معرفی داروهای جدید و آموزش‌های لازم برای گروه‌های درمانی و پزشکان درخصوص داروهای جدید توسط مسئول فنی/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی و با مشارکت معاونت آموزشی بیمارستان تدوین و اجرا شود. در این دستورالعمل نحوه انتخاب دارو، محتوای آموزش، جدول زمانبندی و تعیین گروه مخاطب و زمان اجرای دقیق برنامه آموزش و نحوه درج شناسنامه آموزشی مخاطبین لحاظ شود. توصیه ۲. مسئول فنی آموزش‌های مربوط به نسخه نویسی صحیح، عوارض جانبی داروها، تداخلات دارویی، دارویی استانداردهای ایمنی دارو، تلفیق دارویی، اشتباهات دارویی، تجهیزات و ملزومات پزشکی تجویز و مصرف منطقی، داروسازی بیمارستان، تکنسین‌های دارویی را در برنامه آموزشی سالانه لحاظ نماید و حداقل یک جلسه با هریک از عناوین فوق برای مخاطبین مرتبط در سال برگزار نماید و برای پزشکان و مشمولین امتیاز باز آموزی و برای سایرین امتیاز آموزش ضمن خدمت در نظر گرفته شود. توصیه۳. در بیمارستان‌های آموزشی داروساز / داروساز بالینی در جلسات journal club / case report با بحث‌های دارویی حضور و مشارکت فعال داشته باشد.	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۴. فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی بیمارستان تدوین، به تمامی پزشکان اطلاع‌رسانی شده و یک نسخه از آن در هر بخش موجود است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی توسط مسئول فنی با مشارکت کمیته دارو و درمان و کارشناس مهندسی پزشکی	بررسی مستند
۲	تدوین فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی براساس اقلام مجاز اعلام شده توسط اداره کل تجهیزات پزشکی سازمان غذا و دارو	بررسی مستند
۳	تصویب فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی بیمارستان در کمیته دارو و درمان	بررسی مستند
۴	اطلاع‌رسانی فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی بیمارستان به پزشکان مرتبط	مصاحبه
۵	وجود نسخه الکترونیک فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی بیمارستان در هر بخش	مشاهده
توضیحات	توصیه. آنالیز سه ماهه اقلام پر هزینه تجهیزات پزشکی مصرفی با روش ABC مانند فارماکوپه دارویی انجام و در صورت نیاز مداخلات لازم جهت کنترل هزینه بیمارستان در این خصوص به عمل آید.	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی و مسئول مهندسی تجهیزات پزشکی	

سنجه ۵. روش اجرایی "کنترل تجویز خارج از فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی" تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی *	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تبیین فرایند تجویز خارج از فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی تعیین مسئول تایید کننده در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	پیش‌بینی نحوه پایش تجویز خارج از فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی و نحوه هماهنگی با پزشک در بازنگری تجویز در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۹	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۱۰	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۱۱	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*توجه شود تجهیزات پزشکی مصرفی خارج از فارماکوپه باید الزاماً جز فهرست اعلام شده در سامان Imed باشد.	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی و مسئول مهندسی تجهیزات پزشکی	

سنجه ۶. کمیته دارو درمان با مشارکت مدیریت دارویی و پزشکان، تجویز و مصرف صحیح داروهای مهم و شایع مانند آنتی‌بیوتیک‌ها را ارزیابی نموده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی لازم به عمل می‌آید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی فهرست داروهای مهم و شایع مورد مصرف در بیمارستان مانند آنتی‌بیوتیک‌ها در کمیته دارو و درمان	بررسی مستند
۲	ارزیابی‌های الگوهای تجویز و مصرف داروهای مهم و شایع در کمیته دارو درمان	بررسی مستند
۳	برنامه ریزی و مداخله اختصاصی برای اصلاح الگوی مصرف داروهای مهم و شایع در کمیته دارو و درمان	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	توصیه ۱. بر اساس آنالیز ABC، آنتی‌بیوتیک‌های پر هزینه و نیز وسیع الطیف که در ایجاد مقاومت میکروبی موثرترند برای شروع انتخاب شوند.	
هدایت کننده	کمیته دارو و درمان و مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

د	۱	۷	بیمارستان درخصوص داروهای تاریخ گذشته و ریکال به صورت برنامه‌ریزی شده اقدام می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری و جلوگیری از مصرف داروهای ریکال و تاریخ گذشته در بیمارستان

سنجه ۱. انهدام داروها و تجهیزات پزشکی مصرفی تاریخ مصرف گذشته مطابق دستورالعمل ابلاغی با تدوین صورتجلسه برای هر مورد با حضور مسئول فنی داروخانه انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	دسترسی و آگاهی کارکنان مدیریت دارویی به دستورالعمل ابلاغی سازمان غذا و دارو*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	انهدام داروها تاریخ گذشته بر اساس دستورالعمل ابلاغی سازمان غذا ودارو صورت می‌گیرد	بررسی مستند و مصاحبه
۳	انهدام تجهیزات پزشکی مصرفی تاریخ گذشته بر اساس دستورالعمل ابلاغی سازمان غذا ودارو صورت می‌گیرد	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*دستورالعمل امحاء ضایعات دارویی مورخ ۱۳۹۳/۸/۱۰ سازمان غذا و دارو	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۲. روش اجرایی مدون "فراخوان دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی (ریکال)" تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط* از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*کارشناسان دارویی، انبار دار، مسئول فنی، پرستاران بخش	
هدایت کننده	مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

د	۱	۸	مدیریت دارویی به اطلاعات بیماران دسترسی دارد و با درخواست پزشک معالج بازنگری داروهای تجویز شده انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- مشارکت داروسازان در ارتقای کیفی درمان
- اخذ نظریه تخصصی در موضوع دارو درمانی

سنجه ۱. مدیر دارویی / مسئول فنی حداقل به اطلاعات، نام، جنس، وزن، سن، هر نوع حساسیت یا آلرژی، تشخیص فعلی، نتایج آزمایشگاهی و داروهای تجویز شده بیمار دسترسی دارد.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	دسترسی مدیر دارویی/ مسئول فنی به اطلاعات بیماران از طریق سامانه اطلاعات بیمارستان	مشاهده
۲	وجود دسترسی حداقل به نام، جنس، وزن، سن، هر نوع حساسیت یا آلرژی، تشخیص فعلی، نتایج آزمایشگاهی و داروهای تجویز شده در بخش‌های مختلف و سوابق دارویی قبلی بیمار(فرم تلفیق دارویی) برای مدیر دارویی/ مسئول فنی از طریق سامانه اطلاعات بیمارستان*	مشاهده و مصاحبه

توضیحات	*یا روش‌های جایگزین اخذ اطلاعات تکمیلی بدون ایجاد تاخیر در روند ارائه خدمات دارویی به بیماران توصیه. لازم است فرم تلفیق دارویی ابلاغی از سازمان غذا و دارو و معاونت درمان در پرونده موجود باشد.
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل بیمارستان، مسئول واحد فن آوری اطلاعات، مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی

سنجه ۲. متخصص داروسازی بالینی حداقل در بخش‌های ویژه، داروهای تجویز شده را بازنگری کرده و نظریه خود را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	ارزیابی داروهای تجویز شده برای بیماران در بخش‌های ویژه توسط متخصص داروسازی بالینی	بررسی مستند
۲	ثبت پیشنهادات بازنگری داروهای تجویز شده در صورت لزوم در پرونده بیمار یا سامانه اطلاعات بیمارستان	بررسی مستند
۳	بررسی نظریه متخصص داروسازی بالینی در پرونده بیمار و تایید/عدم تایید توسط پزشک معالج *	بررسی مستند

توضیحات	*ملاک اجرایی شدن دستورات حاصل از مشاوره‌های دارویی متخصصین داروسازی بالینی صرفا تایید پزشک معالج است. توصیه. اخذ مشاوره از متخصصین داروسازی بالینی سایر مراکز یا مشارکت داروسازان عمومی بیمارستان در امر مشاوره دارویی در بخش‌های ویژه و سایر بخش‌های کلیدی.
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل بیمارستان،روسای بخش‌های ویژه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی
غیر قابل ارزیابی	*دربیمارستان‌های فاقد متخصص داروسازی بالینی این سنجه قابل ارزیابی نیست.

د	۱	۹	خطاهای دارویی به صورت برنامه‌ریزی شده کنترل می‌شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از خطاهای دارویی
- ارتقای ایمنی بیماران

سنجه ۱. روش اجرایی" مدیریت خطاهای دارویی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	لحاظ نحوۀ گزارش گیری خطا وعوارض احتمالی از بخش‌ها / واحدها، در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	پیش بینی نحوه نظارت میدانی برای شناسایی خطاهای دارویی	بررسی مستند
۸	پیش بینی نحوه تحلیل ریشه ای خطا با مشارکت افراد و کمیته‌های مرتبط، در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	پیش بینی نحوه اطلاع‌رسانی خطاهای دارویی، به مراجع ذیربط داخل و خارج بیمارستان	بررسی مستند
۱۰	تعیین مرجع تصمیم گیری در خصوص انجام اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه	بررسی مستند
۱۱	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۲	آگاهی کارکنان مرتبط** از روش اجرایی	مصاحبه
۱۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۱۴	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*اعضای کمیته دارو ودرمان و سایر افراد به تشخیص بیمارستان **مسئول ایمنی / مسئول فنی بیمارستان، مسئول فنی داروخانه اعضای کمیته دارو درمان، پزشکان، پرستاران	
هدایت کننده	کمیته دارو درمان، مسئول فنی/ ایمنی، مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۲. با محوریت کمیته دارو درمان، داروهای مشابه (دارای تشابه اسمی،تشابه ظاهری و تشابه تلفظی) مورد استفاده در بیمارستان شناسایی، فهرست آن‌ها تدوین، به بخش‌ها اعلام و به روز رسانی می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی و فهرست داروهای دارای تشابه اسمی، ظاهری و تلفظی مورد استفاده در بیمارستان توسط کمیته دارو و درمان	بررسی مستند
۲	اطلاع‌رسانی و به روز رسانی فهرست داروهای دارای تشابه اسمی، ظاهری و تلفظی به تمامی بخش‌های بستری	بررسی مستند
۳	آگاهی پرستاران از داروی‌های دارای تشابه اسمی، ظاهری و تلفظی در بخش خود و آگاهی از اهمیت پیشگیری از خطای دارویی	مصاحبه
توضیحات	توصیه ۱. کمیته دارو درمان بر اساس ۹ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی دستورالعمل نحوه پیشگیری از بروز خطاهای دارو دهی در موارد تشابه اسمی، ظاهری و تلفظی تدوین، ابلاغ و آموزش داده شود. توصیه ۲. در صورت مشاهده هرگونه عارضه و اشتباه دارویی (منجر به وقوع عارضه یا بدون ایجاد عارضه در بیمار) طبق "دستورالعمل عوارض و خطاهای دارویی" شماره ۲۰۰۰۸ مورخ ۱۳۸۵/۱۱/۲۱ و "راهنمای گزارش عوارض و اشتباهات دارویی مشاهده شده در بیمارستان‌ها" به مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR) سازمان غذا و دارو گزارش می‌شود.		
هدایت کننده	کمیته دارو درمان، مسئول فنی/ایمنی، مسئول فنی داروخانه و رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۳. کمیته دارو درمان، با محوریت مدیر دارویی/ مسئول فنی بر روند خطاهای دارویی و عوارض جانبی نظارت می‌نماید و ضمن شناسایی موارد و اولویت‌بندی گزارش‌های واصله اقدامات پیشگیرانه / اصلاحی تدوین و اجرا می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۲	اجرای نظارت میدانی اعضای کمیته دارو و درمان با محوریت مسئول فنی/مدیر دارویی بر اساس روش اجرایی مدیریت خطاهای دارویی در بخش‌های بستری و بخش‌های تشخیصی،درمانی و اتاق عمل‌ها	بررسی مستند
۳	شناسایی موارد خطای دارویی، اولویت‌بندی و ارائه گزارش به کمیته دارو و درمان* توسط مسئول فنی/مدیر دارویی	بررسی مستند
۴	انجام اقدامات پیشگیرانه / اصلاحی توسط کمیته دارو و درمان	مشاهده و بررسی مستند
توضیحات	*حضور مسئول فنی / مسئول ایمنی بیمارستان درجلسات کمیته دارو درمان با دستور کار خطاهای دارویی الزامی است. نحوه گزارش‌گیری خطا و عوارض بر اساس دستورالعمل ابلاغی سازمان غذا و دارو می‌باشد.	
هدایت کننده	مسئول فنی / مسئول ایمنی و مسئول فنی/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

سنجه ۴. فهرست داروهای مشمول دستورات خود به خود متوقف شونده مشخص شده و کارکنان براساس آن اقدام و مدیریت دارویی بر اجرای صحیح آن نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۲	شناسایی و فهرست داروهای خود به خود متوقف شونده *توسط مسئول فنی / رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	بررسی مستند
۳	اطلاع‌رسانی فهرست داروهای خود به خود متوقف شونده توسط کمیته دارو و درمان	مصاحبه بررسی مستند
۴	آگاهی کارکنان به فهرست داروهای خود به خود متوقف شونده در بخش خود	مصاحبه
توضیحات	*فهرست داروهای مشمول دستور خود به خود متوقف شونده از طریق سیستم اطلاعات بیمارستان اجرایی شده است.	
هدایت کننده	کمیته دارو درمان، مسئول فنی/رئیس بخش مراقبت‌های دارویی	

د. مدیریت دارو و تجهیزات

د–۲) مدیریت تجهیزات پزشکی

د	۲	۱	مدیریت، برنامه‌ریزی، پایش و ارزیابی عملکرد تجهیزات پزشکی انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- بهره‌وری و کاهش هزینه نگهداشت تجهیزات پزشکی
- رعایت اصول مستندسازی تجهیزات پزشکی
- سیاست‌گذاری و تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی

سنجه ۱. فایل الکترونیک یا فیزیک شناسنامه کامل تجهیزات پزشکی حداقل شامل نام دستگاه، محل استقرار، مارک، مدل، شرکت نمایندگی و کد شناسه در بخش تجهیزات پزشکی موجود است.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	وجود شناسنامه الکترونیکی / فیزیکی تجهیزات پزشکی موجود بخش‌ها/ واحدهای بیمارستان در واحد تجهیزات پزشکی*	بررسی مستند
۲	حداقل قید نام دستگاه، محل استقرار، مارک، مدل، شرکت نمایندگی و کد شناسه در شناسنامه تجهیزات پزشکی	بررسی مستند

توضیحات	*تجهیزاتی که امکان نصب برچسب اموال ندارد از قبیل گوشی معاینه، فشارسنج عقربه‌ای، فلومتر اکسیژن، چراغ‌قوه و از این قبیل موارد نیاز به شناسنامه ندارد. اما تعداد آن در هر بخش باید مشخص و معلوم باشد. توصیه . ثبت شناسنامه تجهیزات پزشکی در نرم افزارهای مخصوص با امکان قابلیت اخذ گزارش‌های متنوع.
هدایت کننده	واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی

سنجه ۲. دستورالعمل"نگهداری و به رورسانی شناسنامه تجهیزات پزشکی"تدوین وکارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین دستورالعمل	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط** از دستور العمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	*کارشناسان واحد مهندسی تجهیزات پزشکی توصیه . پس از اسقاط و یا خرید تجهیزات پزشکی جدید نسبت به اصلاح و یا تکمیل شناسنامه اقدام گردد و همچنین در صورت جابجایی محل استقرار دستگاه‌ها شناسنامه آن اصلاح شده و به رورسانی شود.
هدایت کننده	مسئول واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی

سنجه ۳. روش اجرایی "اقتصاد سنجی و نظارت بر به روز بودن و افزایش بهره‌وری تجهیزات پزشکی" با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین نحوه بررسی قابلیت‌های کیفی و مورد انتظار دستگاه مطابق نیاز مرکز در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	پیش‌بینی راه‌های ارتقای قابلیت‌های تجهیزات پزشکی در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	لحاظ شیوه‌های اقتصاد سنجی تجهیزات پزشکی در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۱۰	آگاهی کارکنان مرتبط** از روش اجرایی	مصاحبه
۱۱	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۱۲	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*با تشخیص بیمارستان انتخاب می‌شوند. ** کارشناسان واحد مهندسی تجهیزات پزشکی توصیه. با ارتقای قابلیت‌های تجهیزات پزشکی با تهیه لوازم جانبی (نرم افزاری، سخت افزاری) خرید و جایگزینی دستگاه جدید صورت نمی‌پذیرد و منابع مالی جدید مدیریت می‌شود.	
هدایت کننده	واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه ۴. آموزش فنی کاربران برای استفادهٔ صحیح و ایمن دستگاه‌ها به صورت برنامه‌ریزی شده انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین برنامه آموزش کاربری ایمن و صحیح تجهیزات پزشکی *	بررسی مستند
۲	آموزش کاربران مطابق برنامه تدوین شده	مصاحبه
۳	فهرست پرسنل آموزش دیده مشخص باشد	بررسی مستند
۴	صدور گواهینامه الکترونیکی/ فیزیکی پس از گذراندن دوره‌های آموزشی جهت کاربران تجهیزات پزشکی	بررسی مستند
توضیحات	* برنامه بایستی حداقل شامل موارد ذیل باشد: ○ فهرست تجهیزات پزشکی منتخب که کاربران نیاز به آموزش دارند مشخص باشد آن بایستی آموزش ببینند. ○ نحوه، مسئول، مکان و مدت آموزش مشخص باشد. ○ تعیین مخاطبین آموزش برای هریک از تجهیزات پزشکی منتخب مشخص باشد. توصیه ۱. آموزش از طریق کارشناس ستادی/ بیمارستان/ نمایندگی رسمی دستگاه صورت می‌پذیرد و فیلم آموزشی تهیه شود و فیلم‌های آموزشی در سامانه بیمارستان بارگذاری شود. توصیه ۲. استفاده از وسایل کمک آموزشی مانند فیلم‌های آموزشی جهت آموزش‌های مورد نیاز	
هدایت کننده	واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه ۵. انبارش تجهیزات پزشکی غیر مصرفی مطابق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارشناسان تجهیزات پزشکی از ضوابط ابلاغی انبارش تجهیزات پزشکی غیر مصرفی* در انبار بخش‌ها و انبار تجهیزات پزشکی بیمارستان	مصاحبه
۲	نظارت کارشناسان تجهیزات پزشکی بر انبارش تجهیزات پزشکی مطابق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* ضوابط ابلاغی انبارش تجهیزات پزشکی غیر مصرفی در سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی توصیه ۱. ضوابط ابلاغی انبارش تجهیزات پزشکی به مسئولان انبار توسط کارشناسان تجهیزات پزشکی آموزش داده شود. توصیه ۲ . دسترسی مسئول واحد تجهیزات و ملزومات پزشکی به موجودی انبار و سوابق ورود و خروج کالا جهت امکان نظارت دقیق	
هدایت کننده	واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه ۶. اسقاط تجهیزات پزشکی مطابق با ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارشناسان تجهیزات پزشکی از ضوابط ابلاغی اسقاط تجهیزات پزشکی غیر مصرفی *	مصاحبه
۲	نظارت کارشناسان تجهیزات پزشکی بر اسقاط تجهیزات پزشکی مطابق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت.	مصاحبه
۴	اسقاط تجهیزات پزشکی منطبق بر ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت	مشاهده
توضیحات	* ضوابط ابلاغی انبارش تجهیزات پزشکی غیر مصرفی در سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی توصیه ۱ . در بیمارستآن‌های غیر دانشگاهی این سنجه الزامی نبوده اما توصیه موکد بر اجرای آن است. توصیه۲. انتقال تجهیزات پزشکی کاندید اسقاطی به انبار تجهیزات اسقاط در بیمارستآن‌های غیر دانشگاهی این سنجه الزامی نبوده اما توصیه موکد بر اجرای آن است.	
هدایت کننده	واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه ۷.روش اجرایی "سرویس، مدیریت سرویس‌ها و بازدیدهای دوره‌ای[1] (pm) تجهیزات پزشکی"تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط** از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* کارشناسان واحد مهندسی تجهیزات پزشکی ** کارشناسان واحد مهندسی تجهیزات پزشکی توصیه . فهرست تجهیزات پزشکی منتخب که اجرای pm برای آن‌ها الزامی است با جداول و برنامه زمان‌بندی مشخص گردد.	
هدایت کننده	واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

[1] Preventative Maintenance

سنجه ۸. بخش تجهیزات پزشکی با استفاده از آخرین ویرایش دستورالعمل‌های اداره کل تجهیزات پزشکی، دستورالعمل‌ها و چک لیست‌های بخش تجهیزات پزشکی را به روز نموده و نگهداری می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارشناسان تجهیزات پزشکی از آخرین دستورالعمل‌ها و چک لیست‌های تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت	مصاحبه
۲	به روزسانی دستورالعمل‌ها و چک لیست‌های تجهیزات پزشکی مطابق دستورالعمل‌ها و ضوابط وزارت بهداشت	بررسی مستند
توضیحات	توصیه . کارشناسان تجهیزات پزشکی روزانه از سایت اداره کل تجهیزات پزشکی بازدید نمایند و از اخبار مرتبط با آئین نامه‌ها، ضوابط و بخشنامه‌ها آگاه شوند و نسبت به اجرای آن در مرکز اقدام نمایند.	
هدایت کننده	واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

د ۲ ۲ راهنماهای کاربری تجهیزات پزشکی و کاربری سریع تجهیزات پزشکی به زبان فارسی بر روی دستگاه نصب می‌باشد.

دستاورد استاندارد

- کاهش خطاهای فردی در کاربری تجهیزات پزشکی
- ارتقای کیفیت خدمات مرتبط با تجهیزات پزشکی و بهبود ایمنی بیماران در کاربری‌های سریع تجهیزات

سنجه ۱. بخش تجهیزات پزشکی براساس راهنمای اصلی تجهیزات، دفترچه راهنمای نگهداری و کاربری خلاصه شده‌ای را به زبان فارسی تهیه نموده و در دسترس کاربران قرار می‌دهد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود راهنمای نگهداری و کاربری تجهیزات پزشکی** به زبان ساده و قابل فهم در تمامی بخش‌های درمانی و تشخیصی*	مصاحبه
۲	وجود راهنمای نگهداری و کاربری تجهیزات پزشکی به زبان ساده و قابل فهم در بخش‌های تشخیصی	مشاهده
۳	دسترسی و آگاهی کارکنان از راهنمای نگهداری و کاربری تجهیزات پزشکی بخش کاری مربوط**	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* در بخش‌های اورژانس، اتاق عمل و بخش‌های مراقبت ویژه و تمامی بخش‌های درمانی و تشخیصی **درصورتی که نیازی به نصب راهنما بر روز دستگاه نیست بایستی الزاماً فایل الکترونیکی تهیه و در دسترس مستمر کارکنان قرار گیرد.	
هدایت کننده	واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی و مسئولان بخش‌ها / واحدها	

سنجه ۲. در بخش‌ها/واحدهای بیمارستان راهنماهای تصویری کاربری سریع تجهیزات برای روشن و خاموش کردن و کاربردهای متداول و شایع تهیه شده و در کنار دستگاه (با پوشش قابل شستشو برای ضدعفونی در مواقع ضروری) یا در پوشه‌ای در محل کاربری دستگاه‌ها موجود است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود راهنمای کاربری سریع دستگاه به صورت تصویری دارای پوشش مناسب قابل شستشو و ضد عفونی*	مشاهده
۲	الصاق راهنمای کاربری سریع به دستگاه و یا دسترسی مستمر کاربران جهت بهره برداری در بخش **	مشاهده
توضیحات	* حداقل در بخش‌های اورژانس، اتاق عمل و بخش‌های مراقبت ویژه ** منظور راه اندازی، کاربری و نگهداری با سرعت و دقت بالای صورت پذیرد. توصیه . کاربری سریع بهتر است به صورت تصویری باشد	
هدایت کننده	واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی و مسئولان بخش‌ها / واحدها	

د ۲ ۳ تامین تجهیزات پزشکی مصرفی و غیر مصرفی بیمارستان مطابق ضوابط ابلاغی برنامه‌ریزی شده‌است.

دستاورد استاندارد

- خرید تجهیزات و ملزومات پزشکی با در نظر گرفتن صرفه و صلاح بیمارستان
- خرید تجهیزات و ملزومات پزشکی با رعایت کلیه قوانین، ضوابط و مقررات ابلاغی

سنجه ۱. خرید تجهیزات پزشکی غیر مصرفی بیمارستان مطابق ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت صورت می‌گیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارشناسان تجهیزات پزشکی از ضوابط ابلاغی نحوه خرید تجهیزات و ملزومات پزشکی در سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی	مصاحبه
۲	وجود سوابق نیاز سنجی و اولویت‌بندی نیازهای تجهیزات پزشکی بیمارستان	بررسی مستند
۳	بررسی کیفی و قیمت تجهیزات پزشکی قبل از خرید*	بررسی مستند
۴	خرید تجهیزات پزشکی از زنجیره توزیع **	بررسی مستند
توضیحات	* اولویت خرید از تجهیزات پزشکی تولید داخل رعایت می‌شود. ** زنجیره توزیع شامل وارد کننده اصلی، تولید کننده اصلی و نمایندگان مجاز آن‌ها که در سامانه اداره کل ثبت شده است. توصیه .کارکنان واحد مهندسی تجهیزات پزشکی لازم است از نحوه برگزاری مناقصات، مقررات، ضوابط و بخشنامه‌های مرتبط با تامین (خرید) تجهیزات پزشکی و همچنین، نحوه کشف قیمت و قیمت گذاری تجهیزات پزشکی آگاهی داشته باشند.	
هدایت کننده	مدیر، مسئول تدارکات، واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه ۲. مسئول یا نماینده‌ای از بخش تجهیزات پزشکی در جلسات تصمیم گیری کمیته دارو و تجهیزات بیمارستان حضور دارد و نظرات کارشناسی خود را در خصوص خرید تجهیزات پزشکی را ارائه می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود سوابق تشکیل جلسات کمیته دارو درمان با دستور کار تجهیزات پزشکی	بررسی مستند
۲	عضویت و مشارکت فعال مسئول واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی در کمیته دارو و درمان	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	توصیه . مسئول یا نماینده واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی در تمام کمیته‌های دارو و تجهیزات شرکت داشته باشد و از نقطه نظرات کارشناسی جهت تصمیم گیری بهره برداری شود.	
هدایت کننده	کمیته دارو درمان، واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

د ۲ ۴ پایش، ارزیابی و کنترل کیفی تجهیزات پزشکی برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- کسب اطمینان از کالیبراسیون تجهیزات پزشکی
- بهبود کیفیت خدمات و ارتقای ایمنی بیماران در ارائه خدمات وابسته به تجهیزات پزشکی

سنجه ۱. روش اجرایی"کنترل کیفی تجهیزات پزشکی یا آزمون کالیبراسیون" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی *	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	نحوه شناسایی و اخذ همکاری از شرکت‌های مجاز کنترل کیفی معرفی شده در سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	پیش‌بینی زمان سنجی صحیح در انجام آزمون کالیبراسیون تجهیزات پزشکی در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	رعایت تعرفه خدمات آزمون کالیبراسیون تجهیزات پزشکی ابلاغی در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۰	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۱۱	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۱۲	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	توصیه . حضور یک نفر از کارشناسان تجهیزات پزشکی جهت نظارت بر نحوه و عملکرد انجام آزمون و کسب اطمینان از کالیبراسیون تجهیزات
هدایت کننده	واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی و مسئولان بخش‌ها / واحدها

سنجه ۲. بیمارستان برنامه زمان بندی شده انجام کنترل کیفی براساس دستورالعمل مدیریت نگهداشت و دستورالعمل صدور موافقت اولیه و پروانه فعالیت ابلاغی اداره کل نظارت بر تجهیزات و ملزومات پزشکی قابل دسترسی در تارنمای IMED.IR را تدوین نموده و براساس آن عمل می‌نماید و بر چسب‌های الصاقی مطابق با دستورالعمل‌ها و نتایج آزمون، الصاق شده‌است.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	شناسایی و تهیه فهرست تجهیزات پزشکی مشمول انجام آزمون کالیبراسیون	بررسی مستند
۲	تدوین برنامه زمان بندی انجام آزمون کالیبراسیون تجهیزات پزشکی	بررسی مستند
۳	انجام آزمون کالیبراسیون مطابق برنامه زمان‌بندی تدوین شده	بررسی مستند
۴	نظارت بر نحوه آزمون کنترل کیفی و الصاق برچسب توسط شرکت‌های مجاز	بررسی مستند و مصاحبه
۵	الصاق برچسب‌های کالیبراسیون مطابق دستورالعمل* و نتایج آزمون کالیبراسیون	مشاهده

توضیحات	*دستورالعمل مرتبط در درسامانه اداره کل تجهیزات
هدایت کننده	واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی و مسئولان بخش‌ها / واحدها

سنجه ۳. لیست شرکت‌های دارای صلاحیت مورد تایید اداره کل تجهیزات پزشکی یا نمایندگی شرکت سازنده در این بخش برای کنترل کیفی و برنامه کنترل کیفی زمان بندی شده(به عنوان بخشی از برنامه نگهداشت) موجود است و براساس آن عمل می‌شود و گزارش انجام آزمون‌های کنترل کیفی و مستندات مرتبط در بخش تجهیزات پزشکی موجود می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی و فهرست شرکت‌های دارای صلاحیت آزمون کالیبراسیون تجهیزات پزشکی در بیمارستان	بررسی مستند
۲	انجام آزمون کالیبراسیون تجهیزات پزشکی توسط شرکت‌های دارای پروانه معتبر	بررسی مستند
۳	مجوز انجام آزمون کالیبراسیون برای تجهیزات پزشکی مورد کالیبراسیون در پروانه شرکت	بررسی مستند
۴	وجود سوابق آزمون‌های کنترل کیفی در واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	بررسی مستند
توضیحات	توصیه . قبل از شروع آزمون کالیبراسیون به تاریخ اعتبار پروانه و صلاحیت شرکت براساس سامانه اداره کل و تجهیزات پزشکی ارزیابی شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه ۴. در دستگاه‌هایی که نتیجه حاصله از کنترل کیفی آن‌ها مردود و یا مشروط اعلام شده‌است؛ مستندات و سوابق اقدامات اصلاحی و مرتفع نمودن اشکالات گزارش شده موجود بوده و نسبت به انجام کنترل کیفی مجدد و الصاق برچسب جدید اقدام شده‌است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود سوابق اقدامات اصلاحی برای تجهیزات با سابقه مردود یا مشروط*در آزمون کالیبراسیون	بررسی مستند
۲	اقدام برای تعمیر توسط شرکت نمایندگی رسمی برای تجهیزات با سابقه مردود یا مشروط در آزمون کالیبراسیون	بررسی مستند
۳	انجام آزمون کالیبراسیون مجدد و الصاق برچسب تایید نهایی پس از رفع مشکلات تجهیزات.	بررسی مستند
توضیحات	* تجهیزاتی که نتیجه حاصل از کنترل کیفی آن‌ها مشروط و یا مردود ارزیابی شده است جمع آوری، و به هیچ عنوان بهره برداری نمی‌شود.	
هدایت کننده	واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه ۵. برنامه زمان بندی شده جهت پایش، جمع آوری و تحلیل داده‌ها و مستندسازی تجهیزات پزشکی و نتایج آن‌ها موجود است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین برنامه زمانبندی جهت پایش، جمع آوری و تحلیل داده‌های حاصل از انجام کنترل کیفی	بررسی مستند
۲	مستندسازی نتایج حاصل از تحلیل داده‌های آزمون‌های کالیبراسیون در واحد مهندسی پزشکی	بررسی مستند
۳	مستندسازی نتایج حاصل از تحلیل داده‌های تعمیرات	بررسی مستند
توضیحات	توصیه. نتایج حاصل از انجام کنترل کیفی تجهیزات پزشکی با توجه به اهمیت کنترل تجهیزات پزشکی به مسئولان گزارش شود.	
هدایت کننده	واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه ۶. تجهیزات پزشکی معیوب با استفاده از سیستم فراخوان (ریکال) جمع آوری و از گردش کار خارج می‌شوند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تجهیزات غیر قابل تعمیر مطابق روش اجرایی اسقاط می‌شود. / وجود انبار اسقاط	بررسی مستند
۲	جمع آوری تجهیزات معیوب* از گردش کار در بخش‌ها / واحدها	مشاهده و مصاحبه
۳	جمع آوری تجهیزات و ملزوماتی که توسط اداره کل تجهیزات پزشکی فراخوان شده است	بررسی مستند
توضیحات	* از کار افتاده و یا دارای نتایج کنترل کیفی مردود و مشروط توصیه ۱. جایگزینی تجهیزات پزشکی اسقاط شده با اولویت خرید تامین شود. توصیه ۲. ثبت حوادث ناگوار در خصوص تجهیزات و ملزومات پزشکی و ارائه گزارش به اداره کل تجهیزات پزشکی	
هدایت کننده	واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

د ۲ ۵ تعمیرات و سرویس‌های دوره‌ای به صورت برنامه‌ریزی شده انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- کاهش هزینه‌های نگهداشت تجهیزات پزشکی
- پیشگیری از کارافتادگی تجهیزات پزشکی مستعمل
- استمرار خدمات وابسته به تجهیزات کلیدی و حیاتی بیمارستان در تمام ساعات شبانه‌روز

سنجه ۱. برنامه مکتوب نحوه انجام تعمیرات تجهیزات پزشکی از طریق شرکتهای نمایندگی و یا مجاز (ثالث) صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی و فهرست شرکت‌های نمایندگی و یا مجاز (ثالث) تجهیزات پزشکی در واحد مهندسی پزشکی *	بررسی مستند
۲	انجام تعمیرات صرفا از طریق نمایندگی رسمی یا شرکت‌های ثالث **مجاز	بررسی مستند
توضیحات	*بویژه برای دستگاه‌های با تکنولوژی بالا صورت می‌پذیرد. **تعمیرات تجهیزات پزشکی با قدمت بالا تر از ۱۰ سال و یا بدون نمایندگی رسمی از طریق شرکت‌های ثالث دارای مجوز از اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه ۲. سوابق تعمیرات تجهیزات پزشکی در بخش تجهیزات پزشکی نگهداری می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نگهداری سوابق انجام تعمیرات تجهیزات پزشکی در واحد مهندسی پزشکی	مصاحبه
۲	تحلیل نتایج تعمیرات و شناسایی تجهیزات پزشکی ناکارامد و با هزینه بالای نگهداشت و قرار گرفتن آن‌ها در اولویت جایگزینی	بررسی مستند
توضیحات	توصیه ۱. شرکت‌هایی که انجام خدمات آن‌ها به موقع و با قیمت و کیفیت مناسب صورت نمی‌پذیرد، حتما به اداره کل تجهیزات پزشکی اطلاع‌رسانی گردد و در خریدهای بعدی به موضوع عدم رضایت از خدمات پس از فروش توجه جدی شود. توصیه ۲. اسکن و الکترونیکی نمودن فابل‌های کاغذی و سوابق تعمیرات تجهیزات به منظور افزایش عمر مفید مستندات و دسترسی سریع به طبقه بندی سوابق تعمیرات.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه ۳. سوابق سرویس‌های دوره‌ای فنی و کاربری براساس برنامه نگهداری پیشگیرانه در بخش تجهیزات پزشکی موجود است و برچسب تاریخ آخرین سرویس دوره‌ای انجام شده و همچنین تاریخ سرویس دوره‌های بعدی بر روی تمام تجهیزات نصب می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی و فهرست تجهیزات پزشکی منتخب*به منظور برنامه زمان بندی سرویس‌های دوره‌ای و پیشگیرانه در سطح بیمارستان	بررسی مستند
۲	انجام سرویس‌های دوره‌ای و پیشگیرانه تجهیزات پزشکی شناسایی شده توسط نمایندگان رسمی/کارشناس واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی طبق زمان بندی	بررسی مستند
۳	سوابق سرویس‌های دوره‌ای نگهداری پیشگیرانه در بخش تجهیزات پزشکی موجود است.	بررسی مستند
۴	نصب برچسب تاریخ آخرین سرویس دوره‌ای انجام شده و تاریخ سرویس بعدی بر روی تجهیزات مشمول سرویس دوره‌ای	مشاهده
توضیحات	* تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای و حیاتی با تشخیص واحد مهندسی پزشکی انتخاب و براساس توصیه‌های کارخانه سازنده سرویس‌های دوره‌ای نگهداری پیشگیرانه می‌شود. توصیه . جهت جلوگیری از خراب شده تجهیزات سرمایه‌ای و حیاتی در صورتی که قرارداد سرویس نگهداری سالیانه با شرکت نمایندگی رسمی ندارد انجام سرویس‌های دوره‌ای نگهداری پیشگیرانه مفید است.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه ۴. تجهیزات پزشکی بر قراردادهای سرویس و نگهداری سالیانه ی دستگاه‌های حیاتی و سرمایه‌ای نظارت نموده و سوابق مربوط، نگهداری می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انعقاد قرارداد سرویس نگهداری سالیانه جهت تجهیزات پزشکی حیاتی و سرمایه‌ای با شرکت‌های نمایندگی رسمی	بررسی مستند
۲	نظارت واحد مهندسی پزشکی بر اجرای تعهدات شرکت مطابق قرارداد سرویس نگهداری سالیانه	مصاحبه
توضیحات	توصیه ۱. عقد قراردادهای سرویس نگهداری سالیانه برای تجهیزات سرمایه‌ای و حیاتی بویژه تجهیزات پزشکی با قدمت بیشتر به منظور پیشگیری از خرابی آن‌ها و صرفه جویی در هزینه‌ها توصیه میشود. توصیه ۲. فهرست تجهیزاتی که قرارداد سرویس نگهداری آن‌ها ضروری است در کمیته دارو تجهیزات و ملزومات پزشکی بیمارستان مصوب گردد.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

سنجه ۵. روش اجرایی تأمین تجهیزات پشتیبان و یا تعمیر آن‌ها در کوتاه‌ترین زمان ممکن و در طول شبانه‌روز و ایام تعطیلات با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	پیش‌بینی نحوه تامین تجهیزات پشتیبان در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	پیش‌بینی نحوه شناسایی تجهیزات نیازمند به پشتیبانی شبانه‌روز در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	پیش‌بینی نحوه انجام تعمیرات در کوتاه‌ترین زمان بویژه خارج از وقت اداری در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۰	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۱۱	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۱۲	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی	

هـ . پیشگیری و بهداشت

هـ ۱) مدیریت بهداشت محیط

توضیحات کلی

بهداشت محیط کنترل عواملی از محیط زیست انسانی (محیط داخلی و بیرونی) است که می‌توانند از طریق ایجاد بیماری، ناتوانی یا رنجش و ناراحتی، تاثیر سوء بر سلامت جسمی، روحی، روانی افراد و سلامت جامعه داشته باشند. عمده مخاطرات سلامت در بیمارستان ناشی از عدم اجرای مقررات بهداشتی مربوط به آب و مواد غذایی، پسماند، فاضلاب، تمامی بیماران، ملاقات کنندگان، کارکنان و در نهایت جامعه را در معرض مخاطرات قرار می‌دهد. بسیاری از عوامل محیطی تأثیر مستقیم در عفونت‌های بیمارستانی دارند. عوامل مذکور شامل کیفیت آب، هوا، بهداشت موادِ غذایی، پسماندهای بیمارستانی هستند. همچنین طراحی بخش‌ها، تسهیلات، فرایندهای استریلیزاسیون، رختشویخانه و نظافت نقش بسزایی در پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی دارند. رعایت اصول و موازین بهداشت محیط، نه تنها کنترل کننده کانون تمرکز عفونت‌های بیمارستانی است، بلکه تامین‌کننده رفاه جسمی و روانی خواهد بود. با اجرای برنامه بهداشت محیط در بیمارستان‌ها می‌توان تهدیدهای ناشی از مشکلات بهداشتی را کاهش داد و با برقراری فرایندهای بهداشتی، نسبت به ارتقاء کیفیت خدمات اطمینان حاصل نمود. اجرای استانداردهای این محور بر عهده تمام کارکنان بیمارستان و نظارت بر اجرای آنها با مسئول واحد بهداشت محیط بیمارستان می‌باشد.

هـ	۱	۱	کیفیت آب بیمارستان با استانداردهای کشوری آب آشامیدنی مطابقت دارد.

دستاورد استاندارد

- اطمینان از سلامت میکروبی، شیمیایی و مصرفی آب آشامیدنی بیمارستان
- اطمینان از عملکرد مناسب سیستم گندزدایی

سنجه ۱. کلر سنجی به صورت روزانه و متناوب با استفاده از کیت‌های کلر سنجی مورد تایید وزارت بهداشت انجام می‌گیرد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود کیت کلرسنج* و معرف‌های مورد تایید وزارت بهداشت	بررسی مستند
۲	انجام کلر سنجی روزانه و متناوب**	مشاهده
توضیحات	*کیت‌های کلر سنجی با تاییدیه سازمان غذا و دارو و معرف‌ها با تاریخ مصرف معتبر در بیمارستان موجود است. **کلر سنجی حداقل در سه نقطه در بیمارستان به صورت روزانه و متناوب انجام می‌گیرد. توصیه. تمامی نتایج کلر سنجی با استاندارد مطابقت دارد و در صورت عدم تطابق نتایج کلر سنجی با استاندارد ملی ۱۰۵۳ حتی در یک مستند بررسی شده، پیگیری و مداخلات اصلاحی صورت می‌گیرد.	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۲. آزمایشات میکروبی و شیمیایی آب مطابق دستورالعمل انجام شده و سوابق آن موجود است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انجام نمونه‌برداری برای آزمایشات میکروبی حداقل در هر ماه یک بار*	بررسی مستند
۲	وجود سوابق آزمایشات میکروبی در تمامی ماههای سال	بررسی مستند
۳	انجام نمونه‌برداری برای آزمایشات میکروبی حداقل در هر شش ماه یک بار**	بررسی مستند
۴	وجود سوابق آزمایشات شیمیایی آب در هر شش ماه	بررسی مستند
توضیحات	* بر اساس استاندارد شماره ۴۲۰۸ تحت عنوان "کیفیت آب-نمونه برداری از آب برای آزمون‌های میکروبی"حداقل تعداد نمونه برای آزمون باکتری‌های نشانگر آلودگی مدفوعی برای جمعیت کمتر از ۵۰۰۰ نفر ۱۲ نمونه در سال در نظر گرفته شده است. سوابق حداقل ۱۲ نمونه در سال وجود دارد. ** برای نمونه‌برداری شیمیایی از دستورالعمل تواتر نمونه‌برداری برای آزمون‌های شیمیایی در شبکه توزیع آب آشامیدنی اعلام شده از سوی معاونت بهداشت استفاده شود. حداقل دو نمونه در سال وجود دارد. توصیه. تمامی نتایج انجام آزمایشات میکروبی و شیمیایی با استاندارد ملی ۱۱۰۱ و ۱۰۵۳ و ۴۲۰۷ مطابقت دارد و در صورت عدم تطابق نتایج آزمایشات میکروبی و شیمیایی با استاندارد، پیگیری و مداخلات اصلاحی صورت می‌گیرد.	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۳. آب مورد نیاز بیمارستان حداقل برای ۲۴ ساعت در مخزن اختصاصی ذخیره شده و در گردش می‌باشد و ماهیانه از نظر آلودگی میکروبی و روزانه از نظر کلر باقی مانده بررسی می‌شود و سوابق آن موجود است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود مخزن اختصاصی با امکان گردش دائم آب	مشاهده
۲	سوابق برآورد نیاز آبی بیمارستان و تناسب ظرفیت مخزن با نیاز آبی بیمارستان در ۲۴ ساعت	بررسی مستند
۳	ذخیره آب مورد نیاز بیمارستان حداقل برای ۲۴ ساعت در مخزن مذکور	مشاهده
۴	وجود سوابق انجام ماهیانه آزمایشات میکروبی* آب مخزن	بررسی مستند
۵	وجود سوابق سنجش روزانه کلر باقی مانده آب مخزن	بررسی مستند
توضیحات	* براساس استاندارد شماره ۴۲۰۸ تحت عنوان"کیفیت آب-نمونه‌برداری از آب برای آزمون‌های میکروبی" حداقل تعداد نمونه برای آزمون باکتری‌های نشانگر آلودگی مدفوعی برای جمعیت کمتر از ۵۰۰۰ نفر ۱۲ نمونه در سال در نظر گرفته شده است. توصیه. تمامی نتایج انجام آزمایشات میکروبی و کلر سنجی با استاندارد ملی ۴۲۰۸ و ۱۱۰۱ مطابقت دارد در صورت عدم تطابق با استاندارد پیگیری و مداخلات اصلاحی صورت می‌گیرد.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۴. کنترل کیفی آب مصرفی دستگاه‌های دیالیز طبق دستورالعمل وزارت بهداشت انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی سوابق آزمایشات میکروبی آب مصرفی دستگاه‌های دیالیز*	بررسی مستند
۲	بررسی سوابق آزمایشات شیمیایی آب مصرفی دستگاه‌های دیالیز*	بررسی مستند
توضیحات	* آزمایشات میکروبی بصورت ماهانه و آزمایشات شیمیایی سه ماه یکبار انجام می‌گیرد.	
هدایت کننده	سرپرستار بخش دیالیز و مسئول بهداشت محیط	

هـ	۱	۲	صلاحیت بهداشتی کارکنان در واحدهای مرتبط با موادِ غذایی، استریلیزاسیون، پسماند و رختشویخانه احراز می‌شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از انتقال و گسترش بیماری‌های واگیر بین کارکنان و بیماران
- حفظ سلامت کارکنان در معرض خطر ابتلا به بیماری

سنجه ۱. تصویرگواهینامه "دوره ویژه بهداشت عمومی" برای کارکنان تهیه، توزیع و فروش موادِ غذایی، استریلیزاسیون مرکزی، مدیریت پسماند و رختشویخانه بر اساس دستورالعمل‌ها و قوانین معتبر از نظر زمان و مرجع صادر کننده در واحدهای مذکور وجود دارد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود تصویر گواهینامه دوره ویژه بهداشت عمومی برای تمام کارکنان مرتبط * براساس دستورالعمل‌ها و قوانین**	بررسی مستند
۲	اعتبار گواهینامه از نظر زمان و مرجع صادر کننده	بررسی مستند
توضیحات	* کارکنان مرتبط شامل کارکنان تهیه، توزیع و فروش موادِ غذایی، استریلیزاسیون مرکزی، مدیریت پسماند و رختشویخانه است. توصیه. تصویر گواهینامه "دوره ویژه بهداشت عمومی" صادره شده از آموزشگاه‌های اصناف در واحدهای مذکور نصب شده است. **قانون ماده ۱۳مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۲. تصویر کارت بهداشتی معتبر از نظر زمان و مرجع صادر کننده برای تمامی کارکنانی که در تهیه، توزیع و فروش موادِ غذایی در بیمارستان مشارکت دارند، در محل قابل رویت محل خدمت کارکنان مذکور نصب شده است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود تصویر کارت بهداشتی برای تمام کارکنان مرتبط*	بررسی مستند
۲	اعتبار کارت بهداشتی از نظر زمان و مرجع صادر کننده	بررسی مستند
۳	نصب کارت بهداشتی در محل قابل رویت در واحدهای مذکور	مشاهده
توضیحات	* برای تمامی‌کارکنانی که در تهیه، توزیع و فروش موادِ غذایی در بیمارستان مشارکت دارند. توصیه. در تمامی مراحل تهیه و توزیع موادِ غذایی عدم بکار گیری کارکنان پسماند رعایت می‌گردد و کارکنان فعال در مراحل تهیه و توزیع موادِ غذایی نیز در فرایند مدیریت پسماندها دخالت ندارند. بر اساس قانون ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط	

هـ	۱	۳	ارزیابی مواد اولیه غذایی، روش حمل و نقل آنها مطابق ضوابط بهداشتی صورت می‌پذیرد.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از شیوع بیمارهای منتقله از راه موادِ غذایی

سنجه ۱. روش اجرایی "نظارت بر نحوه تهیه و نگهداری مواد اولیه غذایی" مطابق با ضوابط و مقررات و با مشارکت مسئول واحد بهداشت محیط و مسئول واحد تغذیه، تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و زیرساخت‌های لازم به منظور نظارت بر تهیه و نگهداری مواد اولیه غذایی	بررسی مستند
۳	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش	بررسی مستند
۴	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش	بررسی مستند
۵	ابلاغ فایل الکترونیک روش اجرایی	بررسی مستندو مصاحبه
۶	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۷	آموزش بهداشت موادِ غذایی، نکات مربوط به تهیه موادِ غذایی سالم، شیوه‌های نگهداری بهداشتی به کارکنان مرتبط	بررسی مستند و مصاحبه
۸	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	بر اساس قانون ماده ۱۳مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۲. مواد اولیه غذایی صرفاً به وسیله وسایط نقلیه مخصوص حمل و نقل موادِ غذایی دارای شماره مجوز درج شده بر روی وسیله نقلیه به صورت برچسب صادره از معاونت بهداشتی، مطابق آیین نامه اجرایی ابلاغی وزارت بهداشت حمل می‌شوند.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود تصویر پروانه بهداشتی صادر شده از سوی معاونت بهداشتی دانشگاه /دانشکده وسایط نقلیه، مخصوص حمل و نقل موادِ غذایی	بررسی مستند
۲	بررسی اعتبار پروانه بهداشتی صادر شده از سوی معاونت بهداشتی دانشگاه /دانشکده	بررسی مستند
توضیحات	بر اساس قانون ماده ۱۳مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹	
هدایت کننده	مسئول واحد بهداشت محیط	

سنجه ۳. بیمارستان از موادِ غذایی بسته بندی مجاز و محصولات واحدهای تولیدی دارای پروانه‌های معتبر بهداشتی استفاده می‌نماید.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود موادِ غذایی بسته‌بندی مجاز* در انبار موادِ غذایی و سردخانه	بررسی مستندو مشاهده
۲	وجود محصولات غذایی تولیدی واحدهای دارای پروانه معتبر بهداشتی**	بررسی مستندو مشاهده
توضیحات	* مشخصات مواد غذایی بسته‌بندی مجاز شامل نام محصول، ترکیبات، آدرس کارخانه، شماره پروانه ساخت از وزارت بهداشت، تاریخ تولید و انقضا می‌باشد. **پروانه صادره از معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت؛ بر اساس دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی، شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط و مسئول تدارکات	

هـ	۱	۴	نگهداری مواد اولیه غذایی با رعایت اصول ایمنی و ضوابط بهداشتی صورت می‌پذیرد.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از بروز بیماری‌های منتقله از راه موادِ غذایی

سنجه ۱. انبار/سردخانه اختصاصی برای نگهداری موادِ غذایی مطابق آیین نامه مربوط موجود است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود انبار/ سردخانه‌های اختصاصی زیر صفر درجه و بالای صفر درجه برای نگهداری موادِ غذایی	مشاهده
۲	تطابق شرایط سردخانه موادِ غذایی با دستورالعمل و آیین نامه *	بررسی مستندو مشاهده
توضیحات	*بر اساس قانون ماده ۱۳مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۲. تمام مواد و فرآورده‌های غذایی بالاتر از سطح زمین و جدا از مواد شوینده نگهداری می‌شوند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود پالت، قفسه برای نگهداری مواد و فرآورده‌های غذایی*	مشاهده
۲	وجود قفسه برای نگهداری مواد و فرآورده‌های غذایی جدا از مواد شوینده در انبار موادِ غذایی	مشاهده
توضیحات	*بر اساس قانون ماده ۱۳مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۳. ثبت درجه حرارت یخچال‌ها و فریزرهای نگهداری موادِ غذایی دو نوبت در روز انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود دماسنج در تمامی یخچال‌ها و فریزرهای نگهداری موادِ غذایی	مشاهده
۲	ثبت دمای یخچال‌ها و فریزرهای نگهداری موادِ غذایی در دو نوبت صبح و عصر	بررسی مستند
توضیحات	بر اساس قانون ماده ۱۳مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط و مسئول واحد تغذیه	

سنجه ۴. مکانیسم‌های ایمن و تمام خودکار برای ورود و خروج به یخچال‌ها، فریزرها و سردخانه‌ها وجود دارد، درب یخچال از داخل قفل نمی‌شود و داخل یخچال کلیدی جهت توقف سرد کننده وجود دارد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود کلیدی جهت توقف سیستم سرمایش در تمامی یخچال‌ها، فریزرها و سردخانه‌ها	مشاهده
۲	وجود درب با قابلیت قفل شدن از بیرون سردخانه	مشاهده
توضیحات	دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی، شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

هـ	۱	۵	آماده سازی و طبخ، مطابق ضوابط بهداشتی انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از بروز بیماری‌های منتقله از راه موادِ غذایی

سنجه ۱. روش اجرایی "نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی آماده سازی و طبخ" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و زیرساخت‌های لازم به منظو نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی آماده سازی و طبخ موادِ غذایی	بررسی مستند
۳	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش	بررسی مستند
۴	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش	بررسی مستندو مصاحبه
۵	ابلاغ فایل الکترونیک روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۶	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی آماده سازی و طبخ موادِ غذایی	مصاحبه
۷	آموزش نکات بهداشتی و آماده سازی و طبخ،بیماری‌های منتقله از راه موادِ غذایی یا کارکنان آشپزخانه	بررسی مستند
۸	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده	مصاحبه و مشاهده
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد تغذیه	

سنجه ۲. ابزار، لوازم و ظروف مورد استفاده در مراحل آماده سازی، طبخ و توزیع دارای شرایط بهداشتی مطابق آیین نامه است.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود ابزار، لوازم و ظروف دارای شرایط بهداشتی* در مرحله آماده سازی	مشاهده
۲	وجود ابزار، لوازم و ظروف دارای شرایط بهداشتی در مرحله طبخ	مشاهده
۳	وجود ابزار، لوازم و ظروف دارای شرایط بهداشتی در مرحله توزیع	مشاهده
توضیحات	* ابزار، لوازم ظروف سالم بدون شکستگی، زنگ زدگی و دارای جنس مورد تایید وزارت بهداشت، مطابق با مواد ۲۵ الی ۲۸ و سایر بندهای مرتبط در دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشت از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی، شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹ می‌باشد. توصیه. تعداد ابزار، لوازم و ظروف مورد استفاده در مراحل آماده سازی، طبخ و توزیع متناسب با فعالیت آشپزخانه است. بر اساس قانون ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۳. مواد مصرفی که در تهیه غذا به کار می‌رود مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت آماده می‌شود.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آماده سازی مواد مصرفی، با رعایت شرایط بهداشتی مطابق دستورالعمل *	بررسی مستندو مشاهده
توضیحات	* آماده سازی مواد مصرفی شامل یخ زدایی مواد پروتئینی، سرد کردن و گرم کردن موادِ غذایی آماده مصرف است. توصیه. تجهیزات برای آماده سازی مواد مصرفی وجود دارد. بر اساس دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۴. میوه و سبزیجات خام مصرفی مطابق دستورالعمل سالم سازی سبزیجات آماده مصرف می‌شوند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود دستورالعمل سالم سازی میوه و سبزیجات در آشپزخانه	بررسی مستند
۲	انجام چهار مرحله سالم سازی میوه و سبزیجات *	بررسی مستند و مشاهده و مصاحبه
۳	آگاهی کارکنان مرتبط آشپزخانه از دستورالعمل	مصاحبه
توضیحات	* چهار مرحله سالم سازی شامل، شستشو، انگل زدایی،گندزدایی و شستشو نهایی با آب می‌باشد. توصیه. تجهیزات و مواد لازم برای سالم سازی سبزیجات در آشپزخانه وجود دارد. بر اساس قانون ماده ۱۳مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۵. موادِ غذایی فاسد شدنی، در یخچال و یا سردخانه نگهداری می‌شوند و غذای پخته و خام، شسته و نشسته جدا از هم نگهداری می‌شوند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود یخچال و یا سردخانه با شرایط بهداشتی و دمای مناسب*	مشاهده
۲	رعایت تمامی شرایط مناسب نگهداری غذای پخته و خام، مطابق دستورالعمل	مشاهده و مصاحبه
۳	نگهداری جدا از هم موادِ غذایی شسته و نشسته، مطابق دستورالعمل	مشاهده
۴	نگهداری موادِ غذایی فاسد شدنی با توجه به نوع ماده غذایی و شرایط مناسب نگهداری آنها، در یخچال و یا سرد خانه	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*مواد غذائی فاسد شدنی نباید بیش از دو ساعت در محدوده دمای بین ۵ تا ۶۰ درجه سلسیوس نگهداری شود، لازم است در دمای پایین تر از ۵ درجه سلسیوس یا در دمای بالاتر از ۶۰ درجه سلسیوس در شرایط پخت نگهداری گردد. بر اساس قانون ماده ۱۳مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۶ . طبخ غذا در فضای مجزا از محل آماده سازی صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فضای مجزا دارای شرایط بهداشتی برای آماده سازی و طبخ*	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* مطابق ماده‌های ۱-۳۹، ۱۵-۳۹و ۸-۳۹ دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

هـ	۱	۶	توزیع و سرو غذا مطابق ضوابط بهداشتی انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از بروز بیماریهای منتقله از راه موادِ غذایی

سنجه ۱ . روش اجرایی " نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی توزیع و سرو غذا " با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و زیرساختهای لازم به منظور نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی توزیع و سرو غذا	بررسی مستند
۳	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش	بررسی مستند
۴	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش	بررسی مستندو مصاحبه
۵	ابلاغ فایل الکترونیک روش اجرایی	بررسی مستندو مصاحبه
۶	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی توزیع و سرو غذا	مصاحبه
۷	آموزش نکات بهداشتی و سرو غذا، بیماری‌های منتقله از راه موادِ غذایی یا کارکنان آشپزخانه	بررسی مستند
۸	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده	مصاحبه و مشاهده
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۲. بیمارستان از ترالی‌های گرم خانه دار مخصوص توزیع غذا یا آسانسورهای مخصوص حمل مستقیم غذا از آشپزخانه به داخل بخش‌ها، برخوردار است و غذاها با دمای مناسب بین بیماران و همراهان آن‌ها توزیع می‌شود، کنترل تصادفی و دقیق درجه حرارت غذا به روشی بهداشتی توسط مسئول واحد بهداشت محیط انجام می گیرد.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود ترالی‌های گرم خانه دار یا آسانسورهای مخصوص حمل غذا و مخصوص توزیع غذا برای تامین زنجیره گرم	مشاهده
۲	وجود دماسنج مناسب جهت کنترل تصادفی و دقیق درجه حرارت غذا	مشاهده
۳	انجام کنترل تصادفی و دقیق درجه حرارت غذا به روشی بهداشتی توسط مسئول واحد بهداشت محیط	مشاهده و مصاحبه
۴	توزیع غذاها با دمای مناسب بین بیماران و همراهان	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	توصیه ۱. شرایط برای تامین زنجیره گرم و رسیدن به دمای بالاتر از ۶۰ درجه سلسیوس از مرحله تولید تا زمانی که مواد خوردنی و آشامیدنی به دست مصرف کننده می‌رسد فراهم شده است. توصیه ۲. اقدامات و تجهیزات لازم برای تامین زنجیره سرد و رسیدن به دمای پایین تر از ۵ درجه سلسیوس (از مرحله تولید تا زمانی که مواد خوردنی و آشامیدنی به دست مصرف کننده می‌رسد) فراهم شده است.	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

هـ	۱	۷	آشپزخانه و فضاهای پشتیبانی آن و محل ارائه موادِ غذایی، دارای معیارها و شرایط بهداشتی هستند.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از بروز بیماری‌های منتقله از راه موادِ غذایی

سنجه ۱. واحد بهداشت محیط در فواصل زمانی تعیین شده، بهداشت آشپزخانه و موادِ غذایی را براساس ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت، ارزیابی و گزارش نتایج ارزیابی در کمیته بهداشت محیط بیمارستان مطرح و اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود چک لیست ارزیابی بهداشت آشپزخانه و موادِ غذایی	بررسی مستند
۲	ارزیابی بهداشت آشپزخانه و موادِ غذایی در فواصل زمانی تعیین شده	بررسی مستند
۳	بررسی نتایج ارزیابی درکمیته بهداشت محیط بیمارستان	بررسی مستند
۴	انجام اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت	بررسی مستند و مشاهده و مصاحبه
توضیحات	بر اساس قانون ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط، مسئول بهبود کیفیت	

سنجه ۲. انبار، محل آماده سازی، محل پخت، محل توزیع و ظرفشویی چیدمان مناسب دارد و مسیر یک طرفه تمیز به کثیف رعایت میشود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	چیدمان مناسب انبار، محل آماده سازی، محل پخت، محل توزیع و ظرفشویی	مشاهده
۲	وجود مسیر یک طرفه تمیز به کثیف *	مشاهده
توضیحات	* جهت جلوگیری از انتقال آلودگی توالی استقرار فضای انبار، محل آماده سازی، محل پخت، محل توزیع و ظرفشویی به نحوی است که مسیر یک طرفه تمیز به کثیف رعایت می‌شود .	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۳. سالن‌های غذا خوری و محل سرو غذا مطابق آیین نامه مربوط است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود سالن‌های غذا خوری و محل سرو غذا	مشاهده
۲	تطبیق شرایط فیزیکی و محیطی سالن‌های غذا خوری و محل سرو غذا با شرایط بهداشتی*	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* شرایط فیزیکی از قبیل کف، دیوار، سقف، سیستم تهویه، در و پنجره و شرایط محیطی از قبیل دما، رطوبت، نور است. بر اساس قانون ماده ۱۳مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۴. جهت استفاده کارکنان آشپزخانه، اتاق استراحت دارای معیارهای بهداشتی و متناسب با تعداد کارکنان، سرویس بهداشتی مستقل، حمام دارای شرایط بهداشتی، رختکن و جاکفشی فراهم شده و کارکنان از آن استفاده می‌کنند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود اتاق استراحت، سرویس بهداشتی، حمام، رختکن و جاکفشی برای کارکنان آشپزخانه	مشاهده
۲	تناسب مساحت اتاق استراحت، تعداد سرویس بهداشتی، حمام، رختکن و جاکفشی با تعداد کارکنان	بررسی مستند و مشاهده
۳	تطابق وضعیت اتاق استراحت، سرویس بهداشتی، حمام، رختکن و جاکفشی با شرایط بهداشتی	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	بر اساس قانون ماده ۱۳مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۵. شرایط محل فروش مواد غذایی مانند بوفه در داخل بیمارستان مطابق آیین نامه اجرایی ابلاغی وزارت بهداشت بوده و موادِ غذایی مجاز عرضه می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تطابق شرایط محل فروش مواد غذایی با شرایط بهداشتی مندرج در دستورالعمل	بررسی مستند و مشاهده
۲	عرضه موادِ غذایی مجاز درمحل‌های مذکور	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	بر اساس قانون ماده ۱۳مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره۱۸۰۳۹۲۰۹	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۶ . شرایط آبدارخانه بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان مطابق آیین نامه ابلاغی وزارت بهداشت است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود آبدارخانه در بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان	مشاهده
۲	تطابق شرایط آبدارخانه با آیین‌نامه و دستورالعمل *	بررسی مستندو مشاهده
توضیحات	* بر اساس قانون ماده ۱۳مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط، سرپرستاران، مسئول خدمات	

هـ	۱	۸	اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذایی برای بیماران بستری در بخش‌های ویژه و ایزوله رعایت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از بروز بیماریهای منتقله از راه موادِ غذایی

سنجه ۱. روش اجرایی "رعایت اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذا به بیماران بستری در بخش‌های ویژه" شامل تمامی موارد مرتبط از جمله پوشش کارکنان توزیع کننده، تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	شناسایی و مشارکت ذینفعان *	بررسی مستند
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین نوع پوشش کارکنان توزیع کننده غذا، در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	تعیین کارکنان مجاز در ارائه خدمات غذا به بیماران در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	پیش‌بینی آموزش رعایت اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذا به بیماران بستری در روش اجرایی	مشاهده
۹	ابلاغ فایل الکترونیک روش اجرایی	بررسی مستند و مشاهده
۱۰	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص رعایت اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذا به بیماران بستری در بخش‌های ویژه	مصاحبه
۱۱	انطباق عملکرد کارکنان با اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذا به بیماران بستری در بخش‌های ویژه	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*انتخاب ذینفعان با تشخیص بیمارستان	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۲. بیمارستان جهت جلوگیری از انتقال عفونت از طریق ظروف غذا براساس بخش‌نامه ابلاغی وزارت بهداشت از ظروف یک بار مصرف مورد تأیید، برای بیماران اتاق‌های ایزوله و واحدهای عفونی و بیماران بخش اورژانس استفاده می‌نماید.		
سطح سنجه	☑الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود ظروف یک بار مصرف مورد تأیید* به تعداد کافی در بیمارستان	مشاهده
۲	نگهداری ظروف یک بار مصرف، در شرایط بهداشتی**	مشاهده
۳	استفاده از ظروف یک بار مصرف مورد تأیید، برای بیماران اتاق‌های ایزوله و واحدهای عفونی و بیماران بخش اورژانس***	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*ظروف و وسایل یکبار مصرف سالم، تمیز، عاری از رگه، سوراخ ریز، ذرات یا اجسام خارجی، خراش، پارگی، جمع شدگی، لبه‌های تیز، بو و حباب، دارای پروانه ساخت یا یا پروانه ورود به کشور، متناسب با نوع پروانه برای موادِ غذایی سرد یا گرم. ** ظروف یکبار مصرف در داخل کیسه‌های پلاستیکی تمیز و مستحکم و در بسته و دور از نور مستقیم خورشید نگهداری گردد. ***استفاده از ظروف‌یکبار مصرف صرفا در"اتاق ایزوله عفونی بخش اورژانس" الزامی می‌باشددرموردسایر بیماران بخش اورژانس به تشخیص بیمارستان . بر اساس قانون ماده ۱۳مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین‌نامه اجرایی آن، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹	
هدایت کننده	مدیری بیمارستان، مسئول بهداشت محیط	

هـ	۱	۹	اصول بهداشتی نحوه تردد به آشپزخانه رعایت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از انتقال الودگی به آشپزخانه

سنجه ۱. محدودیت تردد برنامه‌ریزی شده و از ورود افراد متفرقه به داخل آشپزخانه جلوگیری می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نصب تابلوهای نشان دهنده محدودیت تردد در ورودی آشپزخانه	مشاهده
۲	رعایت محدودیت تردد و جلوگیری از ورود افراد متفرقه به آشپزخانه	مشاهده و مصاحبه
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه۲ . مسیرهای کثیف و تمیز در آشپزخانه رعایت می‌شوند و امکانات، تسهیلات لازم برای جلوگیری از انتقال آلودگی از کفش‌ها در ابتدای ورودی به واحدهایی نظیر محل طبخ، انبار و سردخانه مواد غذایی وجود دارد و رعایت می شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	جلوگیری از تداخل مسیرهای کاری کثیف و تمیز درآشپزخانه	مشاهده
۲	وجود امکانات، تسهیلات لازم* برای جلوگیری از انتقال آلودگی از کفش‌ها	مشاهده
توضیحات	* امکانات و تسهیلات لازم برای جلوگیری از انتقال آلودگی از کفش‌ها از قبیل خط قرمز، کفش مخصوص آشپزخانه، جا کفشی، در ابتدای ورودی به واحدهایی نظیر محل طبخ، انبار و سردخانه مواد غذایی وجود دارد.	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

هـ	۱	۱۰	ارزیابی مستمر بهداشت محیط در فضاهای فیزیکی بیمارستان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ارتقاء وضعیت بهداشت محیط در بیمارستان
- جلوگیری از انتقال عفونت از طریق عوامل محیطی

سنجه ۱. وضعیت بهداشت محیط بیمارستان مطابق بخش‌نامه ابلاغی وزارت بهداشت توسط کارکنان واحد بهداشت محیط در فواصل زمانی برحسب نوع فعالیت در بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان با استفاده از چک لیست‌های مرتبط ارزیابی می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود چک لیست ارزیابی بهداشت محیط بیمارستان	بررسی مستند
۲	ارزیابی بهداشت بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان در فواصل زمانی تعیین شده*	بررسی مستند
توضیحات	*حداقل یک بار در هفته بر اساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط، مسئول خدمات	

سنجه ۲. گزارش نتایج ارزیابی‌های مستمر بهداشتی در کمیته بهداشت محیط بیمارستان مطرح شده و در صورت لزوم، اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	گزارش نتایج ارزیابی انجام شده بر اساس چک لیست بهداشت محیط بیمارستان، در کمیته بهداشت محیط	بررسی مستند
۲	اجرای اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت بر اساس نتایج ارزیابی	بررسی مستند، مشاهده و مصاحبه
توضیحات	براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	کمیته بهداشت،مسئول بهداشت محیط، مسئول خدمات	

سنجه ۳. روش اجرایی "پیشگیری و کاهش آلاینده‌های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان" تدوین شده و همه کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی*	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* اطلاع‌رسانی به کارکنانی که دسترسی به فایل الکترونیکی نداشته و یا با توجه به سطح دانش و تجربه امکان استفاده از آن را ندارند بایستی آموزش به صورت چهره به چهره صورت پذیرد.	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط، مسئول ساختمان و تاسیسات، مسئول خدمات	

سنجه ۴. واحد بهداشت محیط بر اساس راهنمای تهویه در بیمارستان ابلاغی وزارت بهداشت ارزیابی‌های تهویه بخش‌ها/واحدها را انجام داده و گزارش آن به کمیته بهداشت ارائه و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا می‌شود و مسئول بهداشت محیط بر اجرای آن نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارکنان مرتبط از راهنمای تهویه در بیمارستان*	مصاحبه
۲	انجام ارزیابی‌های تهویه بخش‌ها/واحدها **	بررسی مستند
۳	ارائه نتایج ارزیابی انجام شده بر اساس چک لیست، در کمیته بهداشت محیط	بررسی مستند
۴	اجرای اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت بر اساس نتایج ارزیابی	بررسی مستند و مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*وجود فایل الکترونیک راهنمای تهویه در بیمارستان ** ارزیابی تهویه بر اساس چک لیست راهنمای سیستم‌های تهویه در بیمارستان‌ها، در تمامی بخش‌ها و واحدها انجام می‌گیرد.	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۵. اصول کنترل دخانیات در بیمارستان رعایت می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	رعایت ممنوعیت استعمال دخانیات در تمامی بخش/واحدها/ راهروهای بیمارستان*	مشاهده
۲	عدم عرضه محصولات دخانی در بیمارستان	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	*در بخش روانپزشکی، اتاقی با هواکش قوی، فاقد مواد اشتعال زا و دارای سیستم اطفاء حریق، برای سیگار کشیدن بیماران این بخش اختصاص داده شود. بر اساس ماده ۷ آیین نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب شورای اسلامی مورخ ۱۳۸۵/۶/۱۵	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۶ .کمیته بهداشت محیط بر اجرای استانداردهای بهداشت محیط در بیمارستان نظارت نموده و در صورت نیاز اقدام اصلاحی / برنامه بهبود تدوین و اجرا می‌نماید.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نظارت کمیته بهداشت محیط بر اجرای استانداردهای بهداشت محیط	بررسی مستند
۲	ارائه نتایج ارزیابی انجام شده، در جلسات کمیته بهداشت محیط	بررسی مستند
۳	اجرای اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت بر اساس نتایج ارزیابی	بررسی مستند و مشاهده و مصاحبه
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

هـ ۱ ۱۱ اصول بهداشتی ساختارهای فیزیکی مسیرهای عمومی و بخش‌ها / واحدها رعایت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ارتقاء وضعیت بهداشت محیط بیمارستان
- جلوگیری از انتقال عفونت از طریق عوامل محیطی

سنجه ۱. کف، دیوار و سقف همه قسمت‌های بیمارستان مطابق ضوابط بهداشتی می‌باشد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	مطابقت شرایط دیوار، سقف و کف بخش/واحدها با ضوابط بهداشتی *	مشاهده
توضیحات	*همه قسمت‌های بیمارستان مطابق با فصل هشتم آیین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط ، مسئول خدمات	

سنجه ۲. پنجره‌های تمامی قسمت‌های بیمارستان مطابق ضوابط بهداشتی می‌باشد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	* مطابقت شرایط پنجره‌ها با ضوابط بهداشتی	مشاهده
توضیحات	* ضوابط بهداشتی شامل مجهز بودن تمامی پنجره‌های بازشو به توری سالم، ضد زنگ، دوجداره بودن پنجره‌های مشرف به خیابان‌ها و محل‌های پر سرو صدا، سالم بودن چهارچوب پنجره‌ها، نظافت عمومی پنجره‌ها مطابق با فصل هشتم آیین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان رعایت شود.	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط، مسئول خدمات	

هـ	۱	۱۲	اصول بهداشتی ساختارهای فیزیکی و مسیرهای تردد در اتاق عمل و استریلیزاسیون مرکزی رعایت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ارتقاء وضعیت بهداشت محیط بیمارستان
- جلوگیری از انتقال عفونت از طریق عوامل محیطی

سنجه ۱. مسیرهای ورود و خروج، تجهیزات و لوازم اتاق عمل با هم تداخل ندارند.		
سطح سنجه	☑الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	عدم تداخل مسیرهای ورود و خروج، تجهیزات و لوازم اتاق عمل	مشاهده
توضیحات	بر اساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان و چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، رئیس بخش و سرپرستار اتاق عمل	

سنجه ۲. امکانات لازم برای انتقال تجهیزات و لوازم اتاق عمل به صورت جداگانه برای وسایل استریل و غیر استریل وجود دارد.		
سطح سنجه	☑الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود امکانات لازم * و سالم برای انتقال تجهیزات و لوازم اتاق عمل	مشاهده
۲	وجود امکانات جداگانه برای وسایل استریل و غیر استریل	مشاهده
توضیحات	*امکانات لازم و سالم شامل ترالی قابل شستشو و گندزدایی برای انتقال تجهیزات و لوازم اتاق عمل به صورت جداگانه با برچسب‌های مشخص برای وسایل استریل و غیر استریل وجود دارد. بر اساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	رئیس بخش و سرپرستار اتاق عمل، مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۳. تهویه و هوای اتاق‌های عمل دارای شرایط بهداشتی است و به فیلترهای اولیه و نهایی هپا مجهز می باشد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود شرایط بهداشتی* در تهویه و هوای اتاق عمل	مشاهده و بررسی مستند
۲	مجهز بودن سیتم تهویه اتاق عمل به فیلترهای اولیه و نهایی هپا	مشاهده
توضیحات	* شرایط بهداشتی شامل برقرار بودن فشار مثبت نسبت به فضاهای بیرون، تعویض هوا حداقل ۱۵-۲۰ بار، مجهز بودن به فیلترهای اولیه برای گرد و غبار و فیلتر نهایی هپا است. بر اساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، راهنمای سیستم تهویه	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، رئیس بخش و سرپرستار اتاق عمل، مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۴. مسیرهای کثیف و تمیز حداقل در بخش اتاق عمل و استریلیزاسیون مرکزی، رعایت می‌شوند.		
سطح سنجه	☑الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	پیش بینی تمهیدات لازم و استفاده از امکانات و تجهیزات مناسب*	بررسی مستند و مشاهده
۲	رعایت عدم تداخل مسیرهای کثیف و تمیز در بخش اتاق‌های عمل و استریلیزاسیون مرکزی	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*تمهیدات لازم از قبیل مسیرهای جداگانه برای انتقال وسایل تمیز و کثیف، ترالی‌های مخصوص جهت جلوگیری از تداخل مسیرهای کثیف و تمیز، وجود حائل یا خط قرمز، تعویض کفش یا استفاده از کاور یکبار مصرف حداقل در بخش اتاق عمل و استریلیزاسیون مرکزی، پیش بینی شده است. بر اساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط، مسئول استریلیزاسیون مرکزی	

سنجه ۵. جانمایی اتاق استریلیزاسیون مرکزی و ارتباط مناسب آن با اتاق‌های عمل و بخش‌های ویژه رعایت شده‌است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	رعایت جانمایی اتاق استریلیزاسیون مرکزی	مشاهده
۲	ارتباط مناسب * با اتاق‌های عمل و بخش‌های ویژه	مشاهده
توضیحات	*ارتباط مناسب استریلیزاسیون مرکزی با اتاق‌های عمل و بخش‌های ویژه در کوتاه ترین فاصله زمانی و مکانی از قبیل ارتباط مستقیم به صورت افقی واقع شدن در همان طبقه از بیمارستان یا عمودی به واسطه آسانسور مخصوص حمل وسایل وتجهیزات استریل. بر اساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان،چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط، مسئول استریلیزاسیون مرکزی	

سنجه ۶. محل شستشوی پوتین‌ها، کفش‌ها در اتاق‌های عمل با شرایط بهداشتی وجود دارد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	محل شستشوی پوتین‌ها، کفش‌ها در اتاق‌های عمل	مشاهده
۲	شرایط بهداشتی *در محل شستشوی پوتین‌ها، کفش‌ها در اتاق‌های عمل	مشاهده
توضیحات	* محل شستشوی مجهز به سیستم آب گرم و سرد و تسهیلاتی برای تمیز کردن و ضدعفونی کردن پوتین‌ها، چمکه‌ها و کفش‌ها بر اساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان،چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط، رئیس و سرپرستار اتاق عمل، مسئول خدمات	

هـ	۱	۱۳	اصول بهداشتی در نظافت، شستشو و گندزدایی محیط رعایت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- جلوگیری از انتقال عفونت از طریق عوامل محیطی

سنجه ۱. کتابچه/مجموعه الکترونیکی راهنمای گندزدایی شامل روش‌های فیزیکی و شیمیایی و نحوه استفاده از مواد گندزدا مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت تدوین و به روز رسانی شده و کارکنان مرتبط از محتویات آن مطلع هستند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین *کتابچه راهنمای گندزدایی توسط کمیته بهداشت محیط	بررسی مستند
۲	وجود راهنمای گندزدایی و مطابق با دستورالعمل وزارت بهداشت	بررسی مستند
۳	بروز رسانی کتابچه/مجموعه الکترونیکی راهنمای گندزدایی توسط کمیته بهداشت محیط	بررسی مستند
۴	آگاهی‌کارکنان مرتبط از مفاد، مراحل و توالی این روش‌ها گندزدایی	مصاحبه
۵	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*کتابچه / مجموعه راهنمای گندزدایی با اطلاعات به روز رسانی شده، شامل روش‌های فیزیکی و شیمیایی مورد استفاده در بیمارستان مشتمل بر روش صحیح استفاده، احتیاط‌های انجام کار، غلظت موردنیاز و طریقه ساخت محلول‌های رقیق گندزدایی شیمیایی، توسط واحد بهداشت محیط تهیه و به روز رسانی شده است. توصیه. لیست مواد گندزدای مجاز موجود در سایت سازمان غذا و دارو	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۲. دستورالعمل" نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش‌ها/واحدها " با حداقل‌های مورد انتظار، تدوین شده وکارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده و مصاحبه
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول خدمات	

سنجه۳ . دستورالعمل" نظافت و گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس" تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده و مصاحبه
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول خدمات	

سنجه ۴. برچسب گذاری محلول‌های گندزدایی انجام می‌گیرد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برچسب بر روی ظروف محلول‌های گندزدایی*	مشاهده
توضیحات	* برچسب گذاری محلول‌های گندزدایی بر اساس دستورالعمل نحوه طبقه بندی و برچسب گذاری مواد شیمیایی انجام می‌گیرد برچسب مشخصات ماده شیمیایی خطرناک شامل هشدارهای لازم برای حفاظت کارکنان به منظور اطمینان از در دسترس بودن اطلاعات لازم در زمینه خطرات فیزیکی و اثرات سمی و زیست محیطی مواد به منظور ارتقاء سلامت انسان و محیط می باشد. توصیه. در تمامی بسته‌ها و ظروف مواد گندزدا موجود در انبار برچسب گذاری انجام شده اس بر اساس نامه شماره ۵۳۷۷۳/س مورخ ۱۳۸۸/۷/۴	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط، مسئول خدمات	

سنجه ۵. در بخش‌ها محل مشخصی برای تی شویی، نگهداری و شستشوی وسایل نظافت مستقل از اتاق کثیف وجود دارد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	محل مشخصی مستقل از اتاق کثیف برای تی شویی، نگهداری و شستشوی وسایل نظافت	مشاهده
۲	شرایط بهداشتی* در محل فوق	مشاهده
توضیحات	* محل شستشوی مجهز به سیستم آب گرم و سرد و تسهیلاتی برای تمیز کردن و ضدعفونی کردن تی بر اساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول خدمات	

سنجه ۶. نظافت و گندزدایی سطوح و تجهیزات سردخانه متوفیان براساس دستورالعمل ابلاغی انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انجام نظافت و گندزدایی سطوح و تجهیزات سردخانه متوفیان بر اساس دستورالعمل توسط کارکنان	مشاهده و مصاحبه
۲	رعایت شرایط بهداشتی* در سردخانه متوفیان	مشاهده
توضیحات	*سردخانه متوفیان و تجهیزات آن دارای شرایط بهداشتی شامل فضای کافی جهت نگهداری متوفیان، دارای تهویه مناسب، کف شور و سیستم فاضلاب مناسب، تجهیزات لازم جهت شستشوی منظم، کف و دیوارها تا سقف کاشی قابل شستشو، سردخانه متوفیان در مکان مناسب و به دور از انظار عمومی واقع شده است، دور از دسترس و دید بیماران و مراجعین، دور از محل نگهدای مواد غذایی و آشپزخانه، تردد آمبولانس حمل متوفی به آسانی و در مسیری غیر از ورود و خروج بیماران و همراهان می‌باشد. براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول خدمات	

سنجه ۷. شرایط بهداشتی و نظافت سرویس‌های بهداشتی عمومی رعایت می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تناسب *تعداد سرویس‌های بهداشتی با تعداد مراجعان	مشاهده
۲	وجود شرایط بهداشتی** در سرویس‌ها	مشاهده
۳	نظافت، شستشو و گندزدایی در سرویس‌های بهداشتی***	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*در اتاق‌های خصوصی یک سرویس در هر اتاق، در اتاق‌های عمومی یک سرویس به ازای هر ۸ بیمار، برای کارکنان به ازای هر ۳۰ نفر یک دستگاه توالت برای مردان و یک دستگاه توالت برای زنان به صورت مجزا در نظر گرفته شود. **سرویس‌های بهداشتی دارای کاسه توالت سالم و بدون ترک خوردگی به رنگ روشن، فلاش تانک، تهویه مناسب و دستشویی و صابون مایع و فضای کافی برای همراه کمکی بیمار داشته باشد. توالت و حمام برای زنان و مردان وجود داشته باشد. وجود توالت فرنگی ضرورت دارد. نصب دستگیره جهت استفاده بیمار از توالت الزامی است. قفل توالت و حمام بخشها بایستی با کلید مخصوص قابل بازشدن از بیرون باشد. در کلیه اتاق‌ها نصب دستشویی با اطراف کاشی‌کاری شده به ابعاد یک متر و اتصال فاضلاب آن به سیستم فاضلاب بیمارستان ضروری است . ***نظافت، شستشو و گندزدایی سرویس‌های بهداشتی حداقل در هر شیفت کاری انجام می‌شود. بر اساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط، مسئول خدمات	

سنجه ۸. شرایط بهداشتی و نظافت اتاق بیمار و لوازم مصرفی آن رعایت می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	رعایت شرایط بهداشتی در اتاق بیمار و لوازم مصرفی *	مشاهده
۲	انجام نظافت اتاق بیمار و لوازم مصرفی**	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* سقف، کف و دیوار تمامی اتاقها مطابق با فصل هشتم آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان و چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان باشد. ** مطابق برنامه ی زمان‌بندی، اتاق‌ها و وسایل و تجهیزات آنها نظافت می‌شود. نظافت اتاق بیمار حداقل شستشوی روزانه و گندزدایی کف، نظافت پنجره‌ها، در و دیوار، سقف، پرده‌ها انجام می‌شود. لوازم مصرفی اتاق بیمار از قبیل ملحفه‌ها، تشک، پتو، بالش و روتختی‌ها باید بطور مرتب و حداقل روزی یکبار تعویض گردد به نحوی که پیوسته سالم، تمیز و عاری از آلودگی باشد. بر اساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط، مسئول خدمات	

سنجه ۹. شرایط بهداشتی و نظافت بخش‌ها /واحدها و فضاهای عمومی بیمارستان رعایت می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	رعایت شرایط بهداشتی در بخش‌ها /واحدها و فضاهای عمومی بیمارستان	مشاهده
۲	انجام نظافت بخش‌ها /واحدها و فضاهای عمومی بیمارستان*	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* نظافت بخش‌ها /واحدها، راهروهای عمومی و حیاط از قبیل حداقل شستشوی روزانه و گندزدایی کف، نظافت پنجره‌ها، در و دیوار، سقف رعایت می‌گردد. توصیه. امکانات و تسهیلات لازم برای نظافت بخش‌ها /واحدها و فضاهای عمومی از قبیل مواد گندزدا، ترجیحاً ماشین‌های نظافت خودکار وجود دارد. بر اساس فصل هشتم آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط، مسئول خدمات	

هـ	۱	۱۴	شبکه جمع آوری فاضلاب بیمارستان از نظر تناسب با نیازها، با اصول فنی و بهداشتی مطابقت دارد.

دستاورد استاندارد

- جلوگیری از انتقال آلودگی به محیط و ارتقای سطح سلامت جامعه ومحیط زیست

سنجه ۱. بیمارستان مطابق تفاهم نامه وزارت نیرو و وزارت بهداشت و راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی عمل می‌نماید.		
سطح سنجه	☑الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تطابق شرایط مدیریت فاضلاب بیمارستان با تفاهم نامه مشترک وزارت نیرو و وزارت بهداشت*	بررسی مستند و مشاهده
۲	آگاهی کارکنان مرتبط**ازمفاد تفاهم نامه مشترک وزارت نیرو و وزارت بهداشت و راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی	مشاهده و مصاحبه
۳	تطابق عملکرد کارکنان مرتبط با راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*بیمارستان دارای تصفیه خانه فعال فاضلاب، متناسب با تخت‌های بیمارستان می‌باشد یا در صورت وجود شبکه جمع آوری متصل به تصفیه خانه فعال و کارآمد فاضلاب شهری به شبکه فوق متصل است و بررسی مستندات استاندارد خروجی فاضلاب بیمارستانی انجام شود. **کارکنان مرتبط از مفاد تفاهم نامه مشترک وزارت نیرو و وزارت بهداشت و راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی از قبیل عدم تخلیه مواد شیمیایی خطرناک، داروهای خطرناک، داروهای رادیواکتیو در بیمارستان آگاهی دارند و رعایت می‌کنند. بر اساس تفاهم نامه وزارت نیرو و وزارت بهداشت راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی، آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان،چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط	

سنجه ۲. پساب خروجی تصفیه خانه بیمارستان با استانداردهای اعلام شده از سوی سازمان حفاظت محیط زیست مطابقت دارد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تطابق نتایج آزمایشات خروجی فاضلاب بیمارستانی با استانداردهای سازمان حفاظت محیط زیست	بررسی مستند
۲	پیگیری و مداخلات اصلاحی در صورت عدم تطابق با استاندارد	بررسی مستند، مشاهده و مصاحبه
توضیحات	براساس تفاهم نامه وزارت نیرو و وزارت بهداشتو راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط	

هـ	۱	۱۵	کنترل حشرات و جانوران موذی با رعایت نکات بهداشتی انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- جلوگیری از انتقال بیماری و آلودگی از طریق حشرات وجانوران موذی
- ارتقاء سطح بهداشت و سلامت عمومی از طریق کنترل حشرات وجانوران موذی

سنجه ۱. برنامه کنترل حشرات و جانوران موذی با استفاده از روش‌های تلفیقی با تاکید بر آشپزخانه، رختشویخانه و واحد استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل، انبارها، محل انجام فعالیت‌های ساختمانی بکار گرفته می‌شود.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین برنامه کنترل * حشرات و جانوران موذی	بررسی مستند
۲	استفاده از روش‌های تلفیقی**کنترل حشرات	بررسی مستندو مشاهده
۳	استفاده از سموم مجاز	بررسی مستندو مشاهده و مصاحبه

توضیحات	*برنامه کنترل با تاکید بر آشپزخانه، رختشویخانه و واحد استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل، انبارها، محل انجام فعالیت‌های ساختمانی توسط کمیته بهداشت محیط تدوین شده است. ** از روش تلفیقی با هدف‌کنترل‌طولانی مدت، نه از بین بردن موقت حشرات و جانوران موذی، از قبیل بهسازی محیط، کنترل فیزیکی، ایجاد موانع در راه‌های ورود کنترل حشرات و جانوران، استفاده از مصالح مناسب، ترمیم شکاف دیوار،کف و سقف، استفاده می‌شود. توصیه. کنترل شیمیایی با استفاده از سموم مجاز با کمترین سمیت انجام می‌گیرد. بر اساس کتاب"کنترل ناقلین بیماری‌ها و عوامل محیطی مرتبط با آنها"، ضوابط شرکتهای خدماتی مبارزه با حشرات و جانوران موذی در اماکن عمومی و خانگی
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول خدمات

سنجه ۲. برنامه کنترل حشرات و جانوران موذی با رعایت اصول ایمنی، بهداشت و براساس جدول زمان بندی منظم برای تمام بخش‌ها/واحدهای بیمارستان انجام شده و اثربخشی سم پاشی ارزیابی شده و درصورت لزوم اقدام اصلاحی انجام می‌شود.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	اجرای برنامه کنترل حشرات و جانوران موذی*	بررسی مستند
۲	رعایت اصول ایمنی، بهداشت	بررسی مستند
۳	ارزیابی اثربخشی سم پاشی	مشاهده و مصاحبه
۴	انجام مداخلات اصلاحی	بررسی مستند و مشاهده و مصاحبه

توضیحات	* براساس جدول زمانبندی منظم انجام می‌شود. بر اساس کتاب"کنترل ناقلین بیماری‌ها و عوامل محیطی مر تبط با آنها"، ضوابط شرکتهای خدماتی مبارزه با حشرات و جانوران موذی در اماکن عمومی و خانگی
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بداشت محیط، مسئول خدمات

سنجه ۳. مستندات ارائه اطلاعات فرمولاسیون سموم مورد استفاده، نوع ماده موثر و غلظت مورد نیاز مصرف، نحوه کاربرد، پادزهر و اقدامات احتیاطی لازم در مواجهه با این ترکیبات توسط شرکت خدمات دهنده به بیمارستان، موجود است.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	وجود اطلاعات فرمولاسیون سموم مورد استفاده، نوع ماده موثر و غلظت مورد نیاز مصرف، نحوه کاربرد، پادزهر	بررسی مستند
۲	وجود دستورالعمل اقدامات احتیاطی لازم در مواجهه با سموم مورد استفاده در بیمارستان	بررسی مستند

توضیحات	بر اساس کتاب"کنترل ناقلین بیماری‌ها و عوامل محیطی مر تبط با آنها"، ضوابط شرکتهای خدماتی مبارزه با حشرات و جانوران موذی در اماکن عمومی و خانگی، دستورالعمل اقدامات احتیاطی لازم در مواجهه با سموم مورد استفاده در بیمارستان رعایت می‌گردد.
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت

هـ	۱	۱۶	اقدامات بهداشت و حفاظت پرتویی واحدهای پرتو پزشکی تشخیصی- درمانی در بیمارستان انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- کاهش بروز اثرات احتمالی پرتوها، حفاظت پرتویی و ایمنی بیماران وکارکنان

سنجه ۱. مسئول فیزیک بهداشت بیمارستان از شرح وظایف محوله طبق ضوابط سازمان انرژی اتمی ایران اطلاع دارد و براساس آن عمل می‌نماید.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	در دسترس بودن شرح وظایف مسئول فیزیک بهداشت مطابق ضوابط انرژی اتمی بصورت فایل الکترونیک*	بررسی مستند
۲	تعیین مسئول فیزیک بهداشت بیمارستان مطابق با ضوابط سازمان انرژی اتمی ایران	بررسی مستند و مصاحبه
۳	آگاهی مسئول فیزیک بهداشت بر اساس شرح وظایف محوله طبق ضوابط سازمان انرژی اتمی ایران	مصاحبه
توضیحات	* فایل الکترونیک در واحدهای رادیو تراپی، تصویربرداری، پزشکی هسته ای و آزمایشگاه‌های دارای مواد رادیو اکتیو وجود دارد.	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول فیزیک بهداشت	

سنجه ۲. خط مشی و روش کسب اطمینان از اثر بخشی اقدامات بهداشت و حفاظت پرتوها با در نظر گرفتن حداقل‌های مورد انتظار و مشارکت صاحبان فرایند تدوین شده، کارکنان مرتبط از آن اطلاع داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین خط مشی و روش*	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان * *در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست‌های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط ***	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	رعایت حداقل‌های مورد انتظار شامل مدل انتخابی ارزیابی وشرایط تکرار ارزیابی	بررسی مستند
۷	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۸	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	بررسی مستند و مشاهده
۹	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه
۱۰	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۱	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*خط مشی اصول بهداشت پرتوها و حفاظت پرتوها در بخش‌های رادیو تراپی، تصویربرداری، پزشکی هسته ای و آزمایشگاه‌های دارای مواد رادیو اکتیو طبق ضوابط سازمان انرژی اتمی ایران وجود دارد. ** مسئول فیزیک بهداشت و سایر ذینفعان با تشخیص بیمارستان ***کارکنان مربوط به رادیوتراپی، تصویربرداری، پزشکی هسته ای و آزمایشگاه‌های دارای مواد رادیو اکتیو در مراحل اجرایی از مفاد، مراحل و توالی این روش آگاهی دارند. توصیه. فعالیت‌های مرتبط، با روش اجرایی تدوین شده انطباق کامل دارند.		
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول فیزیک بهداشت	

هـ . پیشگیری و بهداشت

هـ–۲) مدیریت پسماند

توضیحات کلی

مدیریت پسماندهای بیمارستانی به دلیل دارا بودن پتانسیل عفونت‌زایی و وجود زایدات خطرناک دارای اهمیت بسزایی است و عدم توجه به مدیریت و کنترل پسماندهای بیمارستانی در مراحل مختلف تولید، ذخیره سازی، جمع آوری، حمل و نقل و دفع نهایی مشکلات عدیده‌ای را ایجاد می‌کند به طوری که پیامد آن، محیط زیست و سلامتی انسان را در معرض خطر جدی قرار می دهد. بیمارستان‌ها مسئولیت های ویژه‌ای در رابطه با پسماندهایی که تولید می‌کنند بر عهده دارند و لازم است مطمئن باشند که پسماندهای تولیدی، اثرات نامطلوبی برای محیط و بهداشت عمومی ایجاد نمی کند، با بکارگیری مدیریت صحیح پسماند، در راستای دستیابی به یک محیط سالم و بی خطر برای کارکنان و جامعهٔ خود حرکت کنند. اجرای مؤثر برنامه مدیریت پسماندها مستلزم همکاری تمامی کارکنان بخش‌ها /واحدها است. مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی بر اساس "ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی وپسماندهای وابسته" مصوبه هیئت دولت صورت می‌گیرد. سنجه های مدیریت پسماند در ارتباط با قانون مدیریت پسماند، آیین نامه اجرایی قانون مدیریت پسماند و ضوابط و روش‌های مدیریت اجرائی پسماندهای پزشکی، و پسماندهای وابسته به شماره‌ی ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ و سایر دستورالعمل‌های مربوطه هستند. اطلاع رسانی دستورالعمل‌های تدوین شده به کارکنانی که دسترسی به فایل الکترونیکی نداشته و یا با توجه به سطح دانش و تجربه امکان استفاده ازآن را ندارند بایستی آموزش به صورت چهره به چهره صورت پذیرد.

هـ	۲	۱	بیمارستان درخصوص مدیریت پسماند برنامه ریزی نموده، و بر اساس دستورالعمل ها اقدام می نماید.

دستاوردهای استاندارد

- مدیریت صحیح پسماندهای بیمارستانی به منظورارتقاء سطح سلامت وایمنی وکاهش خطرات آن برای افراد و محیط

سنجه ۱. برنامه عملیاتی مدیریت پسماند های پزشکی ویژه تدوین و اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین برنامه عملیاتی مدیریت پسماندهای پزشکی ویژه *	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان مجری از برنامه عملیاتی **	مصاحبه
۳	مدیریت پسماندهای پزشکی ویژه مطابق برنامه عملیاتی تدوین شده	مشاهده
توضیحات	* برنامه عملیاتی مدیریت پسماند های پزشکی ویژه با توجه به مشکلات و اولویتهای بیمارستان که شامل تفکیک، جمع آوری، نگهداری، دفع نهایی، برنامه ریزی جهت ارتقای وضعیت تفکیک، بهبود سیستم حمل و نقل و افزایش آگاهی کارکنان می باشد و با توجه به ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته و راهنمای مدیریت پسماندهای شیمیایی و دارویی در بیمارستان تدوین شده است. **کارکنان مجری شامل کادر درمانی، نیروهای خدماتی و مسئولین بیمارستان هستند. پسماندهای پزشکی ویژه، تمامی پسماندهای عفونی و زیان آور ناشی از بیمارستان ها که به دلیل بالا بودن حداقل یکی از خواص خطرناک از قبیل سمیت، بیماریزایی، قابلیت انفجار یا اشتعال، خورندگی و عوامل مشابه، نیاز به مدیریت خاص دارند.	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط ،مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۲. کمیته بهداشت محیط درخصوص کاهش میزان تولید و مدیریت پسماندها، سیاست گذاری و برنامه‌ریزی نموده در صورت لزوم اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش های کاهش میزان تولید پسماند *	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان مجری **	مصاحبه
۳	ارزیابی اجرای روش های کاهش میزان تولید پسماند توسط مسئول واحد بهداشت محیط	بررسی مستند
۴	مطرح شدن نتایج ارزیابی روش های کاهش میزان تولید پسماند درکمیته بهداشت محیط	بررسی مستند
۵	اجرای اقدامات اصلاحی /برنامه بهبود کیفیت	بررسی مستند و مصاحبه ومشاهده
توضیحات	*روش‌های کاهش میزان تولید پسماند از قبیل کنترل استفاده از لوازم یکبار مصرف، ترجیح بر استفاده از کالاهایی با تولید پسماند کمتر و غیرخطرناک، رعایت کامل موازین تفکیک پسماند تدوین شده است. ** کارکنان مجری شامل کادر درمانی و نیروهای خدماتی هستند.	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۳. دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای"ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" رعایت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	در دسترس بودن دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و وابسته*	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان مجری از دستور کار**	مصاحبه
۳	انطباق فعالیتهای کارکنان مربوطه با دستور کار	مشاهده ومصاحبه
توضیحات	*دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای"ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" شامل ۱۳ بند و به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ د مورخ ۹۴/۱۰/۷ می باشد . **کارکنان مجری شامل کادر درمانی ،مسئول واحد بهداشت محیط است.	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط ، مسئول بهداشت محیط	

هـ ۲ ۲ تفکیک پسماندها در بخش‌ها/واحدها طبق ضوابط بهداشتی انجام می‌شود.

دستاوردهای استاندارد :

- تفکیک در مبدا و کاهش تولید پسماند وآلودگی های ناشی از آن جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت انسان و محیط

سنجه ۱. دستورالعمل "تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی"، تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*تدوین دستورالعمل با رعایت اصول والزامات ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی وپسماندهای وابسته و براساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای"ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ د مورخ ۹۴/۱۰/۷	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۲. دستورالعمل "تفکیک در مبدا پسماندهای تیز و برنده"، تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل تفکیک در مبدا پسماندهای تیز و برنده*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*تدوین دستورالعمل با رعایت اصول و الزامات ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته و براساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای"ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴د مورخ ۹۴/۱۰/۷	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۳. دستورالعمل" تفکیک در مبدا پسماندهای شیمیایی و دارویی" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ا زیابی**
۱	تدوین دستورالعمل تفکیک در مبدا پسماندهای شیمیایی و دارویی*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده ومصاحبه
توضیحات	*تدوین دستورالعمل با رعایت اصول والزامات ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی وپسماندهای وابسته و براساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای"ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴د مورخ ۹۴/۱۰/۷ و راهنمای مدیریت پسماندهای شیمیایی و دارویی در مراکز بهداشتی درمانی	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۴. دستورالعمل "تفکیک پسماند در مبدا پسماند عادی" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل تفکیک پسماند در مبدا پسماند عادی*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات وکارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات وکارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*تدوین دستورالعمل با رعایت اصول و الزامات ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی وپسماندهای وابسته و براساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای"ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ د مورخ ۹۴/۱۰/۷	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۵. دستورالعمل "تفکیک در مبدا پسماند رادیواکتیو و پرتوزا " تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل تفکیک در مبدا پسماند رادیواکتیو و پرتوزا*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده ومصاحبه
توضیحات	*براساس دستور العمل پسمانداری سازمان انرژی اتمی و وزارت بهداشت	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط	
غیر قابل ارزیابی در	در بیمارستانهای فاقد پسماندهای رادیواکتیو و پرتوزا	

سنجه ۶. کدبندی رنگی و برچسب گذاری پسماندهای تفکیک شده رعایت می شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود امکانات وتسهیلات لازم *جهت جمع آوری انواع پسماند و برچسب با مشخصات مندرج در ضوابط**	مشاهده
۲	رعایت کدبندی رنگی پسماندهای تفکیک شده	مشاهده
۳	رعایت برچسب گذاری پسماندهای تفکیک شده	مشاهده
توضیحات	*امکانات و تسهیلات لازم از قبیل سطل و کیسه با رنگ بندی زرد ،مشکی،سفید/قهوه ای،ظروف مستحکم و مقاوم جهت جمع آوری پسماندهای تیز و برنده با رعایت اصول و الزامات "ضوابط و روش های اجرائی مدیریت پسماندهای پزشکی"موجود است . **براساس راهنمای مدیریت پسماندهای دارویی و شیمیایی در مراکز بهداشتی درمانی،دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای"ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ د مورخ ۹۴/۱۰/۷	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

هـ ۲ ۳ جمع آوری و نگهداری موقت پسماندها در بخش ها / واحدها طبق ضوابط انجام می‌شود.

دستاوردهای استاندارد :

- رعایت موازین بهداشتی وارتقاء بهداشت ، سلامت وایمنی کارکنان ،بیماران وهمراهان بیمار

سنجه ۱. دستورالعمل"جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخش‌ها" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخش‌ها*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*براساس بخشنامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵،راهنمای مدیریت پسماندهای دارویی و شیمیایی در مراکز بهداشتی درمانی،دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای"ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ د مورخ ۹۴/۱۰/۷	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۲. هر بخش دارای ظروف مستحکم و ایمن[1] مناسب جهت دفع پسماندهای تیز و برنده می‌باشد.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود ظروف مستحکم و ایمن جهت جمع آوری پسماندهای تیز وبرنده در بخش ها*	مشاهده
۲	وجود ظروف مستحکم و ایمن متناسب با مقدار پسماند	مشاهده
توضیحات	*براساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای"ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته"،استاندارد ملی ایران به شماره ۸۵۰۲ و ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط	

1 safty box

سنجه ۳. در اتاق بیماران، راهروها و سالن های عمومی ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده و ظروف جمع آوری پسماندهای عفونی کیسه و سطل زرد رنگ وجود ندارد و در موارد لزوم به همراه ترالی به بالین بیمار آورده می شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	مجهز بودن ترالی ها به ظروف مستحکم و ایمن*	مشاهده
۲	عدم قرار گرفتن ظروف نگهداری پسماندهای تیز وبرنده و ظروف جمع آوری پسماندهای عفونی(کیسه و سطل زرد) در اتاق بیماران، راهروها و سالن های عمومی**	مشاهده
توضیحات	* برای جمع آوری پسماندهای تیز و برنده و ظروف جمع آوری پسماندهای عفونی(کیسه و سطل زرد) **در اتاق بیماران، راهروها و سالن های عمومی ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده و ظروف جمع آوری پسماندهای عفونی کیسه و سطل زرد رنگ وجود ندارد، نصب ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده در اتاق های بستری و تحت نظر مانند اورژانس ، ممنوع است. پسماند های تیز و برنده این مکانها درداخل سیفتی باکس که با ترالی توسط ارائه دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده می شود ،قرار دا ده می شوند. ولی در بخش های ویژه و اتاق ایزوله، اتاق خون گیری آزمایشگاه و اتاق عمل به جز بخشهای دیالیز ، CCU و PICU ، در یونیت هر بیمار می توان ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده را در محل مناسب بصورت ثابت و فیکس شده مورد استفاده قرار داد و امکانات مذکور در موارد لزوم به همراه ترالی به بالین بیمار آورده می شود. بر اساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای"ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ د مورخ ۹۴/۱۰/۷	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۴. "جمع آوری و حمل و نقل بهداشتی از بخش تا جایگاه موقت نگهداری پسماند در بیمارستان "، طبق ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماند های پزشکی و پسماندهای وابسته صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود امکانات وتسهیلات لازم *جهت جمع آوری وحمل ونقل بهداشتی و مناسب پسماند	مشاهده
۲	جمع آوری پسماندها از بخش ها طبق ضوابط**	مشاهده
۳	حمل ونقل بهداشتی از بخش تا جایگاه موقت نگهداری پسماند طبق ضوابط	مشاهد
توضیحات	*امکانات و تسهیلات لازم از قبیل کانتینر چرخ دار و یا چرخ دستی جهت جمع آوری و حمل و نقل بهداشتی و مناسب پسماند به تعداد کافی جهت انتقال پسماند به جایگاه موقت ترالی در انتهای بخش تعویض می گردد. **براساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای"ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ د مورخ ۹۴/۱۰/۷ و ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط	

هـ	۲	۴	محل نگهداری موقت پسماندها، اتاقک زباله مطابق ضوابط در بیمارستان موجود است.

دستاوردهای استاندارد :

- رعایت موازین بهداشتی وارتقاء سطح سلامت انسان و محیط زیست

سنجه ۱. محل نگهداری موقت پسماندها در بیمارستان فعال است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود اتاق نگهداری موقت پسماندها و دارای شرایط بهداشتی* در بیمارستان	مشاهده
۲	ذخیره تمامی پسماندها درمحل مذکور طبق ضوابط بهداشتی**	مشاهده
توضیحات	*محل نگهداری موقت پسماندها در بیمارستان دارای شرایط بهداشتی مطابق ضوابط از قبیل تناسب مساحت اتاقک با حجم پسماند دور بودن از محل خدمت کارکنان، آشپزخانه، سیستم تهویه و تبرید و محل رفت و درآمد پرسنل، بیماران و مراجعان، فـضای کافی، تهویه، نور و دمای مناسب، وصل بودن به سیستم فاضلاب، وجود آب گرم و سرد، بهداشتی بودن کف و دیوار و سقف می باشد. **براساس ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته به شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵		
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۲. برای کاربر دستگاه بی خطر ساز، سرویس دستشویی، توالت و حمام مجزا و محل استراحت با شرایط بهداشتی پیش بینی شده‌است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود سرویس دستشویی، توالت و حمام مجزا و محل استراحت دارای شرایط بهداشتی برای کاربر دستگاه بی خطر ساز*	مشاهده
۲	استفاده‌ی اختصاصی کاربر از امکانات مذکور	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*بر اساس قانون و آیین نامه اجرایی اصلاح ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی مراکز تهیه، توزیع، نگهداری، حمل ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط ، مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۳. زمان نگهداری پسماندها در اتاقک، مطابق ماده ۴۵ *رعایت می شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	رعایت زمان نگهداری پسماندها در اتاقک مطابق ماده ۴۵ *	مشاهده ومصاحبه
۲	تجهیز اتاقک نگهداری به سیستم مبرد در صورت عدم رعایت زمان نگهداری	مشاهده
توضیحات	*زمان نگهداری پسماندها در اتاقک، مطابق ماده ۴۵ در شرایط آب و هوایی معتدل ۷۲ ساعت در فصل سرد و ۴۸ ساعت در فصل گرم و در شرایط آب و هوایی گرم ۴۸ ساعت در فصل سرد و ۲۴ ساعت در فصل گرم ، رعایت می شود.	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط	

هـ	۲	۵	بی خطرسازی، تصفیه و دفع بهداشتی پسماندها طبق دستورالعمل های ابلاغی انجام می‌شود.

دستاوردهای استاندارد

- رعایت موازین بهداشتی وارتقاء سطح سلامت انسان و محیط زیست

سنجه ۱. دستورالعمل"بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده" تدوین وکارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده و مصاحبه
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۲. بیمارستان دارای دستگاه بی خطر ساز فعال و براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت است و اظهار نامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده تکمیل می شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☑ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود دستگاه فعال بی خطر ساز پسماند* در بیمارستان وبی خطر نمودن پسماندهای عفونی وتیز وبرنده	مشاهده
۲	دردسترس بودن دستورالعمل برای مسئول واحد بهداشت محیط	بررسی مستند
۳	آگاهی واحد بهداشت محیط از دستورالعمل**	مصاحبه
۴	تکمیل و ارسال اظهارنامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده منضم به نتایج میکروبی ماهیانه به مرکز/شبکه بهداشت مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت	بررسی مستند
توضیحات	*دارای مجوز معتبر از سازمان غذا و دارو در بیمارستان و بی خطر نمودن پسماندها ی عفونی وتیز وبرنده **بر اساس دستورالعمل اظهارنامه بی خطرسازی پسماند های عفونی و تیز و برنده، دستورالعمل ارزیابی عملکرد فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی دستگاه بی خطر ساز و دستورالعمل نحوه تهیه و انتخاب دستگاههای بی خطر ساز پسماند	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۳. حجم دستگاه بی خطر ساز ، متناسب با مقدار پسماند عفونی و تیز و برنده تولید شده‌است و توزین پسماندها انجام می شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تناسب حجم دستگاه با مقدار پسماند عفونی وتیز وبرنده*	بررسی مستند ومشاهده
۲	توزین پسماندها**	بررسی مستند ومشاهده
۳	بی خطر سازی تمامی پسماندهای عفونی وتیز وبرنده	بررسی مستند و مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* بر اساس دستورالعمل نحوه تهیه و انتخاب دستگاه‌های بی خطرساز پسماند .کاتالوگ دستگاه و میزان پسماند تولید شده باید بررسی شود. **توزین پسماندها روزانه انجام می شود.	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط و مشارکت واحد خدمات	

سنجه ۴. دستورالعمل"دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی" منطبق بر ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته تدوین شده وکارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده ومصاحبه
توضیحات	*دستورالعمل "دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی" با توجه به شرایط بیمارستان و منطبق بر الزامات ابلاغ شده شامل روش های مجازدفع بهداشتی از قبیل محفظه سازی ، لیست سایت ها و شرکت های دارای مجوز از معاونت بهداشتی جهت حمل و نقل و دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی تدوین شده است.با رعایت مفاد راهنمای مدیریت پسماندهای دارویی و شیمیایی در مراکز بهداشتی درمانی وضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۵. کارشناس بهداشت محیط بیمارستان بر حسن اجرای مفاد قانون پسماندهای پرتو زا و رادیواکتیو نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نظارت مسئول واحد بهداشت محیط برحسن اجرای مفاد دستورالعمل مدیریت پسماندهای پرتوزا ورادیواکتیو	بررسی مستند
۲	مطرح شدن نتایج نظارت درکمیته بهداشت محیط	بررسی مستند
۳	اجرای اقدامات اصلاحی /برنامه بهبود کیفیت	بررسی مستند و مشاهده ومصاحبه
توضیحات	براساس دستور العمل پسماندای سازمان انرژی اتمی و وزارت بهداشت	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط	
غیر قابل ارزیابی	در بیمارستان‌های فاقد پسماندهای پرتو زا و رادیواکتیو	

سنجه ۶. در رابطه با اعضا واندام قطع شده بدن و جنین مرده مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت اقدام می شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	جمع آوری، حمل و دفع اعضا و اندام قطع شده بدن و جنین مرده مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت*	بررسی مستند ومشاهده
توضیحات	*اعضا و اندامهای قطع شده بدن و جنین مرده بایستی مطابق با "ضوابط و روش‌های اجرایی مدیریت پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" مجزا جمع‌آوری، بسته بندی و برای دفع به گورستان محل حمل شده و به روش خاص خودو با رعایت احکام شرعی دفع می گردد. براساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای"ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ د مورخ ۹۴/۱۰/۷	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۷ دستورالعمل"نظارت برعملکرد دستگاه‌های بی خطر ساز پسماند" تدوین وکارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل نظارت برعملکرد دستگاه‌های بی خطر ساز پسماند*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده ومصاحبه
توضیحات	*تدوین دستورالعمل با توجه به شرایط بیمارستان ومنطبق براصول و الزامات ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته انجام شود.	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۸. ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی مطابق ماده ۱۳ قانون مدیریت پسماند در بیمارستان رعایت می شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	رعایت ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی در بیمارستان*	مشاهده
توضیحات	*ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی از طریق مشاهده اتاقک موقت پسماند وسایر محل های احتمالی دیگر، مطابق ماده ۱۳ قانون مدیریت پسماند در بیمارستان رعایت می شود.	
هدایت کننده	واحد خدمات با نظارت مسئول بهداشت محیط	

هـ ۲ ۶ محلی مناسب در بخش برای شستشو و گندزدایی سطل های زباله وجود دارد.

دستاوردهای استاندارد :

- کنترل عفونت و پیشگیری از انتقال آلودگی

سنجه ۱. محل مناسب جهت شستشو و گندزدایی سطل های زباله داخل بخش، وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود محل مناسب جهت شستشو و گندزدایی سطل های زباله داخل بخش	مشاهده
۲	انطباق شرایط محل فوق با شرایط بهداشتی*	مشاهده
توضیحات	*محل مذکور دارای شرایط بهداشتی شامل آب سرد و گرم، سیستم تهویه مناسب، وصل بودن به سیستم فاضلاب بیمارستان، مجهز به کف شوی، شرایط بهداشتی دیوار و کف می باشد و و از محل مذکور جهت شستشو و گندزدایی سطل های زباله درداخل بخش استفاده می شود.	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط ، مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۲. تمامی تسهیلات و ظروف نگهدارنده پسماند مطابق ماده ۳۰ در بیمارستان رفع آلودگی و گندزدایی می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود مواد گندزدا ویا آب داغ جهت گندزدایی *	مشاهده
۲	گندزدایی تمامی ظروف نگهدارنده پسماند **	مشاهده
توضیحات	*مواد گندزدا و یا آب داغ حداقل ۸۲ درجه سانتیگراد جهت رفع آلودگی و گندزدایی تسهیلات و ظروف نگهدارنده پسماند وجود دارد. **تمامی ظروف نگهدارنده پسماند در بیمارستان مطابق ماده ۳۰"ضوابط و روش‌های اجرایی مدیریت پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" رفع آلودگی و گندزدایی می شود.	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط ، مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۳. دستورالعمل "کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها" تدوین وکارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده ومصاحبه
توضیحات	*دستورالعمل "کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها " با توجه به شرایط بیمارستان و منطبق بر الزامات ابلاغ شده با حداقل الزامات شامل شرایط کیسه ها و ظروف ، زمان تعویض کیسه ها و ظروف مستحکم و ایمن و... تدوین شده است .	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط	

هـ ۲ ۷ لیستی از انواع پسماندهای پزشکی ویژه یا خطرناک و محل تولید آنها موجود است.

دستاوردهای استاندارد

- سهولت در تفکیک پسماند ها ومدیریت صحیح پسماند های پزشکی ویژه یا خطرناک

سنجه ۱. لیستی از انواع پسماندهای پزشکی ویژه که نیاز به مراقبت دارند با ذکر محل تولید در بخش‌ها/واحدها موجود است و لیست مذکور به تفکیک محل تولید دراختیار بخش‌ها و واحدهای مربوطه قرار گرفته و اقدامات احتیاطی لازم درخصوص مدیریت ایمن دفع آن انجام می شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود لیستی از انواع پسماندهای پزشکی ویژه با ذکر محل تولید	بررسی مستند
۲	قراردادن لیست مذکوربه تفکیک محل تولید در اختیار بخش ها وواحدها	بررسی مستند
۳	انجام اقدامات احتیاطی در خصوص مدیریت ایمن پسماندهای پزشکی ویژه	بررسی مستند ومشاهده
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

هـ	۲	۸	ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه بی خطر سازی پسماند انجام می شود.

دستاوردهای استاندارد :

- اطمینان از عملکرد صحیح دستگاه بی خطر ساز پسماند در بی خطر سازی پسماندها
- حفظ سلامت و ایمنی کارکنان، بیماران و محیط زیست

سنجه ۱. ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه بی خطر سازی پسماندها انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین برنامه بازدید روزانه از عملکرد و پایش دستگاه بی خطر ساز	بررسی مستند
۲	پایش روزانه عملکرد دستگاه	بررسی مستند
۳	اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت	بررسی مستند و مشاهده و مصاحبه
توضیحات	براساس دستورالعمل ارزیابی عملکرد و پایش میکروبی، شیمیایی و مکانیکی دستگاه های غیرسوز بیخطرساز پسماند	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط	

سنجه ۲. ارزیابی میکروبی، مکانیکی و شیمیایی دستگاه بی خطرساز انجام می شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	قرارگرفتن دستورالعمل در اختیار کاربران دستگاه وآزمایشگاه	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان مربوطه *از دستورالعمل	مصاحبه
۳	ارزیابی میکروبی دستگاه بی خطرساز مطابق دستورالعمل	بررسی مستند
۴	ارزیابی مکانیکی دستگاه بی خطرساز مطابق دستورالعمل	بررسی مستند
۵	ارزیابی شیمیایی دستگاه بی خطرساز مطابق دستورالعمل	بررسی مستند
۶	مطرح کردن نتایج ارزیابی در کمیته بهداشت محیط	بررسی مستند
۷	اجرای اقدامات اصلاحی /برنامه بهبود کیفیت	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	*مسئول واحد بهداشت محیط، کارکنان آزمایشگاه و کاربر دستگاه از آن آگاهی دارند. براساس دستورالعمل ارزیابی عملکرد و پایش میکروبی، شیمیایی و مکانیکی دستگاه های غیرسوز بیخطرساز پسماند	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط	

هـ پیشگیری و بهداشت

هـ – ۳) مدیریت استریلیزاسیون

هـ	۳	۱	بیمارستان ازصحت عملکرد دستگاه‌های استریل کننده اطمینان حاصل می کند.

دستاورد استاندارد

- اطمینان از عملکرد استریلیزاسیون به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و کاهش عفونت بیمارستانی در بیماران

سنجه ۱. چرخه زمان، دما و فشار دستگاه‌های استریل کننده توسط کاربران استریلیزاسیون مرکزی به صورت دوره‌ای ارزیابی وکنترل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارزیابی و ثبت روزانه نتایج مربوط به چرخه زمان، دما و فشار دستگاه‌های استریل کننده*	بررسی مستند و مشاهده
۲	آگاهی پرسنل از چگونگی و صحت عملکرد دستگاه‌های استریل کننده	مصاحبه
توضیحات	*براساس دستورالعمل استریلیزاسیون مرکزی سال ۱۳۸۸ و کتابچه راهنمای دستگاه که توسط شرکت سازنده ارائه گردیده است.	
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون	

سنجه ۲. آزمون اسپور به صورت هفتگی برای استریل کننده‌ها انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی پرسنل بخش استریلیزاسیون مرکزی از نحوه انجام آزمون اسپور برای استریل کننده‌ها	مصاحبه
۲	انجام و ثبت نتایج هفتگی آزمون اسپور* استریل کننده‌ها در واحد استریلیزاسیون مرکزی	بررسی مستند
توضیحات	* دستورالعمل چگونگی استفاده از تست اسپور توسط شرکت سازنده در ویال اندیکاتور بیولوژیک(تست اسپور) از میکروارگانیسم‌های مقاوم به صورت اسپور استئاروترموفیلوس و باسیلوس آتروفتوس استفاده می‌شود و به صورت هفتگی و به تعداد مناسب (سه عدد) در اتوکلاو جای‌گذاری می‌گردد. مکانیسم عملکرد آن بر اساس توانایی از بین بردن میکروارگانیسم‌های زنده و مقاوم توسط دستگاه اتوکلاو است.. پس از اتوکلاو ویال ها خارج و در صورت وجود انکوباتور دیجیتال و تست سریع یک ساعت، و در غیر این صورت ۴۸ ساعت در انکوباتور قرار داده شده و نتایج آن طبق دستورالعمل شرکت سازنده ارزیابی و برای هر دستگاه اتوکلاو ثبت و بایگانی شود.	
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون	

سنجه ۳. آزمون اسپور در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده و پس از هر بار تعمیر کلی انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارزیابی و ثبت نتایج آزمون اسپور در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده و پس از هر بار انجام تعمیرات کلی*	بررسی مستند
توضیحات	* دستورالعمل چگونگی استفاده از تست اسپور توسط شرکت سازنده	
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون	

سنجه ۴. آزمون بووی– دیک، روزانه قبل از شروع کار دستگاه بر روی استریل کننده‌های دارای سیکل پری وکیوم انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی پرسنل بخش استریلیزاسیون مرکزی از زمان و نحوه انجام صحیح آزمون بووی– دیک	مصاحبه
۲	انجام و ثبت نتایج آزمون بووی– دیک، روزانه قبل از شروع کار دستگاه در واحد استریلیزاسیون مرکزی	بررسی مستند
توضیحات	توصیه. وجود دستگاه های اتوکلاو پری وکیوم و عدم استفاده از دستگاه گراویتی برای استریل کردن ابزار و اقلام جراحی	
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون	

سنجه ۵ . آزمون اسپور در هر بار جای گذاری اسباب و تجهیزات حاوی ایمپلنت در دستگاه‌های استریل کننده، انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارکنان استریلیزاسیون مرکزی از لزوم انجام آزمون اسپور برای استریل کننده ها در هر بار جای گذاری اسباب و تجهیزات حاوی ایمپلنت در دستگاه‌های استریل کننده	مصاحبه
۲	انجام و ثبت آزمون اسپور در هر بار جای گذاری اسباب و تجهیزات حاوی ایمپلنت در دستگاههای استریل کننده در این بخش و در پرونده بیمار *	بررسی مستند
۳	آگاهی پرسنل اتاق عمل از نتیجه تست اسپور و ثبت در پرونده بیمار	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* دستورالعمل چگونگی ارزیابی تست اسپور توسط شرکت سازنده تست	
هدایت کننده	مسئول فنی، مسئول بهداشت محیط، تیم کنترل عفونت، مسئول واحد مهندسی پزشکی و مسئول بخش استریلیزاسیون	

سنجه ۶ . شاخص های شیمیایی کلاس۴ در هر بسته یا پک استریل استفاده می‌شوند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارکنان استریلیزاسیون مرکزی و اتاق عمل و بخش‌های بستری درخصوص کاربرد شاخص شیمیایی کلاس۴ در هر بسته یا پک استریل (کمتر از ۵ قلم) *	مصاحبه
۲	انجام و ثبت شاخص شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته یا پک استریل (کمتر از ۵ قلم) **	بررسی مستند
۳	ثبت شاخص شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته یا پک استریل (کمتر از ۵ قلم) در پرونده بیمار ***	بررسی مستند
توضیحات	*بسته یا پک استریل کمتر از ۵ قلم شامل پک‌های استریل کوچک مانند ست پانسمان ** ثبت در فرم مخصوص طراحی شده توسط بیمارستان *** با استفاده از اندیکاتور شیمیایی کلاس ۴ پس از انجام پروسیجر یا عمل جراحی و ثبت آن در پرونده بیماران سیستم رهگیری جهت ست‌های استریل ایجاد می‌شود.	
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون، رئیس و سرپرستار اتاق عمل	

سنجه ۷. شاخص های شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته یا پک استریل استفاده می‌شوند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارکنان استریلیزاسیون مرکزی و اتاق عمل و بخش‌های بستری درخصوص کاربرد شاخص شیمیایی کلاس۶ در هر بسته یا پک استریل (بیش از ۵ قلم) *	مصاحبه
۲	انجام و ثبت شاخص شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته یا پک استریل (بیش از ۵ قلم) **	بررسی مستند
۳	ثبت شاخص شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته یا پک استریل (بیش از ۵ قلم) در پرونده بیمار ***	بررسی مستند
توضیحات	*بسته یا پک استریل بیش از ۵ قلم شامل ست‌هایی مانند ست‌های لاپاراتومی ، سزارین و ... است ** ثبت در فرم مخصوص طراحی شده توسط بیمارستان *** با استفاده از اندیکاتور شیمیایی کلاس ۶ پس از انجام پروسیجر یا عمل جراحی و ثبت آن در پرونده بیماران سیستم رهگیری جهت ست‌های استریل ایجاد می‌شود. اندیکاتور کلاس ۶ یکی از مهمترین اندیکاتورهای شیمیایی است که به شاخصه‌های فشار، میزان دما، غلظت بخار، وکیوم و زمان استریل حساس می‌باشد، بطوری که این اندیکاتور برای اطمینان از اعمال صحیح کلیه پارامترهای موثر در استریلیزاسیون با حساسیت بالاتری طراحی شده است. تست کلاس ۶ حاوی مشخصاتی از قبیل تاریخ و شیفت استریل، کد و سیکل اتوکلاو و کد کاربر می‌باشد. با استفاده از این اندیکاتور و چسبانیدن آنها در پرونده بیماران، پس از انجام پروسیجر یا عمل جراحی، سیستم رهگیری جهت ست های استریل ایجاد می‌شود.	
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون	

سنجه ۸ . ثبت شماره کد مخصوص هر استریل کننده، نتایج انجام آزمون‌های روزانه، نتایج آزمون های اسپور، نمودار یا پرینت دستگاه که مدت زمان مواجهه و درجه حرارت را مشخص نموده باشد، نام مسئول هر مرحله بارگذاری، هرنوع اقدام وخدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه و آزمون‌های کالیبراسیون برای هر دستگاه استریل کننده، موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود مستندات اختصاصی هر دستگاه که شامل تمامی تست‌های انجام شده برای هر دستگاه با مشخصات مندرج در سنجه*	بررسی مستند
۲	وجود مستندات مربوط به شماره کد مخصوص هر استریل کننده، نتایج آزمون‌های روزانه و آزمون های اسپور یا پرینت دستگاه*	بررسی مستند
۳	ثبت نام مسئول هر مرحله بارگذاری وخدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه و آزمون‌های کالیبراسیون برای هر دستگاه	مشاهده
۴	نگهداری مستندات مذکور حداقل برای یک سال	مصاحبه
۵	وجود شاخص‌های شیمیایی پایش فرایند استریلیزاسیون در بسته‌ها و پک‌های استریل	مشاهده
توضیحات	*بایستی مستندات هر دستگاه استریل کننده به صورت متمرکز در بخش وجود داشته و حداقل شامل موارد ذیل باشد: ✓ شماره کد مخصوص هر اتوکلاو ✓ نتایج آزمون اسپور ✓ نمودار یا پرینت دستگاه که زمان مواجهه و درجه حرارت را ثبت کرده باشد. ✓ نام مسئول هر بار بارگذاری ✓ هر نوع اقدام و خدمات پیشگیرانه (pm) و آزمون های کالیبراسیون	
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون	

هـ ۳ ۲ بیمارستان از گندزدایی و استریل کردن اقلام حساس به حرارت اطمینان حاصل می‌نماید

دستاورد استاندارد

- حفظ و ایمنی وسایل حساس به حرارت
- کسب اطمینان از استریلیزاسیون ابزار حساس به حرارت

سنجه ۱. روش اجرایی" گندزدایی و استریل اقلام حساس به حرارت" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	توصیه .تدوین روش اجرایی" گندزدایی و استریل اقلام حساس به حرارت" با استفاده از آخرین دستورالعمل کشوری	
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون	

سنجه ۲. در صورت استفاده از محلول استریل کننده، جهت اطمینان از صحت عملکرد و اعتبار محلول، از سواپینگ استفاده می‌شود و تاریخ آماده سازی محلول و تاریخ انقضای مصرف محلول حاضر روی ظرف حاوی آن ثبت شده‌است		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت تاریخ آماده سازی و تاریخ انقضای مصرف محلول و زمان لازم جهت استریلیزاسیون ضدعفونی کننده* بر روی ظرف حاوی آن	بررسی مستند
۲	وجود محلول‌هایی که ابزار سواپینگ آنها توسط شرکت سازنده تهیه و در اختیار مصرف کنندگان قرار گرفته**	مشاهده
۳	آگاهی پرسنل بخش‌های مذکور از روش سواپینگ جهت ارزیابی صحت عملکرد و اعتبار محلول	مصاحبه
۴	عملکرد مجریان واحد استریلیزاسیون مرکزی و بخش‌های مرتبط همانند اتاق عمل ، آندوسکوپی و..... منطبق بر دستورالعمل در انجام سواپینگ.	مشاهده
توضیحات	* ضدعفونی کننده سطح بالا با قابلیت استریلیزاسیون **ابزار سواپینگ هر محلول ارزیابی کننده میزان غلظت محلول بوده و کاربرد آن توسط شرکت های سازنده مشخص می‌گردد. توصیه . ظرف حاوی محلول ضد عفونی سطح بالا می بایست از جنسی انتخاب شود که پس از استفاده دچار خوردگی و ...نگردد و شفاف بوده و درب دار باشد.	
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون	

سنجه ۳. آماده سازی محلول استریل کننده، و به کارگیری آن توسط کارکنان آموزش دیده و در شرایط تهویه مناسب و ایمن صورت می‌گیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فضایی با تهویه مناسب و شرایط ایمن جهت آماده سازی محلول	مشاهده
۲	استفاده از محلول های استریل کننده توسط افراد آموزش دیده*	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*آگاهی کارکنان در خصوص نحوه آماده سازی محلول و محدوده بکارگیری آن ارزیابی می‌شود.	
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون	

هـ ۳ ۳ بیمارستان از روش‌های شستشو، پاک سازی و گندزدایی ابزار و وسایل، قبل از استریلیزاسیون اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- حصول اطمینان از ضد عفونی موثر و ارسال ایمن و مطلوب ابزار و وسایل قبل از استریلیزاسیون
- حذف و کاهش میزان میزان میکروارگانیسم‌های موجود بر روی وسایل قبل از استریلیزاسیون

سنجه ۱. دستورالعمل" شستشوی دستی یا اتوماتیک و پاک سازی ، ابزار و وسایل" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۵	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۶	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۷	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	توصیه .رعایت حداقل زمان برای پاک سازی قبل از خشک شدن بافت بر روی ابزار و وسایل	
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون	

سنجه ۲ . تجهیزات مولد آب پرفشار برای شستشو و هوای پرفشار برای خشک کردن در دسترس و قابل استفاده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود تجهیزات مولد آب پرفشار برای شستشو و هوای پرفشار برای خشک کردن در دسترس کارکنان	مشاهده
۲	استفاده از تجهیزات مولد آب پرفشار برای شستشو و هوای پرفشار برای خشک کردن در استریلیزاسیون مرکزی/ اتاق عمل و سایر بخش‌های مرتبط مانند اسکوپی ها و سایر مداخلات تهاجمی در بیمارستان	مشاهده
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون	

سنجه ۳ . بسته بندی براساس دستورالعمل اتوکلاو اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بسته بندی براساس دستورالعمل اتوکلاو اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت *	بررسی مستند
۲	آگاهی پرسنل از روش بسته بندی ابزار منطبق بر دستورالعمل اتوکلاو اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت	مصاحبه و مشاهده
۳	استفاده از لفافه‌های استاندارد و عدم استفاده از کاغذ گرافت و پارچه های مستهلک به عنوان ابزار بسته بندی اقلام استریل	مشاهده
توضیحات	*دستورالعمل اتوکلاو اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت ۱۳۸۸	
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون	

سنجه ۴. دستورالعمل "گندزدایی ابزارهای جراحی با قابلیت استفاده مجدد" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ا ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین* دستورالعمل	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۵	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۶	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۷	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	* عدم مغایرت با دستورالعمل های ابلاغی استریلیزاسیون
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۵ . برچسب هر بسته ای که استریل می‌شود، حاوی حداقل شماره ای که نشان دهنده دستگاه استریل کننده، تاریخ استریل، شماره چرخه بارگذاری استریل کننده، فرد مسئول پاک سازی، بسته بندی، جمع کردن و بارگذاری بسته، تاریخ انقضاء استریل و محتوای بسته،ست یا وسیله است.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تجهیزات مرتبط با ثبت برچسب بسته استریل در دسترس کارکنان مرتبط	مشاهده
۲	برچسب هر بسته استریل دارای شماره ای که نشان دهنده دستگاه استریل کننده است	مشاهده
۳	برچسب هر بسته استریل دارای تاریخ استریل است	مشاهده
۴	برچسب هر بسته استریل دارای شماره چرخه بارگذاری استریل کننده، فرد مسئول پاک سازی، بسته بندی، جمع کردن و بارگذاری بسته است.	مشاهده
۵	برچسب هر بسته استریل دارای تاریخ انقضاء استریل و محتوای بسته، ست یا وسیله	مشاهده

هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون بیمارستان

سنجه ۶. کنترل کیفی آب استریلیزاسیون مرکزی مطابق دستورالعمل راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی کشور انجام می شود.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	انجام و ثبت نتایج کنترل کیفی آب استریلیزاسیون مرکزی توسط واحد بهداشت محیط *	بررسی مستند
۲	پی‌گیری کنترل کیفی آب استریلیزاسیون مرکزی در صورت عدم انطباق با دستورالعمل در کمیته بهداشت **	بررسی مستند

توضیحات	* دستورالعمل راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی کشور ** صورت جلسه کمیته بهداشت محیط
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون و مسئول بهداشت محیط

هـ ۳ ۴ مراقبت از وسایل استریل شده با شرایط ایمن انجام می‌شود

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از آلودگی مجدد وسایل استریل از طریق نگهداشت ایمن و تحت کنترل
- رهگیری و بازخوانی لوازم استریل به صورت برنامه ریزی شده

سنجه ۱. هرگونه جابجایی وسایل استریل شده با استفاده ازجعبه های دربسته، ترالی های کمددار،کانتینرهای درب دار انجام می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	آگاهی پرسنل از روش جابجایی وسایل استریل شده استاندارد ابزار منطبق بر دستورالعمل	مصاحبه
۲	وجود جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کمددار، کانتینرهای درب دار از جنس استیل یا آلومینیوم *	مشاهده
۳	جابجایی وسایل استریل شده با استفاده ازجعبه های دربسته،ترالی های کمددار، کانتینرهای درب دار	مشاهده

توضیحات	* از جنس استیل یا آلومینیوم
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۲ . نگهداری و انبار داری تمام وسایل استریل شده به صورت جداگانه و مستقل از سایر تجهیزات و وسایل، در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه های مشبک باسطوح صاف است براساس دستورالعمل اتوکلاو انجام می‌شوند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	نگهداری و انبار داری تمام وسایل استریل شده به صورت جداگانه و مستقل از سایر تجهیزات و وسایل، در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه های مشبک با سطوح صاف*	مشاهده
۲	وجود فضاهایی محصور، دارای فشار مثبت و تهویه و دما و نور مناسب و به دور از تابش نور مستقیم خورشید در CSSD و اتاق عمل و سایر بخش‌های دارای بسته های استریل	مشاهده

توضیحات	*رعایت گام های سنجه در بخش آنژیوگرافی، اسکوپی‌ها، بخش‌های بستری جراحی و سایر بخش‌های مرتبط
هدایت کننده	مسئول واحد بهداشت محیط، تیم کنترل عفونت، مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۳ . دستورالعمل " نحوه بازخوانی ابزار و وسایل استریل از بخش‌ها " تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین دستورالعمل	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل	بررسی مستند/ مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده

هدایت کننده	کمیته کنترل عفونت، مسئول بخش استریلیزاسیون

سنجه ۴. روش اجرایی" نحوه رهگیری وسایل و تجهیزات استریل بکار رفته بیمار " تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند وبراساس آن عمل می‌شود		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	توصیه . شاخص های شیمیایی موجود در تمامی بسته های استریل، پس از بازنمودن بسته توسط پرسنل در فرمی مخصوص (طراحی شده توسط بیمارستان) الصاق شده و در پرونده بیمار بایگانی می شود.	
هدایت کننده	کمیته کنترل عفونت، مسئول بخش استریلیزاسیون	

هـ ۳ ۵ شرایط و تفکیک فضاهای فیزیکی کثیف، تمیز و استریل، در بخش استریلیزاسیون مرکزی انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- کنترل عوامل محیطی در ایجاد اخلال در روند استریلیزاسیون در فضای فیزیکی بخش

سنجه ۱ . حداقل گردش هوا ۶ تا ۱۰ بار در ساعت صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارزیابی وضعیت هوای قسمت‌های مختلف استریلیزاسیون مرکزی براساس تفکیک فضاهای مختلف این واحد بصورت منظم*	بررسی مستند
۲	حداقل گردش هوا ۶ تا ۱۰ بار در ساعت	مشاهده و بررسی مستند
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط، و مسئول بخش استریلیزاسیون	

سنجه ۲ . به منظور تفکیک کامل فضاهای فیزیکی قسمت های کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی انجام و نشانه گذاری شده‌است، به نحوی که وسایل مورد استفاده در هر یک از سه فضای کثیف، تمیز و استریل، منحصراً در همان قسمت استفاده می‌شوند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تفکیک کامل فضاهای فیزیکی قسمت های کثیف، تمیز و استریل با رعایت توالی انجام	بررسی مستند
۲	نشانه گذاری فضاهای فیزیکی قسمت های کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی انجام	مشاهده
۳	چیدمان و استفاده از وسایل مورد استفاده در هر یک از سه فضای کثیف، تمیز و استریل، منحصراً در همان قسمت	مشاهده
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول بخش استریلیزاسیون	

سنجه۳. در واحداستریلیزاسیون مرکزی مسیر عبور یکطرفه از محیط کثیف به تمیز و استریل،نشانه گذاری شده و جداسازی آنها رعایت میشود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	رعایت مسیر عبور یکطرفه براساس نشانه گذاری‌ها و توالی انجام در فضاهای فیزیکی قسمت های کثیف، تمیز و استریل توسط کارکنان	مشاهده
۲	تحویل ست‌های استریل و غیر استریل از دو مسیر جداگانه	مصاحبه
هدایت کننده	مسئول بخش استریلیزاسیون	

سنجه ۴. فضایی که اتوکلاو / استریل کننده در آن قرار دارد، از محلی که سایر فعالیت‌های بخش در آن انجام می‌شود مستقل می باشد		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	جانمایی اتوکلاو بین دو فضای تمیز و استریل به نحوی که اقلام استریل شده ، از سمت فضای استریل خارج شود	مشاهده
۲	مستقل بودن مکان استقرار اتوکلاوها از سایر فعالیت‌های بخش	مشاهده
هدایت کننده	مسئول واحد مهندسی پزشکی و مسئول بخش استریلیزاسیون	

هـ . پیشگیری و بهداشت

هـ–۴) مدیریت خدمات رختشویخانه

توضیحات کلی

رختشویخانه بیمارستان یکی از گلوگاه‌های مهم کنترل عفونت‌های بیمارستانی است. ملحفه والبسه آلوده در بیمارستان می‌تواند به عنوان منبعی از میکروارگانیسم‌های پاتوژن باشد. فرآیندهای کاری در داخل رختشویخانه باید به نحوی طراحی شود که مانع از انتشار آلودگی و عفونت گردند و احتمال انتقال آلاینده‌ها را به حداقل برساند. نظر به سطح دانش و تجربه کارکنان این واحد ضروری است اطلاع رسانی دستورالعمل‌های تدوین شده و روش‌های اجرائی به کارکنان از طریق آموزش چهره به چهره صورت پذیرد.

هـ	۴	۱	تفکیک و جمع آوری، لباس ها و ملحفه ها با رعایت اصول ایمنی و مطابق موازین بهداشتی انجام می‌شود.

دستاوردهای استاندارد

- پیشگیری از انتقال بیماری‌های عفونی از طریق ملحفه و البسه بیماران در صورت آغشته بودن به مایعات بدن

سنجه ۱. روش اجرایی"جمع آوری، تفکیک و جابجایی لباس ها و ملحفه های کثیف از بخش‌ها" تدوین شده وکارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ لزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده ومصاحبه
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۲. روش اجرایی"جمع آوری، تفکیک و جابجایی لباس‌ها و ملحفه های آغشته به مواد آلوده خطرناک یا مایعات بدن" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده ومصاحبه
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۳. دستورالعمل"رعایت موازین کنترل عفونت در هنگام کار با لباس‌ها و ملحفه‌های آلوده" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل	بررسی مستند
۲	مشارکت کارکنان در تدوین دستورالعمل	مصاحبه
۳	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان دستورالعمل	بررسی مستند
۵	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۶	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۷	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده و مصاحبه
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۴. دستوالعمل" احتیاط در خصوص اجسام تیز و برنده جا مانده در لباس‌ها و ملحفه‌های کثیف" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل	بررسی مستند
۲	مشارکت کارکنان در تدوین دستورالعمل	مصاحبه
۳	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان دستورالعمل	بررسی مستند
۵	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۶	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۷	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	توصیه. این روش علاوه بر رعایت الزامات مشترک تدوین و اطلاع رسانی روش های اجرایی حداقل شامل مدل انتخابی ارزیابی و شرایط تکرار ارزیابی است.	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۵. کمیته بهداشت محیط درخصوص مدیریت خدمات رخشویخانه، اعم از برنامه های اجرایی و روش‌های انجام آن، سیاست گذاری وبرنامه‌ریزی می‌نماید و بر روند ارائه خدمات نظارت نموده، در صورت لزوم اقدام اجرایی / برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	سیاست گذاری وبرنامه ریزی کمیته بهداشت محیط در خصوص مدیریت خدمات رختشویخانه	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان خدمات مربوط و رختشویخانه ازآن	مصاحبه
۳	ارزیابی مسئول بهداشت محیط بیمارستان براجرای روش های فوق	بررسی مستند
۴	مطرح شدن نتایج درکمیته	بررسی مستند
۵	اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت	بررسی مستند و مشاهده و مصاحبه
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

هـ ۴ ۲ ترالی حمل لباس ها، ملحفه و اقلام پارچه‌ای تمیز وکثیف در بخش‌ها مجزا و قابل تشخیص هستند

دستاوردهای استاندارد

- پیشگیری از انتقال وانتشار آلودگی وعوامل بیماریزا

سنجه ۱. ترالی حمل لباس ها، ملحفه و اقلام پارچه‌ای تمیز وکثیف کاملا"از یکدیگر مجزا و قابل تشخیص هستند.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود ترالی حمل لباس ها، ملحفه و اقلام پارچه‌ای متناسب با مقدار آنها*	مشاهده
۲	استفاده از برچسب های مخصوص جهت مجزا کردن ترالی ها	مشاهده
۳	استفاده از ترالی حمل لباس ها، ملحفه و اقلام پارچه‌ای تمیز وکثیف بصورت جداگانه	مشاهده
توضیحات	* ترالی حمل لباس ها، ملحفه و اقلام پارچه‌ای تمیز وکثیف توسط برچسب های مخصوص و یا رنگ بندی کاملا از یکدیگر مجزا و قابل تشخیص هستند. براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان ،چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه، سرپرستاران ، مسئول خدمات	

سنجه ۲. محلی برای شستشوی ترالی ها در این واحد وجود دارد و شستشو و گندزدایی ترالی ها به طور روزانه انجام می شود.		
سطح سنجه	☑الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☑ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود محلی با ضوابط بهداشتی برای شستشوی ترالی *	مشاهده
۲	شستشوی روزانه ترالی	مشاهده ومصاحبه
۳	رعایت ضوابط بهداشتی در شستشوی ترالی**	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*محلی با ضوابط بهداشتی دیوارها و کف، وصل بودن به شبکه فاضلاب، مجهز به آب گرم و سرد، موجود بودن مواد گندزدای مجاز معرفی شده در سایت سازمان غذا و دارو، تهویه مناسب برای شستشوی ترالی ها وجود دارد. **ضوابط بهداشتی از جمله رعایت دمای شستشو، آماده سازی مواد گندزدا طبق دستورالعمل استفاده از مواد گندزدای مجاز در شستشو و گندزدایی ترالی ها رعایت می شود.براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان ،چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۳. البسه عفونی و غیر عفونی و آغشته به مواد دفعی در بخش‌ها به طور جداگانه جمع آوری و با اصول بهداشتی به رختشویخانه حمل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	جمع آوری البسه عفونی وغیر عفونی وآغشته به مواد دفعی در بخش ها بطور جداگانه*	مشاهده
۲	حمل البسه عفونی وغیر عفونی وآغشته به مواد دفعی به رختشویخانه با رعایت اصول بهداشتی**	مصاحبه ومشاهده
توضیحات	* البسه عفونی و غیرعفونی و آغشته به مواد دفعی در بخش‌ها به طور جداگانه توسط بین های مشخص شده و برچسب گذاری شده (اطلاعات برچسب شامل تعداد، نوع البسه و نام بخش) جمع آوری می شود. بین ها ترجیحاً از جنس پلاستیک و قابل شستشو باشند در صورت استفاده از بین های پارچه ای بصورت مداوم شستشو و گندزدایی شوند. **حمل البسه عفونی و غیر عفونی و آغشته به مواد دفعی با اصول بهداشتی از قبیل استفاده کارکنان از وسایل حفاظت فردی نظیر ماسک و دستکش، استفاده از کیسه های مقاوم و غیر قابل نفوذ زرد رنگ برای البسه عفونی که گره زده شده باشند،کیسه ها نبایستی بیش از اندازه پر شده باشند، حمل و نقل از مسیری مجزا از مسیر عبور و مرور عیادت کنندگان، بیماران و کارمندان به رختشویخانه انجام می شود. براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان ،چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

هـ ۴ ۳ شستشو، خشک نمودن و ذخیره سازی لباس ها و ملحفه ها مطابق موازین بهداشتی انجام می‌شود.

دستاوردهای استاندارد

- کنترل عفونت و جلوگیری از انتشار آلودگی

سنجه ۱. نظارت بر کاربرد صحیح مواد شوینده و گندزدا در رختشویخانه انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود دستورالعمل کاربرد صحیح مواد شوینده وگندزدا*	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان رختشویخانه از دستورالعمل وعمل به آن	مصاحبه
۳	وجود مواد شوینده وگندزدا به میزان کافی در رختشویخانه	مشاهده
۴	نظارت برکاربرد صحیح مواد شوینده وگندزدا توسط مسئول بهداشت محیط در رختشویخانه	بررسی مستند ومصاحبه
توضیحات	*دستورالعمل کاربرد صحیح مواد شوینده و گندزدا شامل نحوه رقیق سازی مواد گندزدا، زمان تماس با البسه، زمان ماند مواد گندزدا، نحوه نگهداری محلول های رقیق شده، رعایت ضوابط بهداشتی و ایمنی در کار با مواد گندزدا، اقدامات احتیاطی هنگام مواجهه با مواد گندزدا در رختشویخانه وجود دارد. براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۲. درجه شستشوی ماشین های رختشویی برای تمامی البسه و ملحفه‌ها و سایر پارچه ها متناسب با جنس، نوع آنها و دستورالعمل کارخانه رعایت می‌شود.و کنترل و اندازه‌گیری درجه حرارت آب، زمان شستشو ماشین های رختشویی انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	رعایت درجه شستشوی ماشین های رختشویی*	بررسی مستند ومصاحبه
۲	نظارت برکنترل واندازه گیری درجه حرارت آب و زمان شستشو**	مصاحبه
توضیحات	*درجه شستشوی ماشین های رختشویی برای تمامی البسه و ملحفه‌ها و سایر پارچه ها متناسب با جنس، نوع آنها و دستورالعمل کارخانه رعایت می‌شود. **کنترل و اندازه‌گیری درجه حرارت آب، زمان شستشو ماشین های رختشویی توسط مسئول رختشویخانه و با نظارت مسئول بهداشت محیط انجام می‌شود.	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۳. دستورالعمل"ذخیره، توزیع و تحویل لباس / ملحفه تمیز" تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی*	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده ومصاحبه
توضیحات	* اطلاع رسانی به کارکنانی که دسترسی به فایل الکترونیکی نداشته ویا با توجه به سطح دانش وتجربه امکان استفاده ازآن را ندارند بایستی آموزش به صورت چهره به چهره صورت پذیرد. توصیه. این روش علاوه بر رعایت الزامات مشترک تدوین و اطلاع رسانی روش های اجرایی حداقل شامل مدل انتخابی ارزیابی و شرایط تکرار ارزیابی است.	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

هـ	۴	۴	**شرایط بهداشتیِ محیط رختشویخانه براساس دستورالعمل‌های ابلاغی است.**

دستاوردهای استاندارد

- ارتقاء وضعیت بهداشت محیط و کنترل عفونت در بیمارستان

سنجه ۱. جهت اطمینان از رعایت ضوابط ومقررات وزارت بهداشت وشرایط مندرج در فصل هشتم آیین نامه تاسیس بیمارستان، قسمت رختشویخانه"چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان در فواصل زمانی تعیین شده از سوی بیمارستان تکمیل می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	قرار گرفتن چک لیست ارزیابی شرایط بهداشت محیط رختشویخانه دردسترس مسئول بهداشت محیط	بررسی مستند
۲	ارزیابی بهداشت محیط رختشویخانه در فواصل زمانی تعیین شده *	بررسی مستند
توضیحات	* حداقل یک بار در هفته	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۲. گزارش تحلیل چک لیست های مذکور در کمیته بهداشت محیط بیمارستان مطرح شده و به همراه پیشنهادات اصلاحی به تیم مدیریت ارشد بیمارستان ارائه می‌شود و پیشنهادات تایید شده مراجع ذیصلاح بیمارستان(واحد بهداشت محیط، کمیته مربوطه و تیم مدیریت ارشد بیمارستان) توسط مسئول بهداشت محیط بیمارستان پیگیری شده و به نتیجه رسیده است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	مطرح شدن نتایج ارزیابی شرایط بهداشت محیط رختشویخانه در کمیته بهداشت محیط بیمارستان	بررسی مستند
۲	اجرای اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت	بررسی مستند ومشاهده ومصاحبه
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۳. محل استقرار رختشویخانه و مسیر ارتباطی آن با بخش‌های مختلف بیمارستان مناسب است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارتباط مناسب رختشویخانه با بخش‌های مختلف بیمارستان*	مشاهده
۲	در صورت امکان مجهز بودن به آسانسورهای اختصاصی	مشاهده
توضیحات	*در محل استقرار رختشویخانه و ارتباط آن با بخش های مختلف بیمارستان مواردی از قبیل عدم ایجاد مزاحمت برای مردم و بیماران رعایت شده است . براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان،چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۴. کف سالن رختشویخانه سالم، بادوام، قابل شستشو، غیر قابل نفوذ به آب و بدون ترک خوردگی است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	رعایت ضوابط بهداشتی کف سالن رختشویخانه*	مشاهده
توضیحات	*ضوابط بهداشتی در کف سالن رختشویخانه از قبیل سالم بودن، بادوام بودن، قابل شستشو بودن، غیر قابل نفوذ به آب و بدون ترک خوردگی بودن ، مقاوم بودن به مواد گندزدا و خورندگی رعایت می گردد. براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان،چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان، قانون و آیین نامه اجرایی اصلاح ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی مراکز تهیه، توزیع، نگهداری، حمل ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول ساختمان	

سنجه ۵. دیوارهای رختشویخانه سالم، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، تمیز، روشن، قابل شستشو و ضدعفونی، بدون خلل و فرج، تا ارتفاع حداقل ۱/۸ متر از کف از جنس مقاوم و صیقلی است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	*رعایت ضوابط بهداشتی دیوارهای رختشویخانه	مشاهده
توضیحات	*ضوابط بهداشتی در دیوارهای سالن رختشویخانه از قبیل سالم بودن، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، تمیز بودن، روشن بودن، قابل شستشو و ضدعفونی، بدون خلل و فرج و استفاده از کاشی یا سنگ تا زیر سقف رعایت می گردد. براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان، قانون و آیین نامه اجرایی اصلاح ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی مراکز تهیه، توزیع، نگهداری، حمل ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول ساختمان	

سنجه ۶. سقف رختشویخانه سالم، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، تمیز و به رنگ روشن می‌باشد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	رعایت ضوابط بهداشتی سقف سالن رختشویخانه*	مشاهده
توضیحات	*ضوابط بهداشتی در سقف سالن رختشویخانه از قبیل سالم بودن، فاقد شکستگی و ترک خوردگی بودن ، تمیز و به رنگ روشن بودن رعایت می گردد .براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان،چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان،قانون و آیین نامه اجرایی اصلاح ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی،دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی مراکز تهیه،توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول ساختمان	

سنجه ۷. مساحت رختشویخانه متاسب با حجم کار بیمارستان است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تناسب مساحت رختشویخانه با حجم کار بیمارستان*	مشاهده
توضیحات	*منظور از تناسب مساحت رختشویخانه با حجم کار بیمارستان وجود حداقل ۰,۵ -۰,۶ متر مربع به ازای هر تخت بیمارستان می‌باشد.براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان،چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان، قانون و آیین نامه اجرایی اصلاح ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی مراکز تهیه، توزیع، نگهداری، حمل ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول ساختمان	

سنجه ۸. محل استراحت با شرایط بهداشتی برای کارکنان رختشویخانه وجود دارد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	رعایت شرایط بهداشتی محل استراحت کارکنان رختشویخانه*	مشاهده
توضیحات	*محل استراحت کارکنان رختشویخانه دارای شرایط بهداشتی از قبیل نور ، تهویه، رطوبت، دما، صدا در حد مجاز، امکانات و تسهیلات نظیر کمد، جاکفشی، تخت خواب می‌باشد. براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان، قانون و آیین نامه اجرایی اصلاح ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی،دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی مراکز تهیه،توزیع، نگهداری، حمل ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول ساختمان، مسئول واحد رختشویخانه	

هـ ۴ ۵ امکانات و تسهیلات بهداشتی، مطابق ضوابط بهداشت محیط در رختشویخانه موجود است.

دستاوردهای استاندارد

- ارتقاء وضعیت بهداشت محیط و وضعیت بهداشت فردی در رختشویخانه

سنجه۱ . سرویس بهداشتی، رخت کن و محل استراحت با شرایط بهداشتی موجود است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود سرویس بهداشتی به تعداد مناسب و باشرایط بهداشتی در رختشویخانه*	مشاهده
۲	وجود رخت کن و محل استراحت با شرایط بهداشتی برای کارکنان رختشویخانه**	مشاهده
توضیحات	*تعداد توالت و دستشویی باید متناسب با تعداد کارکنان رختشویخانه برای زن و مرد به صورت جداگانه در نظرگرفته شود، برای هر دستگاه توالت یک دستشویی در نظر گرفته شود، تعداد توالت برای کارکنان رختشویخانه به ازای هر۳۰ نفر یک دستگاه توالت برای مردان و یک دستگاه توالت برای زنان به صورت مجزا در نظر گرفته شود و کف، دیوار، سقف، نظافت روزانه و تهویه سرویس بهداشتی دارای شرایط بهداشتی مطابق ماده ۴۶ دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی مراکز تهیه، توزیع، نگهداری، حمل ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی است . **رختکن دارای شرایط بهداشتی از قبیل کمد اختصاصی، سالم، فاقد زنگ زدگی است و امکانات جهت نگهداری لباس و وسایل شخصی کارگران در رختکن فراهم شده باشد. براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان،چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان،قانون و آیین نامه اجرایی اصلاح ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی،دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی مراکز تهیه،توزیع، نگهداری، حمل ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط ، مسئول بهداشت محیط، مسئول ساختمان، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه۲. کارکنان از سینک دستشویی مجهز به صابون مایع، دستمال کاغذی و ظروف آشغال پدال دار استفاده می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود سینک دستشویی با شرایط بهداشتی و متناسب با تعداد کارکنان*	مشاهده
توضیحات	*سینک دستشویی مجهز به صابون مایع، دستمال‌کاغذی و ظروف‌آشغال‌پدال دار متناسب با تعداد کارکنان در رختشویخانه موجود و استفاده میشود.براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان،چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان،قانون و آیین نامه اجرایی اصلاح ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی،دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی مراکز تهیه،توزیع، نگهداری، حمل ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول ساختمان و تاسیسات، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه۳. انبار با شرایط بهداشتی برای نگهداری و ذخیره مواد شوینده، پاک کننده و گندزدا موجود است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود انبار برای نگهداری و ذخیره مواد شوینده، پاک کننده و گندزدا دارای شرایط بهداشتی *	مشاهده
توضیحات	*شرایط بهداشتی مطابق با دستورالعمل شرایط و ویژگیهای انبار های مواد شیمیایی و سموم براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان،چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان،قانون و آیین نامه اجرایی اصلاح ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی،دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی مراکز تهیه،توزیع، نگهداری، حمل ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط با نظارت مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

هـ ۴ ۶ شرایط بهداشتی و ایمنی تأ سیسات، تجهیزات و ماشین آلات واحد رختشویخانه رعایت می‌شود.

دستاوردهای استاندارد

- عملکرد صحیح تاسیسات ، تجهیزات وماشین آلات واحد رختشویخانه

سنجه ۱. نصب و راه اندازی تأسیسات، تجهیزات و ماشین آلات این واحد براساس توصیه‌های کارخانه سازنده، انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نصب وراه اندازی تاسیسات ، تجهیزات وماشین آلات رختشویخانه براساس توصیه‌های کارخانه سازنده	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	براساس دستورالعمل کارخانه سازنده دستگاه	
هدایت کننده	واحد تاسیسات، با نظارت کمیته بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۲. سرویس و خدمات نگهداری ماشین‌های رختشویی وخشک‌کن ها شامل قطعات مورد معاینه درطی سرویس و خدمات دوره‌ای دستگاه‌ها" انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انجام سرویس وخدمات نگهداری تجهیزات وماشین آلات رختشویخانه*	بررسی مستند ومشاهده ومصاحبه
توضیحات	*سرویس و خدمات نگهداری ماشین‌های رختشویی وخشک کن ها شامل قطعات مورد معاینه در طی سرویس و خدمات دوره‌ای دستگاه‌ها براساس دستورالعمل کارخانه سازنده دستگاه انجام می‌شود.	
هدایت کننده	واحد تاسیسات، با نظارت کمیته بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۳. حداقل دو دستگاه ماشین لباس شویی تمام اتوماتیک براساس برآوردهای ظرفیت مورد نیاز بیمارستان موجود و فعال است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	فعال بودن حداقل دو دستگاه ماشین لباس شویی تمام اتوماتیک براساس برآوردهای ظرفیت مورد نیاز بیمارستان	مشاهده
توضیحات	توصیه.حداقل یک دستگاه ماشین لباس شویی تمام اتوماتیک جهت لنژ عفونی تخصیص یافته است.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، واحد تاسیسات، با نظارت کمیته بهداشت محیط	

سنجه ۴. دستگاه اطوی برقی دارای سوئیچ خودکار قطع جریان برق است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود دستگاه اطوی برقی مناسب دارای سوئیچ خودکار قطع جریان برق در واحد رختشویخانه	مشاهده
هدایت کننده	، مدیر بیمارستان، واحد تاسیسات، با نظارت کمیته بهداشت محیط	

سنجه ۵. جهت شستشو منحصرا" از ماشین‌های رختشویی صنعتی استفاده می‌شود که ظرفیت آن متناسب با برآورد حجم کار و تعداد تخت بیمارستانی محاسبه شده از سوی بیمارستان است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود ماشین رختشویی صنعتی با ظرفیت متناسب با برآورد حجم کار و تعداد تخت بیمارستانی محاسبه شده از سوی بیمارستان	بررسی مستند و مشاهده
۲	استفاده از ماشین‌های رختشویی صنعتی جهت شستشو	مشاهده
هدایت کننده	واحد تاسیسات، با نظارت کمیته بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

هـ ۴ ۷ میزان لباس ها و ملحفه ها وسایر اقلام پارچه‌ای مورد نیاز برآورد شده و تحت نظام سرجمع داری اموال در انبار می‌باشد.

دستاوردهای استاندارد

- ارتقاء وضعیت بهداشت وسلامت بیماران

سنجه ۱. نظام سرجمع داری اموال به منظور تفکیک لباس ها و ملحفه های در گردش از لباس ها و ملحفه های موجود درانبار موجود است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود نظام سرجمع داری اموال به منظور تفکیک لباس ها و ملحفه های در گردش از لباس ها و ملحفه های موجود در انبار	بررسی مستند
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۲. محل نگهداری و ذخیره لنژ تمیز و کثیف تداخل نداشته و دارای شرایط بهداشتی است.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	عدم تداخل محل نگهداری و ذخیره لنژ تمیز و کثیف	مشاهده
۲	وجود شرایط بهداشتی درمحل نگهداری و ذخیره لنژ تمیز و کثیف*	مشاهده
توضیحات	*تمهیدات لازم از قبیل پیش بینی فضای های جداگانه لنژ تمیز و کثیف، قفسه بندی مناسب، حفاظت لنژ تمیز از گرد و غبار و آلودگی پیش بینی شده است. محل نگهداری و ذخیره لنژ تمیز و کثیف دارای شرایط بهداشتی مناسب از قبیل، قابل شستشو و گندزدایی بودن دیوار و کف، تهویه مناسب به نحوی که خروجی به سمت بخش‌ها نباشد ، ممانعت از ورود افراد متفرقه می باشد. براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان،چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط ، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۳. براساس برآوردهای آماری بیمارستان، میزان لباس، ملحفه و اقلام پارچه‌ای مورد نیاز برای شرایط بالاترین ضریب اشغال تخت و بحران به صورت مدون تعیین شده و براساس آن تامین می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برآورد آماری میزان لباس ، ملحفه واقلام پارچه ای مورد نیاز *	بررسی مستند
۲	تامین میزان لباس، ملحفه واقلام پارچه ای مورد نیاز براساس برآورد آماری	مشاهده ومصاحبه
توضیحات	*برای شرایط بالاترین ضریب اشغال تخت و بحران به صورت مدون	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

هـ	۴	۸	محیط رختشویخانه از نظر نور، سروصدا، رطوبت، تهویه و دما مناسب می‌باشد.

دستاوردهای استاندارد

- ارتقاء وضعیت بهداشت محیط رختشویخانه

سنجه ۱. محیط رختشویخانه از نظر نور مطابق ضوابط و مقررات مندرج در آئین‌نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تامین نور مناسب درمحیط رختشویخانه*	مشاهده ومصاحبه
توضیحات	*نور مناسب ۱۰۰-۲۰۰ لوکس در محیط رختشویخانه تامین شده است. براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی مراکز تهیه، توزیع، نگهداری، حمل ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط ، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۲. محیط رختشویخانه ازنظر میزان صدا مطابق ضوابط و مقررات مندرج در آئین‌نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	رعایت استاندارد صدا درمحیط رختشویخانه*	مشاهده ومصاحبه
توضیحات	*استاندارد صدا در محیط رختشویخانه رعایت شده و حداکثر ۸۵ db در هر شیفت کاری است. براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان،چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی مراکز تهیه،توزیع، نگهداری، حمل ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط ، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۳. محیط رختشویخانه از نظر رطوبت مطابق ضوابط و مقررات مندرج در آیین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	مناسب بودن میزان رطوبت درمحیط رختشویخانه*	مشاهده ومصاحبه
توضیحات	*میزان رطوبت در محیط رختشویخانه ۵۰-۵۵٪ است. براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی مراکز تهیه، توزیع، نگهداری، حمل ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۴. محیط رختشویخانه از نظر دما مطابق ضوابط و مقررات مندرج در آئین‌نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تامین دمای مناسب درمحیط رختشویخانه*	مشاهده ومصاحبه
توضیحات	*در فصل گرما حداکثر درجه حرارت در داخل محیط رختشویخانه نباید بیشتر از ۳۰ درجه سانتی گراد باشد. براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی مراکز تهیه، توزیع، نگهداری، حمل ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه ۵. محیط رختشویخانه از نظر تهویه هوا مطابق ضوابط و مقررات مندرج در آئین‌نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان می‌باشد.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تهویه مناسب در محیط رختشویخانه*	مشاهده ومصاحبه
توضیحات	*تهویه مناسب باید به نحوی صورت گیرد که همیشه هوای داخل اماکن سالم، تازه، کافی و عاری از بو باشد.در صورت استفاده از شوتینگ برای جمع آوری لباس ها، باید در شرایط فشار منفی نگهداری شود تا مانع از انتشار آئروسل ها در سایر بخش ها گردد.فضای رختشویخانه باید از نظر طراحی، تجهیزات و سیستم تهویه به گونه ای باشد تا از مخلوط شدن هوای تمیز با آلوده جلوگیری شود. محل پذیرش لباس ها و ملحفه های آلوده نسبت به منطقه تمیز رختشویخانه و محیط اطراف فشار منفی داشته باشد برای اینکه مناطق تمیز و کثیف عملا از یکدیگر مجزا شوند باید از سیستم فشار منفی در ناحیه آلوده و انتقال جریان هوای مثبت از ناحیه تمیز به سمت منطقه آلوده استفاده نمود. براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان،چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان ،دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی مراکز تهیه،توزیع، نگهداری، حمل ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی،راهنمای سیستم تهویه در بیمارستان ها	
هدایت کننده	کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

هـ	۴	۹	محدودیت های محیط رختشویخانه طبق ضوابط رعایت می‌شود.

دستاوردهای استاندارد

- جلوگیری از انتقال آلودگی و کنترل عفونت

سنجه ۱. هیچگونه ماده آشامیدنی، خوردنی و یا دخانیات در داخل محیط رختشویخانه خورده، آشامیده و یا استعمال نمی‌شود..		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	عدم مصرف موادآشامیدنی، خوردنی وعدم استعمال دخانیات در داخل رختشویخانه*	مشاهده
توضیحات	*براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط، قانون جامع دخانیات مصوب شورای اسلامی مورخ ۱۳۸۵/۶/۱۵ و ماده ۷ آیین نامه اجرایی آن کنترل و مبارزه ملی	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

سنجه۲. مسیرهای کثیف و تمیز تفکیک شده و افراد متفرقه حق ورود به داخل رختشویخانه را ندارند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	پیش بینی تمهیدات لازم جهت جلوگیری از تداخل مسیرهای کثیف و تمیز*	مشاهده
۲	رعایت محدودیت تردد افراد به داخل رختشویخانه**	مشاهده
توضیحات	* محوطه داخلی رختشویخانه به وسیله خط کشی جداسازی شود، این جداسازی شامل محوطه ورودی، محوطه تمیز، محوطه کثیف می‌باشد **تابلوهای نشان دهنده محدودیت تردد افراد در ورودی رختشویخانه نصب شده است. براساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط	
هدایت کننده	مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد رختشویخانه	

هـ . پیشگیری و بهداشت

هـ – ۵) بهداشت حرفه ای و سلامت کارکنان

وجود خطرات بالقوه شغلی در بیمارستان سبب شده از میان محیط‌های کاری بیشمار و در نتیجه مواجه‌های شغلی مربوطه، تعداد محدودی محیط کاری وجود داشته باشند که شرایط کاری و مواجهات شغلی در آنها به سختی شرایط موجود در بیمارستان باشد، بنابراین شناخت کافی از عوامل آسیب رسان شیمیایی بیولوژیکی، فیزیکی، ارگونومیک و مکانیکی وخطرات احتمالی ایجاد شده از این عوامل، رعایت کلیه اصول ایمنی دراین محیط و آشنایی با راهکارهای مقابله با این عوامل به همراه ارزیابی و انجام اصول کنترل مهندسی و مدیریتی را الزامی واجتناب ناپذیر می سازد. هزینه هایی که جامعه در صورت بیماری، از کارافتادگی شاغلین و بروز حوادث شغلی گروه‌های مختلف کارکنان بیمارستان متحمل می شود نیز از دیگر مسائلی است که توجه ویژه به حفظ سلامت گروه های پزشکی، پرستاری و سایر افراد شاغل در بیمارستان را ضروری می نماید.

هـ	۵	۱	ارزیابی[1]و کنترل مواجهه با عوامل زیان آور محیط کار، برنامه ریزی و انجام می شود[2].

دستاورد استاندارد

- حفظ ، تامین، ارتقاء سطح سلامت کارکنان، افزایش بهره وری و رضایتمندی نیروی کار
- پیشگیری از بروز بیماری‌های ناشی از کار
- افزایش رضایتمندی بیماران و همراهان آنها از ارائه کنندگان خدمات و محیط دریافت خدمات

سنجه۱ . حداقل یکـ بار در بیمارستان، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار شامل روشنایی، ارتعاش، پرتوهای غیر یونیزان، میدان‌های الکتریکی و مغناطیسی، صدا شرایط جوی متناسب با فعالیت بخش‌ها/ واحدها انجام می شود.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	حداقل یک بار اندازه گیری عوامل زیان آور فیزیکی* محیط کارحداقل دربخش‌های پرخطر**	بررسی مستند و مصاحبه
۲	شناسایی عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار	بررسی مستند
۳	کنترل عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار، در موارد بالاتر ازحد مجاز، براساس نتایج ارزیابی	بررسی مستند و مشاهده

توضیحات

*بر اساس فرم گزارش اندازه‌گیری صدا به شماره ۳۰۶/۱۹۰۷۸ مورخ ۹۰/۶/۲۶

** بخش های پرخطر به تفکیک عوامل زیان آور به شرح زیر می باشد

عامل زیان آور	بخش / واحد پرخطر
صدا	آشپزخانه، تأسیسات، اتاق عمل، بخش زنان و زایمان، اتاق گچ بری، بخش ام آرآی و سی‌تی‌اسکن، لاندری و استرایلیزاسیون مرکزی و اتاقک امحاء زباله (در صورت موضوعیت)
روشنایی	تمامی بخش‌ها و اتاق بیماران و محوطه بیمارستان
پرتوغیریونیزان	اتاق عمل،NICU، اتاق ایزوله، تاسیسات، فیزیوتراپی، اتاق جراحی لیزر و بخش‌های درمانی و پاراکلینیک که توسط اشعه ماورإ بنفش گندزدایی می شوند.
ارتعاش	تاسیسات، اتاق های برش گچ و جراحی ارتوپدی، خدمات(دستگاه چمن زنی فضای سبز)
میدان مغناطیسی	اتاق‌های برق، تابلو برق ، بخش ام آر آی و سی تی اسکن، رادیولوژی و اتاق سرور، تاسیسات، آشپزخانه، اتاق عمل و استرایلیزاسیون مرکزی، از لحاظ شاخص آسایش دمایی تمامی بخش‌ها و اتاق بیماران
شرایط جوی	شاخص استرس‌های حرارتی لاندری

توصیه . بازدید انجام و آنالیز شغلی توسط کارشناس بهداشت حرفه ای صورت می‌گیرد.

هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای

[1] مقایسه نتایج اندازه گیری عوامل زیان آور محیط کار در سنجه های ۱ الی۶ با استفاده از استاندارد کتابچه حدود مجاز مواجهه شغلی (Occupational exposure limit) ابلاغی وزارت بهداشت به شماره ۳۰۰/۸۶۲۳د مورخ ۹۵/۵/۲۰ و نامه شماره ۳۰۰/۵۶۳۷د مورخ ۹۲/۵/۲۲

[2] درصورت هرگونه تغییر در ساختار، فرآیند، شکایت کارکنان و عدم تایید نتایج ارزیابی پیشین بنابر تشخیص و ارزیابی کارشناس مسئول و طرح درکمیته حفاظت فنی و بهداشت کار بیمارستان بایستی نسبت به اندازه گیری مجدد اقدام نماید.

سنجه۲ . حداقل یک بار در بیمارستان، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار شامل گازها و بخارات شیمیایی، گرد و غبار، دود و دمه، متناسب با فعالیت بخش‌ها/ واحدها انجام می شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	حداقل یک بار اندازه گیری عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار حداقل در بخش های پرخطر*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	شناسایی عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار	بررسی مستند
۳	کنترل عوامل زیان آورشیمیایی محیط کار، در موارد بالاتر از حد مجاز، براساس نتایج ارزیابی	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* واحد های پر خطر مرتبط با عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار شامل آزمایشگاه‌ها، پاتولوژی، اتاق عمل و ریکاوری، لاندری، شیمی درمانی و تاسیسات، استرایلیزاسیون مرکزی، دیالیز، انبار مواد شیمیایی توصیه . بازدید انجام و آنالیز شغلی توسط کارشناس بهداشت حرفه ای صورت می‌گیرد. عوامل زیان آور شیمیایی تمامی مواد شیمیایی و آلاینده های محیطی که تماس با آنها معمولاً به مرور موجب اثرات زیان آور روی سلامتی انسان و موجودات زنده می شود نظیر گازها و بخارات، و گرد و غبارها و بطور کلی سایر آئروسل ها	
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

سنجه ۳. حداقل یک بار در بیمارستان، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور بیولوژیک محیط کار متناسب با فعالیت بخش ها/واحدها انجام می شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	حداقل یک بار اندازه گیری عوامل زیان آور بیولوژیک محیط کار حداقل در بخش‌های پرخطر*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	شناسایی عوامل زیان آور بیولوژیک محیط کار	بررسی مستند
۳	کنترل عوامل زیان آور بیولوژیک محیط کار، در موارد بالاتر از حد مجاز، براساس نتایج ارزیابی انجام شده	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* واحدهای‌پرخطر مرتبط با عوامل زیان‌آور بیولوژیک محیط کار شامل بخش‌های ویژه (اتاق عمل، اورژانس، NICU)، آنژیوگرافی، مراقبت های ویژه، اتاق های ایزوله و اتاق زایمان، آزمایشگاه، پاتولوژی، جنین شناسی عوامل زیان آور بیولوژیک تمامی پاتوژن‌ها و عوامل بیماریزای میکروبی شامل ویروس‌ها، باکتری‌ها، انگل‌ها، قارچ‌ها	
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

سنجه ۴. حداقل یکبار در بیمارستان، اندازه گیری، ارزیابی وکنترل عوامل زیان آور استرس شغلی محیط کار متناسب با فعالیت بخش ها/واحدها انجام می شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	حداقل یکبار اندازه گیری عوامل زیان آور استرس شغلی محیط کار حداقل در بخش‌های پرخطر*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	شناسایی عوامل زیان آور استرس شغلی محیط کار	بررسی مستند
۳	کنترل عوامل زیان آور استرس شغلی محیط کار، در موارد شناسایی شده براساس نتایج ارزیابی	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* واحدهای پرخطر مرتبط با عوامل زیان آور استرس شغلی محیط کار شامل تمامی بخش‌های اداری، درمانی، پاراکلینیک بیمارستان توصیه . اندازه گیری عوامل زیان آور استرس شغلی محیط کار از طریق ابزارهای معتبر شامل پرسشنامه‌ی استرس شغلی انجام می شود و نتایج حاصل از پرسشنامه ها توسط نرم افزارهای موجود تجزیه و تحلیل شود. عوامل زیان آور استرس شغلی تمامی عواملی که موجب بروز اختلالات روحی و روانی در محیط کار می شوند.	
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

سنجه ۵ . حداقل یکبار در بیمارستان، اندازه‌گیری، ارزیابی و کنترل عوامل ارگونومیک محیط کار متناسب با فعالیت بخش‌ها/ واحدها انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	حداقل یک بار بررسی میزان شیوع آسیب های اسکلتی- عضلانی شاغلین و ایستگاه‌های بخش‌های مختلف	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تعیین مشاغل با ریسک فاکتورهای ارگونومیک بالا*	بررسی مستند
۳	کنترل‌عوامل ارگونومیک محیط کار، براساس اولویت بندی در مشاغل باریسک فاکتور ارگونومیک بالا **	بررسی مستند و مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* شیوع آسیب های اسکلتی عضلانی شاغلین و ایستگاه‌ها در بخش‌های مختلف، و مشاغل دارای ریسک فاکتورهای ارگونومیک از طریق یکی از روش‌های معتبر اندازه گیری شود. ارزیابی نتایج اندازه گیری و در نتیجه تعیین مشاغل با ریسک فاکتورهای ارگونومیک بالا انجام می‌شود. ** مشاغل دارای ریسک فاکتور ارگونومی شامل تمامی بخش‌های اداری، درمانی، پاراکلینیک بیمارستان می باشد. توصیه . اقدامات اصلاحی برای کنترل عوامل زیان آور ارگونومیک مانند اصلاح ایستگاه کاری، اصلاح پوسچر مناسب براساس اولویت بندی انجام شده صورت می گیرد. براساس آیین نامه حفاظتی حمل بار دستی به شماره ۱۰۰/۶۶۶ مورخ ۹۰/۵/۱۱ عوامل ارگونومیک شامل وضعیت نامطلوب بدنی، وارد شدن فشار بیش از حد بر روی اندام، نبود تناسب جسمانی و روانی میان انسان و کار، هل دادن و بلند کردن،کشیدن بار و ابزار نامناسب	
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار ، مسئول بهداشت حرفه ای	

سنجه ۶. حداقل یکبار در بیمارستان، بررسی و اقدامات اصلاحی و بهسازی سیستم های تهویه متناسب با فعالیت های بخش‌ها/واحدها انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بازدید حداقل یک‌بار از سیستم‌های تهویه بخش‌های مختلف توسط کارشناس بهداشت حرفه ای	بررسی مستند
۲	ارزیابی شیمیایی، بیولوژیکی نتایج بازدید و شرایط جوی و کارایی تهویه	بررسی مستند
۳	انجام اقدامات اصلاحی* براساس ارزیابی انجام شده حداقل در بخش های پرخطر**	مصاحبه و مشاهده
توضیحات	*اقدامات اصلاحی در صورتی که شرایط زیان آور مواجهه محیط بالاتر از حد مواجهه مجاز است، در زمینه کنترل مواجهه مواد شیمیایی و شرایط جوی با استفاده از تهویه عمومی و موضعی، در زمینه کنترل بیولوژیکی به صورت تعویض به موقع فیلتر های هپا در محیط های با فشار مثبت (اتاق تمیز)، نصب اگزوز فن جهت مکش هوا در سقف و اندازه گیری تعداد دفعات تعویض هوا در منابع تولید آلودگی و نصب هود های موضعی در منابع تولید آلودگی (اتاق های با فشار منفی) و وجود هود بیولوژیکی کلاس ۱ تا ۳) در بخش‌هایی که از داروهای شیمی درمانی استفاده می شود مثل بخش‌های شیمی درمانی و آزمایشگاه‌ها به منظور بهبود کارآیی و تأمین سلامت کارکنان انجام شود. ** بخش‌های پرخطر شامل آزمایشگاه، پاتولوژی، لاندری، خدمات، اتاق جراحی، اتاق های ایزوله، اتاق عمل، مراقبت‌های ویژه (CCU،ICU)، تاسیسات، استرایلیزاسیون مرکزی، اتاق تی شور، آشپزخانه، انبار مواد شیمیایی، اتاقک امحاء زباله، شیمی درمانی. توصیه. حداقل هر شش ماه یک‌بار از سیستم های تهویه بخش‌های مختلف بیمارستان بازدید شود.	
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

هـ	۵	۲	بیمارستان از انجام کنترل ایمنی و سلامت شغلی همه گروه‌های ذینفع اطمینان حاصل می نماید.

دستاورد استاندارد

- ارتقا سطح سلامت و کارایی همه کارکنان بیمارستان
- افزایش دسترسی کارکنان به خدمات بهداشت حرفه ای
- حفظ سرمایه های انسانی بیمارستان
- افزایش اعتماد به نفس شاغلین به دلیل کار درمحیط ایمن

سنجه ۱. مسئول بهداشت حرفه ای براساس زمان بندی معین، از بخش ها/واحدهای پرخطر بیمارستان بازدید نموده و نحوه استفاده کارکنان از وسایل حفاظت فردی را ارزیابی نموده و گزارش آن را به کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار ارائه می نماید و اقدام اصلاحی به عمل می آید.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بازدید کارشناس بهداشت حرفه ای از بخش‌ها و واحدهای پرخطر بیمارستان* براساس زمان بندی معین	بررسی مستند
۲	ارزیابی نحوه استفاده کارکنان از وسایل حفاظت فردی	بررسی مستند
۳	ارائه گزارش نتایج ارزیابی به کمیته حفاظت فنی وبهداشت کار	بررسی مستند
۴	انجام اقدامات اصلاحی براساس ارزیابی انجام شده	مشاهده
توضیحات	*واحد های پرخطر جهت تهیه و استفاده از وسایل‌حفاظت فردی شامل تمامی بخش‌های درمانی، پاراکلینیک، خدمات، لاندری، آشپزخانه ، تاسیسات، استرایلیزاسیون مرکزی، داروخانه توصیه. کارشناس بهداشت حرفه ای پس از نیازسنجی، لیست وسایل حفاظت فردی مورد نیاز را به تفکیک هرشغل براساس تعداد و نوع آن مطابق با استاندارد تعیین نموده است.	
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

سنجه ۲. بیمارستان نسبت به شناسایی، اجرا و کنترل ایمنی و سلامت شغلی همه گروه‌های ذینفع از جمله پیمانکاران، تامین کنندگان، مشتریان و بازدید کنندگان از محیط کار اقدام نموده است.

سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی فرایندکاری پرخطر کارکنان بخش‌ها و واحدهای برون سپاری شده بیمارستان از ابتدای ورود با همکاری کارشناس بهداشت حرفه ای	بررسی مستند
۲	انجام ارزیابی ریسک*	بررسی مستند
۳	تدوین برنامه ایمنی و بهداشت گروه‌های ذینفع ونظارت بر حسن اجرای آن	بررسی مستند
۴	اقدامات اصلاحی براساس نتایج ارزیابی ریسک گروه‌های ذینفع	مصاحبه و مشاهده
توضیحات	*پنج گام ارزیابی ریسک عبارت است از شناسایی خطرات، تعیین اینکه چه کسی و چگونه ممکن است صدمه ببیند، بررسی ریسک های موجود و اجرای اقدامات پیشگیرانه، ثبت یافته ها و نتایج، بازبینی ارزیابی صورت گرفته و روزآمد کردن آن در صورت لزوم، بررسی دقیق اینکه چه چیز در محل کارمی تواند به کارکنان آسیب برساند و آیا اقدامات پیشگیرانه موجود کافی است یا لازم است اقدامات بیشتری برای جلوگیری از آسیب انجام گیرد .	
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

هـ	۵	۳	مدیریت مخاطرات شغلی متناسب با فعالیت بخش‌ها و واحدهای مختلف انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- شناسایی، معرفی و اعلام کانون‌های ایجاد خطرات در بخش‌ها و واحدها
- پیشگیری از بروز حوادث وبیماری‌های شغلی
- برآورد خسارات ناشی از بروز حوادث
- کسب آمادگی مقابله با شرایط خطر

سنجه۱ . ارزیابی و ارزشیابی مخاطرات شغلی متناسب با فعالیت بخش‌ها و واحدهای مختلف انجام می شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انجام ارزیابی ریسک کارکنان بیمارستان به تفکیک هر شغل در بخش‌ها و واحد ها	بررسی مستند
۲	تعیین اولویت بندی ریسک‌های شناسائی شده در بخش‌ها و واحد ها	بررسی مستند
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

سنجه ۲. مدیریت کنترل مخاطرات شغلی در محیط کار بر اساس ارزیابی و ارزشیابی به عمل آمده، انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اولویت بندی اقدامات اصلاحی در بخش‌ها و واحد ها	بررسی مستند
۲	کنترل و تعیین‌اقدامات اصلاحی برای کاهش سطح ریسک‌های شناسائی شده	بررسی مستند
۳	ارزیابی اثربخشی روش‌های کنترلی	بررسی مستند و مشاهده
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

سنجه ۳. بیماری‌های شغلی به تفکیک هر بخش/واحد شناسایی و ارزیابی شده و کارکنان مرتبط در خصوص این بیماری‌ها و روش‌های پیشگیری از آنها آموزش دیده اند و براساس آن عمل می کنند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی بیماری‌های شغلی بر اساس سوابق معاینات دوره ای به تفکیک هر بخش/واحد	بررسی مستند
۲	ارزیابی بیماری‌های شغلی به تفکیک هر بخش/واحد	بررسی مستند
۳	تدوین برنامه آموزشی درخصوص بیماری های شغلی وروش های پیشگیری از آنها	بررسی مستند
۴	اجرای برنامه آموزشی درخصوص بیماری های شغلی	بررسی مستند
۵	مداخله لازم در خصوص پیشگیری از بیماری‌های شغلی از طریق نظارت برحسن اجرای برنامه آموزشی و حذف یا کاهش عوامل زیان آور محیط کار فیزیکی، شیمیایی، ارگونومیکی، روانی، در بخش‌ها و واحدها	بررسی مستند
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

سنجه ۴. ثبت، بررسی و تحلیل حوادث و شبه حوادث شغلی، شکواییه‌ها و نظرات بهداشت حرفه ای و طب کار در واحدهای مختلف انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی فرم‌های تکمیل شده ثبت وقوع حوادث یا شبه حوادث و شکواییه های شغلی واحد ها و بخش‌های مختلف بیمارستان توسط کارشناس بهداشت حرفه ای	بررسی مستند
۲	تجزیه و تحلیل علل وقوع حوادث و شبه حوادث و فرم‌های شکواییه توسط کارشناس بهداشت حرفه ای بر اساس روش‌های مربوطه و تهیه شاخص‌های مقایسه ای	بررسی مستند
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

سنجه ۵. پیشگیری از وقوع حوادث و شبه حوادث برنامه ریزی شده و اقدامات اصلاحی و کنترلی در چارچوب زمانی تعیین شده انجام می شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین برنامه پیشگیری از وقوع حوادث و شبه حوادث بر اساس بررسی و تجزیه و تحلیل علل وقوع حوادث	بررسی مستند
۲	اطلاع رسانی برنامه تدوین شده جهت پیشگیری از تکرار وقوع حوادث و شبه حوادث در بخش‌ها و واحدها	بررسی مستند و مصاحبه
۳	مطرح شدن حوادث درکمیته وانجام اقدامات اصلاحی پس از تصویب کمیته	بررسی مستند و مصاحبه
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

هـ ۵ ۴ مدیریت ایمنی مواد شیمیایی در بیمارستان انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- اطمینان از حفظ سلامت انسان و محیط در مقابل اثرات زیانبار مواد شیمیایی
- پیشگیری از استفاده ناایمن و کنترل بروز حوادث شیمیایی در بیمارستان و محیط زیست

سنجه ۱.کتابچه/مجموعه الکترونیک راهنمای استفاده از مواد شیمیایی مورد استفاده در بیمارستان با حداقل های مورد انتظار تدوین و کارکنان مرتبط از محتویات راهنما آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین کتابچه/مجموعه الکترونیک راهنمای استفاده از مواد شیمیایی مورد استفاده در بیمارستان	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان مرتبط یا کارکنان درمعرض خطر	بررسی مستند
۳	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با محتویات راهنما	مصاحبه
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

سنجه ۲. برچسب گذاری مواد شیمیایی برابر دستورالعمل‌های ابلاغی انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برچسب گذاری اطلاعات و مشخصات فنی و بهداشتی مواد شیمیایی بر اساس فرمتGHS[3] بر روی ظروف مواد شیمیایی در بخش‌ها / واحدها*	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان مرتبط از برچسب گذاری اطلاعات و مشخصات فنی و بهداشتی مواد شیمیایی**	مصاحبه
توضیحات	*نظام یکپارچه جهانی طبقه بندی و برچسب گذاری مواد شیمیایی، در این نظام مواد بر حسب نوع خطرات آنها طبقه بندی می شوند. این سیستم برای رویارویی صحیح با خطرات مواد شیمیایی و به منظور اطمینان از کاربرد ایمن مواد در تمامی مراحل از تولید تا استفاده، حمل ونقل و دفع مواد زائد ارتقاء یافته است. ** آموزش کارکنان برای شناخت اطلاعات فنی برچسب گذاری و رعایت اصول ایمنی در بخش‌ها و واحدها انجام شود.	
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

سنجه ۳. استفاده صحیح از برگه های اطلاع‌رسانی در خصوص ایمنی مواد (SDS[4]) انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تهیه فهرست مواد شیمیایی موجود در بیمارستان براساس برگه اطلاعات ایمنی مواد شیمیایی طبق فرمت GHS	بررسی مستند
۲	وجود مشخصات ۱۶ قسمتیSDS *	بررسی مستند
۳	تدوین برنامه آموزشSDS مواد شیمیائی**	بررسی مستند
۴	آگاهی کارکنان مرتبط از برگه اطلاعات ایمنی مواد شیمیایی	مصاحبه
توضیحات	* برگه اطلاعات ایمنی شامل نام ماده شیمیایی، خطرات، ترکیب و اطلاعات مواد تشکیل دهنده، اقدامات کمک های اولیه مواد و سایر قسمت‌ها باشد. ** اگر در بیمارستانی از برگه های ۸ قسمتی MSDS استفاده می شود نیز مورد قبول است. توصیه . تدوین برنامه آموزشی با اولویت نکات ضروری مثل انبارداری، وسایل حفاظت فردی، اطلاعات آتش نشانی و کمک های اولیه انجام شود.	
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

سنجه ۴. برنامه ایمنی شیمیایی برای انبار ها (حمل و نقل، انباشت، چیدمان، توزیع، مصرف و دفع بهداشتی) تنظیم شده است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	دسترسی کارکنان مرتبط به آیین نامه * انبارش مواد شیمیائی	بررسی مستند
۲	مطابقت نحوه انبارش و چیدمان ، حمل و نقل ، توزیع و دفع بهداشتی مواد شیمیائی با آیین نامه	مشاهده
۳	تدوین برنامه آموزش کارکنان در خصوص ایمنی و بهداشت مواد شیمیائی در انبار	بررسی مستند
۴	تطابق عملکرد کارکنان مرتبط با موازین آیین نامه	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* آیین نامه اجرایی کنترل و نظارت بهداشتی بر سموم و مواد شیمیایی موضوع نامه شماره ۳۲۰۰۱ت۱۹۳۷۸ مورخ ۱۳/۶/۱۶	
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

[3] Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals

هـ	۵	۵	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار در امر بهبود ایمنی و سلامت کارکنان برنامه‌ریزی و مشارکت می‌نماید

دستاورد استاندارد

- جلب مشارکت کارکنان و نظارت بر حسن اجرای مقررات حفاظت فنی و بهداشتی در محیط کار
- پیشگیری از حوادث و بیماری‌ها، از طریق طرح مسائل ومشکلات حفاظتی و بهداشتی درجلسات کمیته
- انعکاس تمامی ایرادات و نواقص حفاظتی و بهداشتی و پیشنهادات لازم جهت رفع آنها
- برخورد سیستماتیک، مدرن و سازمان یافته با اصول بهداشت حرفه ای در بیمارستان

سنجه ۱. کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار براساس دستورالعمل اجرایی ابلاغی وزارت بهداشت فعال است.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	دسترسی اعضای اصلی کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، به دستورالعمل کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار*	بررسی مستند
۲	وجود صورتجلسات ماهانه کمیته با امضای اعضای اصلی کمیته طبق آیین نامه کمیته های حفاظت فنی و بهداشت کار**	بررسی مستند
توضیحات	* دستورالعمل اجرایی کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار بیمارستان‌ها به شماره ۱۷۲۶۱۲ /۳۰۶ مورخ ۸۹/۹/۱۷ **اعضای اصلی کمیته شامل رییس بیمارستان یا نماینده تام الاختیار او، مترون بیمارستان، مسئول تجهیزات پزشکی، نماینده کارکنان، مسئول بهداشت حرفه ای و ایمنی بیمارستان، دبیر کمیته بر طبق ماده ۹۳ قانون کار، کارشناس بهداشت حرفه ای می باشد.	
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

سنجه ۲. کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار برنامه‌ریزی آموزشی کارکنان در زمینه ایمنی و سلامت کارکنان انجام، اثربخشی آموزش های ارائه شده در کمیته، بررسی و مداخلات لازم انجام می شود.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نیازسنجی سالانه آموزشی ازکارکنان متناسب با شرایط کاری آنها، از طریق پرسشنامه	بررسی مستند
۲	تدوین برنامه آموز شی بر اساس نیاز سنجی انجام شده، در زمینه ایمنی و بهداشت توسط کمیته	بررسی مستند
۳	بررسی اثربخشی آموزش به کارکنان در کمیته	بررسی مستند و مصاحبه
هدایت کننده	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، مسئول بهداشت حرفه ای	

هـ پیشگیری و بهداشت

هـ –۶)پیشگیری و کنترل عفونت

توضیحات کلی

افزایش روزافزون انتقال عفونت میان بیماران، مراجعین و کارکنان در بیمارستان‌ها همچنان از معضلات مراکز بهداشتی درمانی محسوب می‌گردد، که علاوه بر افزایش میزان مرگ و میر و بروز عوارض جبران ناپذیر، منجر به افزایش هزینه‌های درمانی، طول مدت اقامت بیماران و مقاومت آنتی بیوتیکی نیز می‌گردد. پیشگیری و کنترل عفونت‌های ناشی از خدمات بهداشتی درمانی[1] نیازمند برنامه‌ریزی دقیق، تدوین خط مشی‌ها و روش‌ها، تأمین امکانات و تسهیلات، اجرای دقیق خط مشی‌ها و روش‌ها توسط نیروی انسانی آموزش دیده می‌باشد. همچنین نقش رهبران سازمان در موفقیت برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی اهمیت ویژه ای دارد.

هـ	۶	۱	بهداشت دست‌ها مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت رعایت و بر اجرای آن نظارت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ساده ترین، کم هزینه ترین و موثرترین روش برای پیشگیری و کاهش خطر عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی درمانی
- کاهش هزینه‌های درمانی و مدت اقامت بیماران
- ارتقاء سلامت بیماران، مراجعین و کارکنان

سنجه ۱. خط مشی و روش "ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان /پرستاران و سایر کارکنان بالینی" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان * در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست‌های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	نحوه فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان در روش اجرایی**	بررسی مستند
۸	کسب اطمینان از ارزش گذاری بهداشت دست در محیط بیمارستان در روش اجرایی***	بررسی مستند
۹	پیش‌بینی روش‌های انگیزشی در جهت مشارکت کارکنان در ترویج و ارزش گذاری به اصول رعایت بهداشت دست	بررسی مستند
۱۰	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	بررسی مستند و مشاهده
۱۱	آگاهی کارکنان بالینی در خصوص خط مشی و روش	مصاحبه
۱۲	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	* در کمیته کنترل عفونت و با مشارکت مسئول ایمنی، مسئولان واحدها / بخش‌ها و نمایندگان گروه پزشکان تدوین می‌گردد؛ طبق نامه شماره ۲/۲۰۷۵/س مورخ ۱۳۸۸/۳/۱۲ و ویرایش سال ۱۳۹۲ وزارت بهداشت در خصوص رعایت بهداشت دست. **از طریق ارائه آموزش‌ها به کارکنان، بیماران و مراجعین و استفاده مؤثر از ابزارهای رسانه ای (پوستر، پمفلت آموزشی، فیلم و....) ***از طریق ترویج رفتارهای اثربخش توسط افراد مؤثر و الگو در بین کارکنان
هدایت کننده	کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان

[1] Health-Care Associated Infections (HAI)

سنجه ۲. بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص بهداشت دست‌ها توسط کارکنان مرتبط رعایت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	موجود و در دسترس بودن دستورالعمل بهداشت دست‌ها* برای کارکنان	بررسی مستند
۲	آموزش کلیه کارکنان در خصوص دستورالعمل بهداشت دست	بررسی مستند
۳	مطلع بودن کارکنان از دستورالعمل بهداشت دست	مصاحبه
۴	رعایت بهداشت دست توسط کارکنان بالینی**	مشاهده
توضیحات	* نامه شماره ۲/۲۰۷۵/س مورخ ۱۳۸۸/۳/۱۲ و ویرایش سال ۱۳۹۲ وزارت بهداشت، درخصوص رعایت بهداشت دست ** اصول بهداشت دست توسط کارکنان در موارد ذیل رعایت می‌شود: • شستن دست‌ها با آب و صابون • ضدعفونی کردن دست‌ها • آماده سازی دست‌ها برای اعمال جراحی (تهاجمی و نیمه تهاجمی)	
هدایت کننده	کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسای بخش ها و سرپرستاران	

سنجه ۳. براساس چک لیست، میزان رعایت و پذیرش بهداشت دست در تمام بخش‌ها/واحدهای درمانی ارزیابی می‌شود		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	آگاهی سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت از دستورالعمل، چک لیست تخصصی* و نحوه ارزیابی، میزان رعایت و پذیرش بهداشت دست**	مصاحبه
۲	انجام ارزیابی‌ها توسط سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت طبق برنامه زمان‌بندی*** و ارائه گزارش ارزیابی ****	بررسی مستند
۳	بررسی نتایج ممیزی بهداشت دست در کمیته کنترل عفونت	بررسی مستند
۴	ارائه نتایج ارزیابی به واحدها / بخش‌های مربوطه	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* بخشنامه ۴۰۹/۱۳۳۳۱د مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۲۳ مدیر کل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت ** رابطین کنترل عفونت و سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت مطابق با دستورالعمل "اندازه گیری میزان رعایت پذیرش بهداشت دست" وزارت بهداشت در خصوص نحوه ارزیابی میزان رعایت بهداشت دست، آموزش دیده و آگاهی دارند. *** در کمیته کنترل عفونت بر اساس رسالت هر بخش و تعداد تخت بیمارستان زمان‌بندی انجام ارزیابی‌ها مشخص شده است. بازه ارزیابی حداقل سالیانه و در مقطع چهار هفته ای می‌باشد. **** گزارش ارزیابی شامل میزان پذیرش براساس گروه‌های حرفه ای و اندیکاسیون‌های بهداشت دست(۵ موقعیت) می‌باشد.	
هدایت کننده	کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان	

سنجه ۴. اسکراب دست منطبق با آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، جهت تمام اقدامات تهاجمی انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	آگاهی جراحان، پرستاران اسکراب، ماماها، در اتاق‌های عملِ بستری و سرپایی از مفاد راهنمای بهداشت دست*	مصاحبه
۲	وجود امکانات لازم جهت اسکراب جراحی مطابق با راهنمای رعایت بهداشت دست در اتاق‌های عملِ بستری و سرپایی	مشاهده و مصاحبه
۳	وجود لیست اقدامات تهاجمی در بخش‌های بستری و سرپایی مطابق با آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت**	بررسی مستند
۴	آگاهی کارکنان بالینی از لیست اقدامات تهاجمی اختصاصی بخش مربوط	مصاحبه
۵	انجام اسکراب دست توسط پزشکان، پرستاران، تکنسین‌ها قبل از اعمال جراحی و اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی***	مشاهده
توضیحات	* دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت طی نامه شماره ۱۰۷۵۷/ ۴۰۹د مورخ ۱۳۹۳/۶/۱۲ درخصوص راهنماهای ایمنی بیمار ** نامه شماره ۴۰۰/۱۲۸۴۳د مورخ ۱۳۹۵/۴/۲۷درخصوص دستورالعمل راهنماهای ایمنی بیمار مرتبط با استانداردهای اعتباربخشی ***در بخش‌های آنژیوگرافی، آندوسکوپی و بخش‌های بستری که اقدامات تهاجمی در آن انجام می‌شود.	
هدایت کننده	روسا و سرپرستاران بخش‌های اتاق عمل، اسکوپی‌ها و آنژیوگرافی	

هـ ۶ ۲ کارکنان از وسایل حفاظت فردی به صورت ایمن استفاده می‌نمایند.

دستاورد استاندارد

- ارتقاء ایمنی کارکنان
- کاهش خطر انتقال میکروارگانیسم‌ها در بیمارستان و ایمنی بیماران و مراجعین

سنجه ۱. دستورالعمل "استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل *	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط**	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط*** از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* با توجه به کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی و آخرین دستورالعملهای وزارت بهداشت طی نامه شماره ۳۰۴/۲۶۸۷د مورخ ۱۳۹۲/۳/۱۸ کوروناویروس و راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی (فصل ۴) تدوین گردد. در دستورالعمل با توجه به نوع مراقبت (تماسی- قطره ای و هوابرد)، وسایل حفاظت فردی لازم ذکر شده و ترتیب و نحوه پوشیدن و خارج کردن وسایل نیز ذکر شود. این دستورالعمل با مشارکت اعضاء کمیته کنترل عفونت تدوین می‌شود. ** با توجه به نوع مراقبت (تماسی- قطره ای و هوابرد)، وسایل حفاظت فردی شناسایی و در بخش‌های بستری با توجه به نوع مراقبت موجود، ورودی اتاق‌های ایزوله و بخش‌های بستری بیماران با نقص سیستم ایمنی/ پیوند / شیمی درمانی برای کارکنان و مراقبت دهندگان بیماران تأمین شده است. *** کلیه کارکنان بالینی و گروه خدمات	
هدایت کننده	کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا/ مسئولان و سرپرستاران، مسئول بهداشت حرفه ای و سلامت کارکنان	

سنجه ۲. تمام افرادی که با بیمار در تماس هستند، طبق دستورالعمل "استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت" اصول حفاظت فردی را رعایت می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	در دسترس بودن امکانات وسایل حفاظت فردی برای تمام افرادی که با بیمار در تماس هستند	مصاحبه و مشاهده
۲	آگاهی افراد در تماس با بیمار در خصوص استفاده از وسایل حفاظت فردی	مصاحبه
۳	رعایت احتیاطات استاندارد و احتیاطات ایزولاسیون طبق مفاد دستورالعمل توسط افراد در تماس با بیمار	مشاهده
توضیحات	* افرادی که با بیمار در تماس هستند شامل مراقبت دهندگان به بیمار و ملاقات کنندگان می‌باشند. مراقبت دهندگان می‌توانند حرفه‌ای (کارکنان بالینی) و یا غیر حرفه ای مانند همراهان بیمار باشند. توصیه ۱. موقعیت‌های استفاده از ماسک N_{95} برای مراقبت از بیماران و قبل از انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسل در کمیته کنترل عفونت تعیین شده است و به تعداد کافی در دسترس بخش‌ها / واحدها قرار دارد و کارکنان و افرادی که با بیمار در تماس هستند قبل از مواجهه با بیمار از آن استفاده می‌کنند. توصیه ۲. در دسترس بودن امکانات وسایل حفاظت فردی در ورودی اتاق‌های ایزوله و بخش‌های بیماران با نقص سیستم ایمنی/ پیوند / شیمی درمانی/ رادیودرمانی و بخش‌های بستری با توجه به نوع بیماری و مراقبت موجود برای مراقبت کنندگان / ملاقات کنندگان بیمار	
هدایت کننده	کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان ، سرپرستاران و مسئولان بخش‌های تشخیصی و درمانی، مسئول بهداشت حرفه ای	

۸	۶	۳	مدیریت مواجهه شغلی برای کارکنان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ارتقاء ایمنی کارکنان
- کاهش هزینه‌های بیمارستان
- حمایت از بیماران با سابقه مواجهه شغلی

سنجه ۱. روش اجرایی "مدیریت مواجهه شغلی" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐لزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	پیش‌بینی اقدامات پیشگیری مواجهه شغلی در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	پیش‌بینی اقدامات درمان مواجهه شغلی در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	پیش‌بینی اقدامات پیگیری مواجهه شغلی در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۰	آگاهی کارکنان مرتبط** از روش اجرایی	مصاحبه
۱۱	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۱۲	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	* با مشارکت اعضاء کمیته کنترل عفونت بیمارستان و مسئول بهداشت حرفه‌ای تدوین می‌شود. ** کلیه کارکنان بالینی و گروه خدمات - اقدامات پیشگیری شامل: ارزیابی تیتر آنتی‌بادی و تعیین افرادی که به واکسیناسیون پاسخ نداده اند و اتخاذ تمهیدات لازم برای چینش نیروها و کسانی که تیتر پایین آنتی‌بادی(ایمنی کمتر) دارند - آموزش کارکنان - تشکیل پرونده بهداشتی و معاینات شغلی در بدو شروع به کار - دسترسی کارکنان به آخرین دستورالعمل‌ها – وجود پوستر / فلوچارت و سایر روش‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی مدیریت مواجهه شغلی - تامین امکانات کافی حفاظت فردی و Safety Box - اقدامات درمان شامل: پیش‌بینی فرآیند ارزیابی متخصص عفونی بلافاصله پس از مواجهه‌های پرخطر و تامین ویال‌های ایمونوگلوبولین مورد نیاز آنها جهت مدیریت مواجهه شغلی افراد non-response و کسانی که تیتر پایین آنتی‌بادی دارند. - اقدامات پیگیری شامل: اقداماتِ بعد از مواجهه شغلی در خصوص نحوه انجام آزمایشات / استفاده از آنتی ویروسها - مواجهه شغلی، کارکنان با خطر سرایت عفونت‌های HBV، HCV یا HIV با یکی از سه احتمال تماس زیر رخ می‌دهد: ۱- مواجهه از راه پوست (مثلاً فرو رفتن سوزن به پوست یا انسان گزیدگی‌ها ۲- مواجهه غشاهای مخاطی (مثلاً پاشیدگی مایعات آلوده به چشم، بینی یا دهان) ۳- مواجهه پوست ناسالم (مثلاً پوستی که بریده یا خراشیده، ترک خورده یا دچار درماتیت است)
هدایت کننده	کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، مسئول بهداشت حرفه ای و سلامت کارکنان

سنجه ۲ . کمیته کنترل عفونت نتایج مواجهه شغلی را بررسی و اقدامات اصلاحی / بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌نماید.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	بررسی و تحلیل موارد ثبت شده مواجهه شغلی در جلسات کمیته کنترل عفونت	بررسی مستند
۳	طراحی اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه *	بررسی مستند
۴	ابلاغ برنامه تدوین شده جهت اجرا به واحدها / بخش‌های مرتبط	بررسی مستند
۵	مطلع بودن مسئولان واحدها / بخش‌ها از برنامه و نقش واحد مربوط	مصاحبه
۶	اجرای برنامه تدوین شده طبق زمان‌بندی	مشاهده-مصاحبه
توضیحات	* اعضاء کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت مسئول بهداشت حرفه ای و سلامت کارکنان، نتایج مواجهه شغلی را در کمیته بررسی نموده و اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه را طراحی و توسط کمیته به بخش‌ها/ واحدهای مرتبط ابلاغ می‌گردد.	
هدایت کننده	اعضاءکمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، مسئول بهداشت حرفه ای و سلامت کارکنان	

۸	۶	۴	خطر انتقال شایع عفونت به بیماران، ناشی از ارائه خدمات مراقبتی به صورت برنامه‌ریزی شده پیشگیری و کنترل می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ارتقاء ایمنی بیماران
- کاهش هزینه‌های درمانی
- کاهش متوسط اقامت بیماران در بیمارستان

سنجه ۱. روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت‌های موضع جراحی یا محل نمونه برداری" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی *	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان **در تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۳	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط*** با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند و مصاحبه
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* در تدوین روش‌های اجرایی از کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت استفاده شود. ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت روسا و مسئولان بخش‌های جراحی و اتاق عمل *** کارکنان بالینی	
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی و اتاق عمل	

سنجه ۲. روش اجرایی "پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد می‌شود،" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی *	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان **در تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۳	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط ***با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند و مصاحبه
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* در تدوین روش‌های اجرایی از کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت استفاده شود. ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت با مشارکت متخصصین بیهوشی و مسئولان بخش‌های ویژه *** کارکنان بالینی	
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی	

سنجه ۳ : روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت‌های کتترهای عروقی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی *	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان **در تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۳	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط ***با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند و مصاحبه
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* در تدوین روش‌های اجرایی از کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت استفاده شود. ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها *** کارکنان بالینی	
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های مرتبط	

سنجه ۴. روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت‌های کتترهای ادراری " تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی *	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان **در تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۳	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط *** با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند و مصاحبه
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* در تدوین روش‌های اجرایی از کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت استفاده شود. ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها *** کارکنان بالینی	
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی	

سنجه ۵. روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت اقدامات درمانی و اسکوپی‌ها" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی *	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان **در تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۳	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط ***با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند و مصاحبه
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* در تدوین روش اجرایی حداقل در مورد نحوه پاک‌سازی، ضدعفونی و استریلیزاسیون تجهیزات اسکوپی، ضرورت استفاده از وسایل یکبارمصرف در حین اسکوپی‌ها (با توجه به نامه شماره ۴۰۰/۳۵۰۵د مورخ ۱۳۹۱/۳/۱۳ وزارت بهداشت در خصوص ضرورت نظارت بر استفاده مجدد از وسایل یکبارمصرف)، نحوه نگهداری تجهیزات اسکوپی و پایش فرایندهای ضدعفونی و استریلیزاسیون با توجه به کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی اشاره گردد. ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها و مسئولان بخش‌های اسکوپی *** کارکنان بالینی	
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های مرتبط	

سنجه ۶. روش اجرایی "مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها" حداقل شامل پروتکل تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعمل‌های مصرف آنتی‌بیوتیک برای عفونت‌های مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی‌بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی، تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی *	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان **در تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۳	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط ***با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند و مصاحبه
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	* در تدوین روش اجرایی از کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی استفاده شود و حداقل شامل پروتکل تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعمل‌های مصرف آنتی‌بیوتیک برای عفونت‌های مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی‌بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی، مد نظر قرار گیرد. ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت مدیر دارویی و پزشکان متخصص داخلی، جراحی، بیهوشی و مسئول فنی آزمایشگاه در بیمارستان‌های تک تخصصی متخصصین رشته مربوطه و روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها تدوین می‌شود. *** کارکنان بالینی
هدایت کننده	معاون درمان، اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی

سنجه ۷. روش اجرایی "حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می‌نمایند.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی *	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان ** در تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۳	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط *** با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند و مصاحبه
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	* در تدوین روش‌های اجرایی از کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت استفاده شود و حداقل شامل موارد رعایت احتیاطات استاندارد، آموزش کارکنان و بیماران و شرایط خاص استفاده از اتاق ایزوله فشار مثبت، جهت بیماران پیوند اعضاء تدوین گردد. ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها *** کارکنان بالینی
هدایت کننده	معاون درمان، اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی مرتبط

سنجه ۸. در موارد الزام برای انجام کشت براساس دستورالعمل ابلاغی اقدام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	دسترسی کارکنان مرتبط به دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت *	مصاحبه و مشاهده
۲	رعایت نمونه برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاه‌ها طبق مفاد دستورالعمل	بررسی مستند
توضیحات	* براساس بخشنامه ابلاغی ۱۱۴/۱۲۱۴۵ب مورخ ۱۳۸۷/۱/۱۲ رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، نمونه برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاه‌ها بصورت روتین انجام نمی‌شود و تنها بر اساس تشخیص کمیته کنترل عفونت بیمارستان در موارد خاص (در مواقع بروز طغیان عفونت بیمارستانی، نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک) باید انجام گیرد.	
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، مسئول فنی و سوپروایزر آزمایشگاه	

سنجه ۹ : معیارهای" ایزولاسیون بیماران با بیماری‌های واگیردار احتمالی" طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت رعایت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	دسترسی کارکنان مرتبط به دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت *	مصاحبه و بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان بالینی از دستورالعمل	مصاحبه
۳	وجود اتاق ایزوله معمولی و امکانات و تجهیزات لازم	مشاهده
۴	وجود اتاق ایزوله فشار منفی و امکانات و تجهیزات لازم	مشاهده
۵	استفاده صحیح از اتاق ایزوله معمولی و فشار منفی براساس شرایط بیماران	مشاهده
توضیحات	*بخش‌نامه ۳۰۴/۲۳۱۷ مورخ ۱۳۹۳/۷/۲۹ رئیس مرکز مدیریت بیماریهای واگیر و چک لیست مربوطه	
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی	

ه	۶	۵	بیمارستان از نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت پیروی می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- کاهش میزان خطر عفونت‌های بیمارستانی
- ارتقاء ایمنی بیمار، کارکنان و مراجعین
- کاهش هزینه‌های درمانی
- کاهش مقاومت میکروبی

سنجه ۱. روش اجرایی "شناسایی و گزارش دهی عفونت‌های بیمارستانی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی *	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان **در تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۳	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط ***با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند و مصاحبه
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* روش اجرایی با توجه به کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی تدوین گردد. ** توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان با مشارکت روسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها *** کارکنان بالینی	
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی	

سنجه ۲. اطلاعات لازم از طریق نرم افزار گزارش دهی عفونت‌های بیمارستانی در ایران[1] به صورت ماهیانه گزارش دهی می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	نصب نرم افزار گزارش‌دهی عفونت‌های بیمارستانی در ایران بر روی کامپیوتر سوپروایزر/پرستارکنترل عفونت‌های بیمارستانی	مصاحبه و مشاهده
۲	ورود اطلاعات مربوط به عفونت‌های بیمارستانی به نرم افزار	مشاهده
۳	گزارش‌گیری ماهیانه از خروجی نرم افزار و گزارش دهی ماهیانه میزان عفونت‌های بیمارستانی	مشاهده
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزر/ پرستار کنترل عفونت‌های بیمارستانی	

[1] National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS)

سنجه ۳. بررسی و تحلیل روند عفونت‌های بیمارستانی درکمیته کنترل عفونت به صورت منظم انجام می‌شود و اثربخشی اقدامات انجام شده در کاهش خطر عفونت‌های بیمارستانی ارزیابی می‌شود و اقدامات اصلاحی/ بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	گزارش منظم میزان عفونت‌های بیمارستانی * توسط تیم کنترل عفونت به کمیته کنترل عفونت	بررسی مستند
۲	بررسی و تحلیل نتایج عفونت‌های بیمارستانی	بررسی مستند
۳	تدوین اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت درکمیته کنترل عفونت و ابلاغ برنامه به مسئولان مرتبط جهت اجرا	بررسی مستند
۴	مطلع بودن مسئولان واحدها / بخش‌ها از برنامه و نقش واحد خود	مصاحبه
۵	اجرای برنامه تدوین شده طبق زمان‌بندی	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* حداقل سه ماه یک بار و به تفکیک ۴ نوع عفونت شایع بیمارستانی	
هدایت کننده	تیم کنترل عفونت و کمیته کنترل عفونت، مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیماران	

سنجه ۴. نتایج مقاومت‌های میکروبی توسط آزمایشگاه به کمیته کنترل عفونت گزارش شده و بررسی و تحلیل مقاومت میکروبی به صورت منظم انجام و براساس آن اقدامات اصلاحی / بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	گزارش نتایج مقاومت‌های میکروبی توسط آزمایشگاه در فواصل زمانی معین*	بررسی مستند
۲	بررسی و تحلیل گزارشات و تدوین اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت در کمیته کنترل عفونت**	بررسی مستند
۳	ابلاغ برنامه‌های تدوین شده به مسئولان مرتبط جهت اجرا	بررسی مستند
۴	مطلع بودن مسئولان واحدها / بخش‌ها از برنامه و نقش واحد خود	مصاحبه
۵	اجرای برنامه تدوین شده طبق زمان‌بندی	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*حداق سه ماه یکبار ** با استفاده از نرم افزارهای معتبر یا محاسبه دستی توصیه. در صورت شیوع مقاومتهای میکروبی در یک بیمارستان و جهت هشدار با سایر بیمارستان‌های منطقه، گزارش آن و نوع مقاومت میکروبی به کمیته کنترل عفونت دانشگاه ارائه گردد.	
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، مسئول فنی آزمایشگاه	

سنجه ۵. کمیته کنترل عفونت با محوریت کنترل عفونت بر رعایت دستورالعمل‌ها و روش‌های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان و سایر الزامات ابلاغی وزارت بهداشت، نظارت نموده و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود تدوین و بر اجرای آن نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین چک لیست براساس دستورالعمل‌های ابلاغی توسط تیم کنترل عفونت بیمارستان و تصویب کمیته کنترل عفونت*	بررسی مستند
۲	انجام ارزیابی بخش‌ها / واحدهای مرتبط براساس چک لیست و برنامه زمان‌بندی انجام شده	بررسی مستند
۳	بررسی و تحلیل نتایج ارزیابی‌ها در کمیته کنترل عفونت	بررسی مستند و مصاحبه
۴	تدوین اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت و ابلاغ برنامه به بخش‌ها / واحدهای مرتبط	بررسی مستند
۵	مطلع بودن مسئولان واحدها / بخش‌ها از برنامه و نقش واحد خود	مصاحبه
۶	نظارت تیم کنترل عفونت بر اجرای برنامه طبق زمان‌بندی وگزارش پایش برنامه به کمیته کنترل عفونت	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*چک لیست با هدف ارزیابی دستورالعمل‌های ابلاغی و روش‌های اجرایی تپیشگیری و کنترل تدوین شده توسط بیمارستان موضوع استانداردهای این محور تدوین می‌شوند.	
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان و مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیماران	

سنجه۶. کمیته کنترل عفونت، گزارش بیماری‌های واگیر را مطابق مقررات الزامی شده را شناسایی و توسط تیم کنترل عفونت به مراجع ذیربط گزارش دهی می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	شناسایی موارد قابل گزارش بیماریهای واگیردار توسط کمیته کنترل عفونت براساس دستورالعمل	بررسی مستند
۲	در دسترس بودن لیست بیماری‌های واگیردار مشمول گزارش دهی برای کارکنان مرتبط	مصاحبه
۳	گزارش بیماریهای واگیر مشمول گزارش دهی توسط کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۴	گزارش بیماریهای واگیر مشمول گزارش دهی به مراجع ذیربط توسط تیم کنترل عفونت	بررسی مستند
توضیحات	فهرست بیماری‌های واگیر مشمول گزارش دهی نظام مراقبت بیماریها و چگونگی گزارش دهی آنها که توسط مرکز مدیریت بیماریهای وزارت بهداشت ارسال گردیده به شرح ذیل می‌باشد : الف ـ بیماری‌های مشمول گزارش فوری (تلفنی) شامل وبا، فلج شل حاد، سیاه سرفه، سرخک، سندرم سرخجه مادرزادی، دیفتری، کزاز نوزادان، منتژیت، طاعون، تیفوس، تب زرد، مالاریا، بوتولیسم، سیاه زخم تنفسی، هر نوع حیوان گزیدگی، تب‌های خونریزی دهنده ویروسی (CHFF)، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی (مرگ، بستری در بیمارستان، آبسه، لنف آدنیت و هر عارضه‌ای که منجر به نگرانی عمومی شود) و افزایش ناگهانی هر بیماری واگیر (طغیان یا همه گیری) ب ـ بیماری‌های مشمول گزارش غیر فوری (کتبی) سل، جذام، کزاز بالغین، ایدز و عفونت HIV، بیماری‌های مقاربتی، انواع هپاتیت‌های ویروسی، تیفوئید، شیگلوزیس، لپتوسپیروزیس، سیاه زخم جلدی، کالاآزار، سالک، تب مالت، فاسیولیازیس، شیستوزومیازیس، تب راجعه، کیست هیداتید، پدیکولوز، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی غیر از موارد فوری.	
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان	

۸	۶	۶	ممیزی کنترل عفونت از بخش‌ها/واحدها انجام شده و نتایج به واحدها و مدیران ارشد گزارش می‌شود.

دستاورد استاندارد

- بررسی عملکرد بخش‌ها و دستیابی به مشکلات و چالش‌های اجرای برنامه‌های کنترل عفونت در بخش‌ها / واحدها
- تدوین برنامه بهبود جهت کاهش خطر عفونت‌های بیمارستانی

سنجه ۱ : ممیزی بخش‌ها/ واحدها درموضوع اصول کنترل عفونت براساس چک لیست‌های معین* انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین چک لیست ممیزی جهت بخش‌ها / واحدهای بیمارستان توسط تیم کنترل عفونت	بررسی مستند
۲	تایید چک لیست‌ها در کمیته کنترل عفونت و تعیین زمان‌بندی انجام ممیزی	بررسی مستند
۳	انجام ممیزی توسط تیم کنترل عفونت براساس چک لیست‌ها طبق زمان‌بندی مصوب کمیته	بررسی مستند
توضیحات	توصیه ۱. براساس فعالیت‌های اختصاصی برای هر بخش/ واحد چک لیست‌های اختصاصی تدوین شود. توصیه ۲. در طراحی چک لیست بر ارزیابی ساختارهای لازم برای اجرای فرایندهای کنترل عفونت (امکانات و تجهیزات، منابع انسانی، دستورالعمل‌ها و روش‌های لازم) مد نظر باشد. توصیه ۳. در طراحی چک لیست بر ارزیابی اجرای صحیح فرایندها به تفکیک نوع مراقبت‌های ارائه شده در بیمارستان و براساس آخرین دستورالعمل‌های کنترل عفونت مد نظر باشد	
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان	

سنجه ۲. تیم کنترل عفونت نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی و ممیزی‌های انجام شده را به کمیته کنترل عفونت و مسئولان بخش‌ها / واحدهای مربوطه گزارش می‌دهند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	گزارش نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی و نتایج ممیزی‌های انجام شده به کمیته توسط تیم کنترل عفونت	بررسی مستند
۲	گزارش نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی و ممیزی‌های انجام شده به بخش‌ها/ واحدهای مربوطه	بررسی مستند
۳	در دسترس بودن نتایج عفونت‌های بیمارستانی و مطلع بودن مسئولان بخش‌ها/ واحدها از نتایج واحد خود	بررسی مستند و مصاحبه
۴	در دسترس بودن نتایج ممیزی کنترل عفونت و مطلع بودن مسئولان بخش‌ها/ واحدها از نتایج واحد خود	بررسی مستند و مصاحبه
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان	

۶ ۷ شاخص‌های لازم برای کاهش خطر عفونت‌های بیمارستانی تعیین، پایش و مداخلات اصلاحی صورت می‌گیرد.

دستاورد استاندارد

- پایش عملکرد بیمارستان در خصوص کنترل عفونت‌های بیمارستانی و بررسی وضعیت موجود
- ارتقاء شاخص‌ها و ایمنی بیمار، کارکنان، مراجعین

سنجه ۱. کمیته کنترل عفونت شاخص‌هایی برای پایش عملکرد فعالیت‌های کنترل عفونت تعیین و با نظارت تیم کنترل عفونت پایش و ارزیابی شده و نتایج به این کمیته گزارش می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تعیین شاخص‌های عملکردی کنترل عفونت توسط کمیته کنترل عفونت با مشارکت اعضاءکمیته*	بررسی مستند
۴	پایش شاخص‌ها در محدوده زمانی تعیین شده توسط مسئول جمع آوری نتایج شاخص‌ها	بررسی مستند
۵	گزارش نتایج شاخص‌های عملکردی کنترل عفونت طبق زمانبندی توسط تیم کنترل عفونت به کمیته کنترل عفونت	بررسی مستند
توضیحات	* با توجه به کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی شاخص‌ها تدوین می‌شود و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد : ✓ میزان عفونت‌های بیمارستانی براساس نوع عفونت، نوع اقدامات تهاجمی، نوع بخش ✓ تعداد مواجهات شغلی ✓ میزان رعایت بهداشت دست ✓ میزان رعایت استفاده از وسایل حفاظت فردی	
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان	

سنجه ۲ . کمیته کنترل عفونت براساس گزارش نتایج شاخص‌های عملکرد کنترل عفونت اقدام اصلاحی /برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌نماید و تیم کنترل عفونت بر اجرای آن نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	بررسی و تحلیل نتایج شاخص‌ها درکمیته کنترل عفونت	بررسی مستند
۲	تدوین اقدامات اصلاحی / برنامه بهبودکیفیت و ابلاغ به بخش‌ها/ واحدهای مرتبط	بررسی مستند
۳	مطلع بودن مسئولان بخش‌ها / واحدهای مرتبط از برنامه‌ها و نقش واحد خود	مصاحبه
۴	اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت طبق زمان‌بندی و نظارت کمیته کنترل عفونت بر اجرای صحیح آن‌ها	مصاحبه
هدایت کننده	اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان ، مسئولان واحدها / بخش‌ها	

و. مدیریت خدمات پاراکلینیک

و–۱)مدیریت آزمایشگاه

بر اساس آیین نامه تاسیس و اداره امور آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی، تمامی فرآیندهای آزمایشگاه بایستی تحت نظارت مسئول فنی واجد شرایط صورت پذیرد. لذا ارزیابی آزمایشگاه منوط به بکارگیری و اشتغال مسئول فنی واجد شرایط در آزمایشگاه است. در غیر این صورت امتیاز این محور صفر محاسبه خواهد شد. دستورالعمل‌های پایه آزمایشگاهی، شامل ۵ دستورالعمل از جمله دستورالعمل مستندسازی در آزمایشگاه است و درسنجه‌ها به آن اشاره شده است، در تاریخ ۱۳۸۶/۶/۳۱ به شماره ۱۰/۵۵۰۰/س ابلاغ گردیده است و اجرای آن برای کلیه آزمایشگاه‌ها الزامی است.

و	۱	۱	مدیریت نمونه‌های آزمایشگاه با رعایت اصول کیفی به صورت برنامه‌ریزی شده، انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از خطاهای قبل از انجام آزمایش
- ارتقای ایمنی بیماران در مراحل تشخیص و درمان‌های متعاقب آن

سنجه ۱ فهرست آزمایش‌های مستلزم ناشتایی و سایر آمادگی‌های لازم مشخص شده و آمادگی بیماران متناسب با آن بررسی و اقدام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین فهرست* آزمایش‌هایی که نمونه‌گیری آن‌ها نیازمند رعایت مواردی مانند پرهیز غذایی و دارویی است	بررسی مستند
۲	دسترسی کارکنان بخش‌های نمونه‌گیری و پذیرش به فهرست* آزمایش‌ها و آمادگی‌های لازم برای نمونه برداری	مشاهده
۳	آگاهی کارکنان **بخش‌های پذیرش و نمونه‌گیری از آزمایش‌های مستلزم ناشتایی و سایر آمادگی‌ها	مصاحبه
۴	انجام نمونه‌گیری برای آزمایش‌های نیازمند به ناشتایی و سایر آمادگی‌ها با رعایت الزامات تعیین شده ***	مصاحبه و مشاهده
توضیحات	*این فهرست توسط مسئول فنی با مشارکت سوپروایزر یا کارکنان مرتبط تدوین گردیده است **مسئول فنی آموزش‌های لازم در این خصوص را به کارکنان بخش پذیرش و نمونه‌گیری و کارکنانی که در بخش‌ها اقدام به نمونه‌گیری می‌نمایند ارائه نموده است و از صلاحیت آنان برای این امر اطمینان حاصل کرده است. ***آمادگی بیماران در بخش‌های بستری توسط پرستاران توضیح داده می‌شود و کارکنانی نمونه برداری بایستی قبل از نمونه برداری از رعایت آن اطمینان حاصل کند.	
هدایت کننده	مسئول فنی،کارشناس مسئول آزمایشگاه	

سنجه ۲. مدت پایداری انواع نمونه و آزمایش‌ها تا زمان انجام آزمایش مشخص شده و رعایت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین جدول راهنمای مدت پایداری انواع نمونه و آزمایش‌ها و شرایط نگهداری تا زمان انجام آزمایش	بررسی مستند
۲	ارسال جدول راهنمای مدت پایداری انواع نمونه و آزمایش‌ها به بخش‌های بستری و اورژانس	مشاهده
۳	دسترسی و آگاهی کارکنان مسئول نمونه‌گیری در بخش‌ها به جدول راهنمای مدت پایداری انواع نمونه و آزمایش‌ها	مشاهده و مصاحبه
۴	رعایت فاصله زمانی قابل قبول از نمونه‌گیری تا انجام آزمایش بر اساس جدول راهنمای مدت پایداری انواع نمونه و آزمایش‌ها*	مشاهده
توضیحات	*محاسبه زمان قابل قبول برای پذیرش نمونه از نمونه‌گیری تا انجام آزمایش براساس ساعت نمونه برداری درج شده بر روی ظرف نمونه و ساعت ورود نمونه به آزمایشگاه محاسبه می‌شود. البته منوط به انتقال بلافاصله نمونه برای انجام آزمایش، در غیر این صورت این زمان تا زمان انجام آزمایش محاسبه می‌شود. توصیه ۱. نصب جدول راهنمای مدت پایداری انواع نمونه و آزمایش‌ها و شرایط نگهداری تا زمان انجام آزمایش در محل تحویل نمونه‌های ارسالی از بخش‌ها در آزمایشگاه. توصیه ۲. در جدول راهنمای مدت پایداری انواع نمونه و آزمایش‌ها علاوه بر شرایط نگهداری و زمان قابل قبول از نمونه‌گیری تا انجام آزمایش، در خصوص نحوه انتقال امن و ایمن نمونه‌ها به آزمایشگاه نیز اشاره شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه	

سنجه ۳. برچسب بر روی ظروف حاوی نمونه دارای حداقل شامل: دو نشانه برای شناسایی و تعیین هویت بیمار، تاریخ و زمان دقیق نمونه‌گیری، بخش و شماره تخت و نوع یا گروه آزمایش در مورد بیمار بستری می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑اساسی ☐ ایده‌آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☑ سایر	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اطلاع‌رسانی به بخش‌های بستری در خصوص نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه‌های آزمایش	مصاحبه
۲	آگاهی کارکنان بخش‌های بستری به نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه‌های آزمایش	مصاحبه
۳	تعیین هویت بیمار حداقل با دو کد شناسایی* روی ظروف حاوی نمونه بیماران بستری	مشاهده
۴	ثبت زمان دقیق نمونه‌گیری** روی ظروف حاوی نمونه بیماران بستری	مشاهده
۵	درج آزمایشات درخواستی یا گروه آزمایش روی ظروف حاوی نمونه بیماران بستری	مشاهده
۶	قید نام نمونه گیر بر روی ظروف حاوی نمونه بیماران بستری***	مشاهده
توضیحات	*بر اساس بخش نامه ابلاغی وزارت بهداشت در استاندارد ب-۱-۶ محور مراقبت‌های عمومی بالینی. **تاریخ، ساعت و دقیقه نمونه برداری توصیه. دستورالعمل نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه‌ها توسط مسئول فنی با مشارکت سوپروایزر و کارکنان مرتبط تدوین شود و به صورت مکاتبه رسمی به بخش‌های بالینی اطلاع‌رسانی شود. ***قید نام نمونه گیر صرفا برای نمونه های ارسالی به بانک خون جهت تعیین گروه و کراسماچ الزامی است. ❖ درصورت ذکر حداقل دو شناسه و سایر اطلاعات تعیین شده در استاندارد، ذکر شماره تخت الزامی نیست.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول،سوپروایزر آزمایشگاه و سرپرستاران	

سنجه ۴. در بخش نمونه برداری آزمایشگاه، در خصوص جمع‌آوری نمونه توسط بیماران آموزش‌های لازم ارائه می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود راهنماهای مکتوب در بخش نمونه‌گیری آزمایشگاه و بخش‌های بستری، درخصوص نحوه جمع‌آوری نمونه‌هایی که توسط بیماران یا پرستاران جمع‌آوری می‌شوند *	بررسی مستند
۲	ارائه توضیحات به زبان ساده و قابل فهم به بیماران درخصوص نحوه جمع‌آوری نمونه‌هایی که توسط آن‌ها جمع‌آوری می‌شود توسط پرستار یا متصدی نمونه‌گیری آزمایشگاه	مصاحبه و مشاهده
۳	آگاهی بیماران، همراهان از نحوه جمع‌آوری نمونه‌هایی که بایستی توسط خود آن‌ها جمع‌آوری شود	مصاحبه
توضیحات	*مانند نمونه‌های ادرار ۲۴ ساعته و سایر مواردی که نمونه برداری توسط بیماران، همراهان انجام می‌شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و سرپرستاران	

سنجه ۵. معیارهای پذیرش (رد و قبول) نمونه‌های ارسالی از سایر بخش‌ها و مراکز خارج از آزمایشگاه تعیین شده و براساس آن اقدام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین معیارهای رد یا قبول نمونه توسط مسئول فنی آزمایشگاه	بررسی مستند
۲	کارکنان نمونه‌گیری و پذیرش آزمایشگاه از معیارهای رد یا قبول نمونه‌های ارسالی آگاهی دارند	مصاحبه
۳	پذیرش نمونه‌های ارسالی بر اساس معیارهای رد* یا قبول نمونه تحویل گرفته می‌شود	مشاهده
توضیحات	* مسئول پی‌گیری نمونه‌های غیر قابل قبول در آزمایشگاه تعیین شده و در صورت رد نمونه ارسالی، بلافاصله با بخش مربوط یا آزمایشگاه ارجاع دهنده هماهنگی و اقدام اصلاحی به عمل می‌آید. سوابق این موارد توسط کارشناس مسئول،سوپروایزر آزمایشگاه و در جلسات تعاملی بین بخشی و یا با آزمایشگاه ارجاع دهنده، اقدام اصلاحی، پیشگیرانه با مشارکت سرپرستاران و مدیریت پرستاری تعیین و اجراء می‌شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و سرپرستاران	

و	۱	۲	مدیریت آزمایش‌های ارجاعی به صورت برنامه‌ریزی شده انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از خطاهای قبل از انجام آزمایش
- ارتقای ایمنی بیماران در مراحل تشخیص و درمان‌های متعاقب آن

سنجه ۱. فهرست آزمایش‌های فعال و ارجاعی به آزمایشگاه‌های طرف قرارداد مشخص شده و براساس آن اقدام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین فهرست تمامی آزمایش‌های قابل ارائه در آزمایشگاه به تفکیک آزمایش‌های فعال و آزمایش‌های ارجاعی به سایر آزمایشگاه‌ها	مشاهده
۲	انطباق عملکرد آزمایشگاه با فهرست آزمایش‌های فعال و ارجاعی	مشاهده
توضیحات	توصیه: وجود فهرست آزمایش‌های فعال و ارجاعی در نرم افزار HIS یا LIS می‌تواند از طریق هشدار یا گزارش مقطعی ناقصی پرونده آزمایشگاهی بیماران را اعلام نماید. این روش به کاهش کسورات بیمه کمک می‌کند.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه	

سنجه ۲. ملاک انتخاب آزمایشگاه طرف قرارداد برای آزمایش‌های ارجاعی مشخص شده و براساس آن اقدام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین ملاک‌های معین برای انتخاب طرف قرارداد برای آزمایش‌های ارجاعی *	مصاحبه
۲	عقد قرارداد آزمایش‌های ارجاعی بر اساس ملاک‌های انتخاب طرف قرارداد	بررسی مستند
توضیحات	* در مراکز دانشگاهی انتخاب آزمایشگاه ارجاع با نظر مسئول فنی آزمایشگاه و معاونت درمان دانشگاه و بر اساس دستورالعمل ارجاع نمونه‌های بالینی آزمایشگاه مرجع سلامت است و در سایر مراکز توسط مسئول فنی تعیین می‌شود	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه	

سنجه ۳. نحوه کسب اطمینان بیمارستان از کیفیت عملکرد آزمایشگاه طرف قرارداد برای آزمایش‌های ارجاعی تعیین، و براساس آن اقدام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	پیش‌بینی ارزیابی صلاحیت دوره‌ای آزمایشگاه ارجاع در مفاد قرارداد *	بررسی مستند
۲	ارزیابی‌های دوره‌ای توسط مسئول فنی یا سوپروایزر بر اساس دستورالعمل ارزیابی صلاحیت پیش‌بینی شده در قرارداد	مصاحبه و بررسی مستند
توضیحات	* ارزیابی صلاحیت دوره‌ای آزمایشگاه ارجاع زیر نظر مسئول فنی آزمایشگاه در مراکز دانشگاهی و سایر مراکز بر اساس دستورالعمل ارجاع نمونه‌های بالینی آزمایشگاه مرجع سلامت انجام می‌شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه	

سنجه ۴. قرارداد مشخصی که ارتباط و مسئولیت دو آزمایشگاه را مشخص نماید مطابق با دستورالعمل ارجاع نمونه‌های بالینی منعقد و مفاد آن رعایت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	عقد قرارداد بین آزمایشگاه و آزمایشگاه ارجاع توسط مدیر بیمارستان با نظارت مسئول فنی آزمایشگاه*	بررسی مستند
۲	رعایت مفاد قرارداد آزمایش‌های ارجاعی حداقل شامل شرایط انتقال نمونه، مسئولیت، وظایف و اختیارات طرفین	مصاحبه و مشاهده
توضیحات	*در مراکز دانشگاهی، قرارداد تدوین شده توسط معاونت درمان دانشگاه در آزمایشگاه‌های شبکه آزمایشگاهی دانشگاهی طرح تحول نظام سلامت ملاک است و مفاد قرارداد حداقل شامل اطلاعات مندرج در دستورالعمل ارجاع نمونه‌های بالینی آزمایشگاه مرجع سلامت است.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه	

سنجه ۵. دستورالعمل"نحوه بسته بندی، انتقال امن و ایمن نمونه، زمان چرخه کاری[1] و بایگانی گزارشات نمونه‌های ارجاعی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط** از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*این دستورالعمل حداقل شامل شرایط انتقال نمونه، نحوه بسته‌بندی استاندارد(پوشش سه لایه)، زمان چرخه کاری آزمایشات، نحوه ثبت سوابق مربوط به ارجاع نمونه‌ها شامل مشخصات بیمار و نمونه، تاریخ ارسال، گزارش و تاریخ دریافت آن است. ** کارکنان مسئول آماده سازی، بسته‌بندی و ارجاع نمونه به آزمایشگاه ارجاع	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه	

[1] Turn around time(TAT)

یاد آوری مهم!

❖ اطمینان از کیفیت عملکرد وسایل تشخیصی آزمایشگاه پزشکی (IVD) به ویژه برای انجام آزمایش‌های اورژانس و همچنین بخش‌های تخصصی در کلیه آزمایشگاه‌ها از فرآیندهای مهم آزمایشگاهی است که باید توسط مسئول فنی از طریق روش‌هایی مانند اطمینان از مجوزهای کسب شده از آزمایشگاه مرجع سلامت برای وسایل تشخیص آزمایشگاهی و کنترل کیفیت و ارزیابی کیفیت عملکرد آن‌ها در آزمایشگاه، احصا گردد.(مطابق بخشنامه شماره ۱۲۹۷،۳۰۷د مورخ ۱۷،۳،۱۳۹۵)

و	۱	۳	دستورالعمل‌های انجام آزمایش براساس ضوابط ابلاغی برای همه بخش‌های آزمایشگاه تدوین و اجراء می‌شود.

دستاورد استاندارد

- یکپارچه سازی روش‌ها و دستورالعمل‌های انجام آزمایش‌ها
- کاهش خطاهای فردی در انجام آزمایش‌ها
- مدیریت کیفیت آزمایشگاه در مراحل تامین زیرساخت و اجرای فرآیندهای تشخیصی آزمایشگاه

سنجه ۱. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می‌شود، تدوین و براساس آن عمل می‌شود		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* ضمن رعایت اصول تدوین دستورالعمل‌های کاری مندرج در بخش مستند سازی دستورالعمل‌های آزمایشگاه مرجع سلامت، دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌های بخش توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان بخش بیوشیمی تدوین شده است. ❖ در هر نوبت کاری نام و سری ساخت و تاریخ اعتبار کیت مورد استفاده، نام فرد انجام دهنده و ساعت انجام آزمایش در لیست کاری همان شیفت ثبت گردد.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بخش بیوشیمی	

سنجه ۲. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می‌شود تدوین، و براساس آن عمل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* ضمن رعایت اصول تدوین دستورالعمل‌های کاری مندرج در بخش مستند سازی دستورالعمل‌های آزمایشگاه مرجع سلامت، دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌های بخش توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان بخش هماتولوژی تدوین شده است. ❖ لحاظ کاربری دستگاه‌های شمارش سلولی در دستورالعمل بخش هماتولوژی الزامی است	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بخش هماتولوژی	

سنجه ۳. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه میکروب‌شناسی انجام می‌شود تدوین، و براساس آن عمل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط**	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*ضمن رعایت اصول تدوین دستورالعمل‌های کاری مندرج در بخش مستند سازی دستورالعمل‌های آزمایشگاه مرجع سلامت، دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌های بخش توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان بخش میکروب‌شناسی تدوین شده است. **پیش‌بینی و تامین کامل محیط‌های مغذی، محیط‌های تشخیصی، معرف‌ها و لوازم و تجهیزات برای هریک از نمونه‌های بیولوژیک برابر استانداردهای کشت، تشخیص افتراقی و آنتی‌بیوگرام در دستورالعمل الزامی است. در صورتی که آزمایشگاه محیط‌های مورد نیاز بخش میکروب‌شناسی را می‌سازد بایستی لوازم و تجهیزات مانند اتوکلاو استاندارد و لوازم شیشه‌ای و دستورالعمل‌های مستقل ساخت هریک از محیط‌ها و معرف‌ها متناسب با نمونه‌های و نیازهای آزمایشگاه تدوین شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بخش میکروب‌شناسی	

سنجه ۴. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می‌شود تدوین، و براساس آن عمل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط**	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* ضمن رعایت اصول تدوین دستورالعمل‌های کاری مندرج در بخش مستند سازی دستورالعمل‌های آزمایشگاه مرجع سلامت، دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌های بخش توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان بخش بیوشیمی ادرار تدوین شده است. ** پیش‌بینی و تامین کامل معرف‌ها و محلول‌های تشخیصی و لوازم و تجهیزات لازم جهت بررسی ماکروسکپی و بررسی میکروسکپی ادرار در دستورالعمل الزامی است. در صورتی که آزمایشگاه محلول‌های تشخیصی مورد نیاز بخش بیوشیمی ادرار را می‌سازد بایستی دستورالعمل‌های مستقل ساخت هریک از آن‌ها توسط آزمایشگاه تدوین شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بخش بیوشیمی ادرار	

سنجه ۵. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه انگل‌شناسی انجام می‌شود تدوین، و براساس آن عمل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط**	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* ضمن رعایت اصول تدوین دستورالعمل‌های کاری مندرج در بخش مستند سازی دستورالعمل‌های آزمایشگاه مرجع سلامت، دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌های بخش توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان بخش انگل‌شناسی تدوین شده است. **در صورتی که آزمایشگاه محلول‌ها و معرف‌های تشخیصی مورد نیاز بخش انگل‌شناسی را می‌سازد بایستی دستورالعمل‌های مستقل ساخت هریک از آن‌ها توسط آزمایشگاه تدوین شود.		
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بخش انگل‌شناسی	

سنجه ۶. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه سروایمنولوژی و هورمون انجام می‌شود، تدوین و براساس آن عمل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* ضمن رعایت اصول تدوین دستورالعمل‌های کاری مندرج در بخش مستند سازی دستورالعمل‌های آزمایشگاه مرجع سلامت، دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌های بخش توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان بخش سروایمنولوژی و هورمون تدوین شده است. ** در هر نوبت کاری نام و سری ساخت و تاریخ اعتبار کیت مورد استفاده، نام فرد انجام دهنده و ساعت انجام آزمایش در لیست کاری همان شیفت ثبت گردد.		
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بخش سروایمنولوژی و هورمون	

سنجه ۷. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه PCR و ژنتیک انجام می‌شود تدوین، و براساس آن عمل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* ضمن رعایت اصول تدوین دستورالعمل‌های کاری مندرج در بخش مستندسازی دستورالعمل‌های آزمایشگاه مرجع سلامت، دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌های بخش توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان بخش PCR و ژنتیک تدوین شده است. ❖ وجود دستورالعمل کاربری دستگاه‌های PCR الزامی است	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بخش آزمایشگاه PCR و ژنتیک	

سنجه ۸. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه پانولوژی انجام می‌شود تدوین، و براساس آن عمل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط**	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* ضمن رعایت اصول تدوین دستورالعمل‌های کاری مندرج در بخش مستند سازی دستورالعمل‌های آزمایشگاه مرجع سلامت، دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌های بخش توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان بخش پاتولوژی تدوین شده است. ** پیش‌بینی و تامین کامل رنگ‌ها،معرف‌ها و لوازم و تجهیزات متناسب با تعداد نمونه‌های پاتولوژی در دستورالعمل الزامی است. در صورتی که آزمایشگاه معرف‌های رنگ آمیزی را آماده سازی می‌کند دستورالعمل‌های مستقل ساخت هریک از رنگ‌ها و معرف‌ها متناسب با نمونه‌ها و نیاز آزمایشگاه تدوین شود. همچنین دستورالعمل کاربری دستگاه‌های تیشوپروسسور، فرش فروزن و میکروتوم و سایر تجهیزات اصلی بخش در دستوالعمل بخش پاتولوژی لحاظ شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بخش پاتولوژی	

و	۱	۴	کنترل کیفیت آزمایش‌ها در همه بخش‌های آزمایشگاه به صورت برنامه‌ریزی شده انجام می‌شود

دستاورد استاندارد

- اطمینان از کیفیت نتایج آزمایش‌ها
- کاهش خطاهای تشخیصی
- اثربخشی اقدامات تشخیصی نظیر انجام آزمایش‌های بالینی و تشریحی

سنجه ۱. کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف در بخش بیوشیمی به صورت مدون و در هر نوبت کاری انجام و ضمن ثبت وتفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آید.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل کنترل کیفیت آزمایش‌های بیوشیمی *	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ **	مشاهده
توضیحات	*دستورالعمل حداقل شامل نحوه انجام کنترل کیفی در شیفت‌های مختلف با استفاده از نمونه کنترل و یا نمونه‌های بیمار، روش‌های آماری، تفسیرنتایج، چگونگی انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن نتایج کنترل کیفی، می‌باشد. **مستندات لازم شامل مشخصات نمونه کنترل، نمودارهای کنترل کیفی، نتایج آزمایش بر روی نمونه کنترل، مراحل انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن و نتایج کنترل کیفی است که بایستی ثبت گردد.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بخش بیوشیمی	

سنجه ۲. کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف در بخش هماتولوژی به صورت مدون و درهر نوبت کاری انجام و ضمن ثبت وتفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آید.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل کنترل کیفیت آزمایش‌های هماتولوژی*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ **	مشاهده
توضیحات	*دستورالعمل حداقل شامل نحوه انجام کنترل کیفی در شیفت‌های مختلف با استفاده از نمونه کنترل و یا نمونه‌های بیمار، روش‌های آماری، تفسیرنتایج، چگونگی انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن نتایج کنترل کیفی، می‌باشد. **مستندات لازم شامل مشخصات نمونه کنترل، نمودارهای کنترل کیفی، نتایج آزمایش بر روی نمونه کنترل، مراحل انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن و نتایج کنترل کیفی دستگاه‌های شمارش سلولی و سایر تجهیزات بخش هماتولوژی است که بایستی ثبت گردد.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بخش هماتولوژی	

سنجه ۳. کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف در بخش میکروب‌شناسی به صورت مدون و درهر نوبت‌کاری انجام و ضمن ثبت وتفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل کنترل کیفیت آزمایش‌های میکروب‌شناسی *	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ **	مشاهده
توضیحات	*دستورالعمل حداقل شامل نحوه انجام کنترل کیفی با استفاده از نمونه کنترل و یا نمونه‌های بیمار، تفسیرنتایج، چگونگی انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن نتایج کنترل کیفی می‌باشد. **مستندات لازم شامل مشخصات نمونه کنترل، نتایج آزمایش بر روی نمونه کنترل، مراحل انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن و نتایج کنترل کیفی است که بایستی ثبت گردد.		
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بخش میکروب‌شناسی	

سنجه ۴. کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف در بخش بیوشیمی ادرار به صورت مدون و درهر نوبت‌کاری انجام و ضمن ثبت وتفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل کنترل کیفیت آزمایش‌های بیوشیمی ادرار *	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ **	مشاهده
توضیحات	*دستورالعمل حداقل شامل نحوه انجام کنترل کیفی با استفاده از نمونه کنترل و یا نمونه‌های بیمار، تفسیرنتایج، چگونگی انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن نتایج کنترل کیفی می‌باشد. **مستندات لازم شامل مشخصات نمونه کنترل، نتایج آزمایش بر روی نمونه کنترل، مراحل انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن و نتایج کنترل کیفی است که بایستی ثبت گردد.		
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بخش بیوشیمی ادرار	

سنجه ۵. کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف در بخش سروایمنولوژی و هورمون به صورت مدون و درهر نوبت کاری انجام و ضمن ثبت وتفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل کنترل کیفیت آزمایش‌های سروایمنولوژی و هورمون *	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ **	مشاهده
توضیحات	*دستورالعمل حداقل شامل نحوه انجام کنترل کیفی در شیفت‌های مختلف با استفاده از نمونه کنترل و یا نمونه‌های بیمار، روش‌های آماری، تفسیرنتایج، چگونگی انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن نتایج کنترل کیفی، می‌باشد. **مستندات لازم شامل مشخصات نمونه کنترل، نمودارهای کنترل کیفی، نتایج آزمایش بر روی نمونه کنترل، انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن و نتایج کنترل کیفی است که بایستی ثبت گردد.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بخش سروایمنولوژی و هورمون	

سنجه ۶. کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف در بخش مولکولی و ژنتیک به صورت مدون و در هر نوبت کاری انجام و ضمن ثبت و تفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل کنترل کیفیت آزمایش‌های مولکولی و ژنتیک *	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ **	مشاهده
توضیحات	*دستورالعمل حداقل شامل نحوه انجام کنترل کیفی در شیفت‌های مختلف با استفاده از نمونه کنترل و یا نمونه‌های بیمار، روش‌های آماری، تفسیرنتایج، چگونگی انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن نتایج کنترل کیفی، می‌باشد. **مستندات لازم شامل مشخصات نمونه کنترل، نمودارهای کنترل کیفی، نتایج آزمایش بر روی نمونه کنترل، مراحل انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن و نتایج کنترل کیفی دستگاه‌های PCR و سایر تجهیزات بخش مولکولی و ژنتیک است که بایستی ثبت گردد.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بخش مولکولی و ژنتیک	

سنجه ۷. کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف در بخش پاتولوژی به صورت مدون و درهر نوبت‌کاری انجام و ضمن ثبت وتفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل کنترل کیفیت آزمایش‌های پاتولوژی *	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع‌رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ **	مشاهده
توضیحات	*دستورالعمل حداقل شامل نحوه انجام کنترل کیفی با استفاده از نمونه کنترل و یا نمونه‌های بیمار، تفسیرنتایج، چگونگی انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن نتایج کنترل کیفی در بخش‌های پاتولوژی و نمونه‌های سیتولوژی می‌باشد. در بخش پاتولوژی کنترل کیفیت شماره گذاری نمونه، مراحل آماده سازی بافت، برش (کار با میکروتوم) و رنگ آمیزی‌های مختلف بایستی برنامه‌ریزی شود. **مستندات لازم شامل مشخصات نمونه کنترل با مراحل کنترل کیفی، نتایج آزمایش بر روی نمونه کنترل، مراحل انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن و نتایج کنترل کیفی است که بایستی ثبت گردد.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بخش پاتولوژی	

سنجه ۸. آزمایشگاه در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت شرکت می‌نماید و براساس نتایج بدست آمده، اقدامات اصلاحی به عمل می‌آورد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شرکت آزمایشگاه در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت حداقل سه نوبت در سال	بررسی مستند
۲	بررسی و تفسیر نتایج آزمایشگاه در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت و انجام اقدامات اصلاحی لازم	بررسی مستند
۳	ثبت سوابق نتایج آزمایشگاه در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت و انجام اقدامات اصلاحی انجام شده	بررسی مستند
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه	

سنجه ۹. روش اجرایی نظارت مستمر بر تعیین و تغییر محدوده مرجع آزمایش‌ها تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌شود		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی نظارت مستمر بر تعیین و تغییر محدوده مرجع آزمایش‌ها	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	پیش‌بینی نحوه نظارت بر محدوده مرجع بالینی آزمایش‌های مختلف بر اساس روش‌ها و کیت‌های مورد استفاده در روش اجرایی**	بررسی مستند
۷	پیش‌بینی نحوه کسب اطمینان از تغییر دامنه مرجع در صورت تغییر کیت و یا روش انجام آزمایش در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی*	بررسی مستند
۹	آگاهی کارکنان مرتبط** از روش اجرایی	مصاحبه
۱۰	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۱۱	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	* مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه با مشارکت مسئولان بخش‌های داخلی آزمایشگاه ** تغییر دامنه مرجع آزمایش‌ها صرفاً با تایید مسئول فنی است و توسط مسئولان تعیین شده بر اساس روش اجرایی پی‌گیری می‌شود	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه	

و	۱	۵	کنترل کیفیت ابزار پایه و آب آزمایشگاه انجام می‌شود

دستاورد استاندارد

- پیش گیری از بروز خطاهای آزمایشگاه به علت اشکالات ابزار پایه
- پیشگیری از خطاهای آزمایشگاه به علت استفاده از آب غیر استاندارد

سنجه ۱. ابزار پایه حداقل شامل فتومتر، ترازو، سمپلر، تجهیزات برودتی و گرمایشی دارای برنامه مدون کنترل کیفی می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انجام کنترل کیفی دستگاه فتومتر طبق دستورالعمل *	بررسی مستند و مصاحبه
۲	وجود سوابق کنترل کیفی سمپلر** طبق دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۳	وجود سوابق کنترل کیفی تجهیزات برودتی و گرمایشی *** طبق دستورالعمل	بررسی مستند و مصاحبه
۴	انجام اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج کنترل کیفی ابزار پایه	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*دستورالعمل کنترل کیفی ابزار پایه توسط مسئول فنی تدوین می‌شود و حداقل شاملِ تعیین فرد مسئول انجام کنترل کیفی برای هر ابزار، زمان، توالی و نحوه انجام و پارامتری که در هر ابزار کنترل می‌شود، همچنین اقدام اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن نتیجه است. **لازم است هریک از سمپلرها دارای شناسنامه باشند و سوابق کنترل کیفی هر سمپلر نگهداری شود. *** تجهیزات برودتی و گرمایشی شامل یخچال، فریزر، بن ماری، انکوباتور و سایر تجهیزاتی است که دمای آن‌ها در نتایج آزمایشات تاثیر می‌گذارد.		
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و مسئولان بخش‌های داخلی آزمایشگاه	

سنجه ۲. کیفیت آب آزمایشگاهی با استفاده از روش هدایت سنجی ارزیابی و سپس مورد استفاده قرار می‌گیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انجام کنترل کیفی آب مقطر مصرفی آزمایشگاه با روش هدایت سنجی الکتریکی	بررسی مستند و مشاهده
۲	اطمینان از میزان هدایت الکتریکی آب مقطر با توجه به نوع مصرف آن قبل از استفاده	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	هدایت الکتریکی آب مقطر در سه گروه تقسیم بندی میشود: I. آب مقطر با هدایت الکتریکی کمتر از ۱ میکرو زیمنس برای مصارف آزمایش‌های حساس آنزیمی و هورمونی II. آب مقطر با هدایت الکتریکی ۱ تا ۱۰ میکرو زیمنس برای مصارف آزمایش‌های غیر آنزیمی بیوشیمی III. آب مقطر با هدایت الکتریکی ۱۰ تا ۱۰۰ میکرو زیمنس صرفاً برای مصارف لوله شویی و محیط سازی میکروب‌شناس		
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه	

و | ۱ | ۶ | اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها صورت می‌پذیرد.

دستاورد استاندارد

- ارتقای ایمنی بیماران
- واکنش سریع تیم درمانی در موارد مخاطره آمیز برای بیماران

سنجه ۱. دامنه یا مقادیر بحرانی[1] آزمایش‌ها براساس اجماع نظر متخصصین رشته‌های تخصصی بیمارستان شناسایی و در معرض دید کارکنان نصب شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده‌آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین دامنه یا مقادیر بحرانی آزمایش‌ها توسط آزمایشگاه با مشارکت پزشکان متخصص	بررسی مستند
۲	دامنه یا مقادیر بحرانی آزمایش‌ها در معرض دید کارکنان آزمایشگاه	مشاهده
توضیحات	توصیه. اخذ مشارکت از پزشکان متخصص در کمیته‌های دارو درمان و کمیته اورژانس تسهیل می‌شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی، مسئول ایمنی بیمارستان، مدیریت پرستاری مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه	

سنجه ۲. کارکنان آزمایشگاه قبل از کنترل مجدد نتایج بحرانی، با استفاده از خطوط تلفن یکطرفه اقدام به اعلام اضطراری نتیجه به بخش می‌نمایند.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده‌آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	گزارش آنی نتایج بحرانی بیماران با استفاده از تلفن یک‌طرفه به بخش بستری بیمار*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	کنترل مجدد نتایج بحرانی بر اساس پس از اعلام اضطراری نتیجه اولیه به بخش	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	توصیه. تدوین دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی بیماران توسط مسئول فنی که حداقل شامل، نحوه برخورد با مقادیر بحرانی مانند استفاده از خطوط تلفن یک‌طرفه جهت اطلاع‌رسانی آنی به بخش، تعیین فرد، افراد مشخص در آزمایشگاه که می‌تواند نتیجه را اطلاع‌رسانی کنند، نحوه تکرار آزمایش، نحوه ثبت آن در بخش و اطلاع‌رسانی نتیجه تکرار آزمایش.	
هدایت کننده	مسئول فنی، مسئول ایمنی بیمارستان، مدیریت پرستاری مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه	

و | ۱ | ۷ | پاسخ دهی آزمایش‌های روتین و اورژانس مدیریت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ارتقای ایمنی بیماران پرخطر
- امکان برنامه‌ریزی بالینی دقیق‌تر مبتنی بر مدت زمان پاسخگویی مشخص آزمایش‌های روتین و اورژانس

سنجه ۱. فهرست آزمایش‌های روتین و جدول زمان‌بندی پاسخ آن‌ها تعیین، و اطلاع‌رسانی شده و براساس آن عمل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین جدول فهرست *آزمایش‌های روتین آزمایشگاه و زمان پاسخگویی آن‌ها توسط آزمایشگاه	بررررسی مستندات
۲	اطلاع‌رسانی جدول فهرست آزمایش‌های روتین آزمایشگاه و زمان پاسخگویی به بخش‌های بستری	بررررسی مستندات و مصاحبه
۳	انجام تمامی آزمایش‌های اعلام شده و رعایت زمان پاسخگویی تعیین شده از سوی آزمایشگاه	بررررسی مستندات
توضیحات	*این فهرست در بخش پذیرش آزمایشگاه و بخش‌های بستری نصب می‌شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه	

[1] Panic Value

سنجه ۲. فهرست آزمایش‌های اورژانس وجدول زمان‌بندی پاسخ توسط آزمایشگاه باهمکاری گروه‌های بالینی تعیین، اطلاع‌رسانی و رعایت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین جدول فهرست* آزمایش‌های اورژانس آزمایشگاه و زمان پاسخگویی آن‌ها توسط آزمایشگاه	برررسی مستندات
۲	اطلاع‌رسانی جدول فهرست آزمایش‌های روتین آزمایشگاه و زمان پاسخگویی به بخش‌های بستری	برررسی مستندات و مصاحبه
۳	انجام تمامی آزمایش‌های اعلام شده و رعایت زمان پاسخگویی تعیین شده از سوی آزمایشگاه	برررسی مستندات
توضیحات	*این فهرست در بخش پذیرش آزمایشگاه و بخش‌های بستری و اورژانس نصب می‌شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه	

سنجه ۳. نظارت و پایش منظم جهت اطمینان از رعایت چارچوب زمانی انجام آزمایش‌های روتین و اورژانس، صورت می‌شود		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نظارت دوره‌ای مسئول فنی بر رعایت زمان پاسخگویی نتایج آزمایش‌های روتین طبق زمان‌بندی تنظیم شده	بررسی مستند و مصاحبه
۲	نظارت دوره‌ای مسئول فنی بر رعایت زمان پاسخگویی نتایج آزمایش‌های روتین طبق زمان‌بندی تنظیم شده	بررسی مستند و مصاحبه
۳	انجام اقدام اصلاحی در موارد عدم انطباق زمان پاسخگویی آزمایش‌ها با زمان‌بندی اعلام شده قبلی*	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*وجود سوابق اقدامات اصلاحی که منجر به بهبود زمان پاسخ دهی شده است.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه	

سنجه ۴. مسئول فنی آزمایشگاه پس از اطمینان از همخوانی نتایج آن را تایید نموده و در صورت لزوم اقدامات بعدی در برخورد با نتایج غیرطبیعی *برنامه‌ریزی و اجراء می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده‌آل	
	گام اجرایی، ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین مسئول تایید اولیه نتایج از بین کارشناسان در هریک از بخش‌های آزمایشگاه	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تایید اولیه آزمایش‌ها توسط کارشناس مسئول بخش	بررسی مستند و مصاحبه
۳	بررسی نتایج آزمایشات توسط مسئول فنی و تایید نهایی یا دستور اخذ شرح حال یا تکرار و یا هر دستور فنی مورد نیاز*	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*درمواردی نتیجه طبیعی یک بیمار نیز با توجه به سوابق قبلی احتمال عدم انطباق را مطرح می‌کند این فرآیند مهمترین بخش کنترل کیفی بعد از آزمایش است که بایستی به دقت برنامه‌ریزی شده و بطور کامل در آزمایشگاه و در همه شیفت‌ها رعایت شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول، سوپروایزر آزمایشگاه و کارشناس‌های مسئول بخش‌های داخلی آزمایشگاه	

و)خدمات پاراکلینیک

و–۲) مدیریت تصویربرداری

و	۲	۱	اطلاعات مراجعین تصویر برداری اخذ شده و براساس آن اقدامات لازم انجام می پذیرد.

دستاورد استاندارد

- ارائه خدمات باکیفیت و مطلوب، شناسایی صحیح بیمار، جلوگیری از عدم تکرار غیر ضرور پروسیجرها
- افزایش ایمنی کارکنان و بیماران
- مدیریت زمان و جلوگیری از تحمیل هزینه اضافی به بیمار و مراکز درمانی
- همکاری بیمار در زمان انجام پروسیجر، عدم تکرار غیر ضرور پرسیجر(ایمنی بیمار و کارکنان)، صرفه جویی در زمان و هزینه

سنجه۱. مسئول پذیرش ساعت، تاریخ، علت مراجعه، شکایت فعلی بیمار، نوع تصویر برداری، سوابق حساسیت دارویی (در موارد مداخله ای) نام پزشک درخواست کننده، و شماره تماس بیمار را در دفتر پذیرش یا فایل الکترونیک این بخش ثبت و اطلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرد.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت اطلاعات دموگرافیک* بیمار در دفتر پذیرش / فایل الکترونیک	بررسی مستند و مشاهده
۲	استفاده از اطلاعات در گزارش های تصویر برداری	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*اطلاعات دموگرافیک شامل ساعت، تاریخ، علت مراجعه، شکایت فعلی بیمار، نوع تصویر برداری، سوابق حساسیت دارویی (در موارد مداخله ای) نام پزشک درخواست کننده و شماره تماس بیمار	
هدایت کننده	مسئول فنی، رییس بخش تصویر برداری	

سنجه۲. توضیحات لازم درخصوص آمادگی های قبل از انجام پروسیجرهای مختلف، به صورت شفاهی و کتبی به بیماران ارائه می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی و فهرست پروسیجرهای که نیاز به آمادگی دارند	بررسی مستند
۲	تهیه فرم های اطلاعات و آمادگی برای تمام پروسیجرهای شناسایی شده	بررسی مستند
۳	ارائه توضیحات کامل و قابل درک** به صورت شفاهی و کتبی درخصوص آمادگی های قبل از انجام پروسیجرهای شناسایی شده به بیماران	بررسی مستند و مصاحبه
۴	آگاهی بیمار ان / همراهان آن ها از آمادگی های لازم قبل از انجام پروسیجرهای نیازمند آمادگی	مصاحبه
توضیحات	*آمادگی ها شامل وضعیت تغذیه ای، تداخلات دارویی وسایر اطلاعات مورد نیاز ** توضیحات ارائه شده درخصوص آمادگی های قبل از انجام پروسیجرهای مختلف، باید به گونه ای باشد که برای تمام بیماران به ویژه افراد بی سواد، کم سواد، افراد مسن وکسانی که به زبان رایج منطقه مسلط نمی باشند واضح، روشن و قابل درک باشد. در صورتی که بیماران اظهار کنند که اطلاعات مکتوب به آنها داده شده ولی توضیحات شفاهی به آنها ارائه نشده است و یا بالعکس این حالت مورد قبول نبوده و باید هر دو نوع اطلاعات کتبی و شفاهی به شیوه ای قابل درک به بیماران ارائه گردد.	
هدایت کننده	مسئول فنی بخش تصویر برداری، رییس بخش تصویر برداری	

سنجه۳. توضیحات و آموزش های لازم در زمان انجام تصویربرداری به بیمار برحسب مورد توسط پزشک متخصص ادیولوژی/کارکنان فنی بخش ارائه می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارکنان فنی تصویر برداری در خصوص آموزش های لازم به بیماران/ همراهان به تناسب نقش خود در زمان انجام تصویربرداری	مصاحبه
۲	ارائه آموزش های لازم به بیماران در زمان انجام تصویربرداری توسط پزشک /کارکنان فنی	مصاحبه
هدایت کننده	مسئول فنی ، رییس بخش تصویر برداری	

و	**۲**	**۲**	**بخش تصویربرداری دارای فضای مستقل، محصور و ایمن می‌باشد.**

- دستاورد استاندارد
- حفاظت بیماران/ همراهان و پرتوکاران از تابش گیری غیرضرور
- آگاهی و ایمن سازی کارکنان ، بیماران و همراهان از اعمال expose و دور نگه داشتن آنها از منطقه تشعشع و میدان مغناطیسی
- رعایت حریم خصوصی، حفظ امنیت روانی، آمادگی و ریکاوری بیماران در تصویربرداری های مداخله ای و بیهوشی ها و آرام بخشی ها

سنجه۱. بخش تصویربرداری دارای فضای مستقل فیزیکی و دارای هشدارهای ایمنی لازم می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	فضای فیزیکی مستقل برای بخش تصویر برداری*	مشاهده
۲	نصب علائم تصویری و نوشتاری هشدار دهنده در خصوص خطرات این بخش** به صورت شفاف، به تعداد مناسب***	مشاهده
۳	تایید و آگاهی بیماران / همراهان در خصوص گویا ، شفاف و موثر بودن هشدارهای ایمنی بخش	مصاحبه
توضیحات	*به علت وجود خطرات پرتوها وبه منظور حفظ ایمنی بیماران/ همراهان این بخش باید مستقل بوده و گذر گاه/ محل عبور و مرور به سایر قسمت ها نباشد ** خطر تشعشع و آگاه سازی بیمار در خصوص چگونگی قرار گیری در محیط مغناطیس *** لازم است علایم با توجه به وسعت بخش تصویر برداری و هم چنین برای گروه های پر خطر همچون خانم های باردار در نظر گرفته شود و در قسمتهایی که در معرض دید بیماران/ همراهان می باشد نصب شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی بخش تصویر برداری، رییس بخش تصویر برداری	

سنجه۲. بخش تصویر برداری فضا و امکانات لازم برای آماده سازی و ریکاوری بیمارانی که نیازمند بیهوشی و آرام بخشی، مراقبت بعد از انجام تصویر برداری های مداخله ای و یا آمادگی های لازم قبل از انجام تصویر برداری های مداخله ای بوده اند را ایجاد نموده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فضای آماده‌سازی و ریکاوری بیمارانی که نیازمند بیهوشی و آرام بخشی یا تصویر برداری مداخله‌ای	مشاهده
۲	شناسایی و فهرست امکانات لازم برای این فضا و تایید توسط رییس / مسئول فنی بخش	بررسی مستند
۳	تامین امکانات و سالم بودن تجهیزات مطابق امکانات لازم شناسایی شده در بخش	بررسی مستند و مصاحبه
هدایت کننده	مسئول فنی بخش تصویر برداری/ رییس بخش تصویر برداری	

سنجه۳. چراغ های هشداردهنده در بالای درب ورودی اتاق های تصویر برداری وجود دارد و هماهنگ با تابش دستگاهها عمل می‌نمایند		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود چراغ ها ی هشدار دهنده* بالای درب ورودی تمام اتاقهای تصویربرداری و عملکرد هماهنگ با تابش دستگاه ها	مشاهده
۲	عملکرد به موقع و صحیح چراغ ها ی هشدار دهنده	مشاهده
توضیحات	*چراغ هشداردهنده به منظور آگاه کردن کارکنان ، بیماران و همراهان از اعمال expose و دور نگه داشتن آنها از منطقه تشعشع به جهت کاهش مخاطرات پرتویی و افزایش ایمنی افراد و حذف پرتوگیری‌های غیرضرور می‌باشد به همین منظور در صورتیکه چراغ های هشدار دهنده وجود داشته باشند ولی به درستی عمل نکند و یا حتی در بالای درب یکی از اتاق ها چراغ هشدار دهنده وجود نداشته باشد امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد. توصیه. علاوه برنصب علایم هشداردهنده، بهره‌گیری ازسیستم های قفل کننده موقت ورودی‌ها همزمان با expose		
هدایت کننده	مسئول فنی، رییس بخش تصویر برداری	

و	۲	۳	مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی در بخش تصویر برداری به صورت برنامه ریزی شده ارائه می شود.

دستاورد استاندارد

- اجرای الزامات و استانداردهای بیهوشی و انجام مداخلات به موقع درصورت بروز عوارض احتمالی مربوطه در فرایندهای مداخله‌ای
- حفظ ایمنی بیمار، ارائه خدمات، با کیفیت ، کنترل و اقدام مناسب در صورت ایجاد واکنش

سنجه۱. بیهوشی و آرام بخشی بیماران، در واحد تصویر برداری توسط پزشک متخصص بیهوشی با رعایت الزامات مراقبت های بیهوشی انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی و فهرست امکانات لازم برای انجام تصویر برداری تحت بیهوشی توسط مسئول فنی تصویر برداری با مشارکت متخصصان بیهوشی*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تامین امکانات لازم برای انجام تصویر برداری تحت بیهوشی شناسایی شده بر اساس فهرست شناسایی شده	مشاهده
۳	وجود برنامه نوبت کاری ماهیانه متخصصان بیهوشی مسئول همکاری با بخش تصویر برداری	بررسی مستند و مصاحبه
۴	آگاهی متخصصان بیهوشی از برنامه همکاری و حضور به موقع آنها	مصاحبه
۵	حضور کامل و مستمر پزشک متخصص بیهوشی تا پایان تصویر برداری های نیازمند به بیهوشی و آرام بخشی، ریکاوری و اطمینان از ترخیص ایمن بیمار	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*رعایت تمامی الزامات بیهوشی ایمن اعم از تجهیزات، ترالی های دارو مراقبت های قبل، حین و پس از بیهوشی الزامی است.	
هدایت کننده	مسئول فنی بخش تصویر برداری، رئیس بخش تصویر برداری، متخصصین بیهوشی	

سنجه ۲. دستورالعمل "نحوه استفاده از مواد حاجب " تدوین شده‌است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۴	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل	بررسی مستند و مصاحبه
۵	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*با توجه به اهمیت آگاهی و استفاده صحیح از مواد حاجب، حتی یک مورد عدم رعایت دستورالعمل، موجب آسیب‌های جبران ناپذیری برای بیماران خواهد شد لذا انطباق کامل عملکرد کارکنان مفاد دستور العمل مد نظر است. توصیه .لحاظ نمودن نحوه استفاده، خطرات ، موارد احتیاط، در خصوص هر یک از مواد حاجب قابل استفاده در دستورالعمل		
هدایت کننده	مسئول فنی بخش تصویر برداری ، رئیس بخش تصویر برداری	

و | ۲ | ۴ | نتایج تصویر برداری پس از کسب اطمینان از ارزیابی‌های به عمل آمده، در زمان معین گزارش می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ارتقاء کیفیت تصاویر خروجی، بهبود تشخیص و درمان و پیشگیری از تکرار خدمات تصویربرداری
- طراحی چارچوب استاندارد و حفظ ارکان یک گزارش تصویربرداری مناسب
- جلوگیری از اتلاف زمان ، تسریع در روند درمان بیماران، افزایش رضایت مندی بیماران
- شناسایی سریع، جلوگیری از مفقود شدن، جلوگیری از تعویض تصاویر و پیگیری سریع موارد قانونی
- ارتقاء کیفیت و تضمین ایمنی بیماران و کارکنان و ایجاد هماهنگی و انسجام در ارائه خدمات

سنجه۱. کیفیت تصاویر بررسی شده و در صورت هرگونه عدم انطباق اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه اعمال می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	کنترل و بررسی کیفیت تصاویر در دوره های زمانی حداقل ماهیانه توسط مسئول فنی*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تحلیل نتایج کنترل و بررسی کیفیت تصاویر ** و انجام اقدامات اصلاحی / تدوین برنامه بهبود کیفیت توسط مسئول فنی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*مسئول فنی بخش تصویر برداری * به منظور اطمینان از کیفیت تصاویر وجود برنامه‌ای مشخص حداقل شامل شناسایی و بررسی عوامل تاثیر گذار و اقدامات اصلاحی جهت رفع نواقص ضروریست و بایستی کارکنان فنی بخش از آن آگاهی داشته و بر طبق آن عمل می‌نمایند.	
هدایت کننده	مسئول فنی بخش تصویر برداری/ رئیس بخش تصویر برداری	

سنجه۲. متخصص رادیولوژی ساعت و تاریخ، شرح حال و اطلاعات بالینی بیمار و نتایج ارزیابی انجام شده و پیشنهادات و توصیه های خود را در زمینه های مراقبتی و تشخیصی در برگه گزارش تصویر برداری ثبت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	*ثبت اطلاعات ضروری، شرح حال،نتایج و پیشنهادات و توصیه‌ها در برگه گزارش تصویر برداری	بررسی مستند و مصاحبه
۲	مهر و امضاء گزارشات تصویر برداری توسط رادیولوژیست	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*گزارشات تصویر برداری بیماران بستری و سرپایی علاوه بر مشخصات دموگرافیک بیمار، دارای ساعت و تاریخ، شرح حال و اطلاعات بالینی بیمار، روش انجام کار، مشاهدات و نتایج ارزیابی انجام شده ودر موارد لزوم به صلاحدید پزشک رادیو لوژیست پیشنهاد / توصیه در زمینه‌ی مراقبتی و تشخیصی می باشد	
هدایت کننده	مسئول فنی تصویر برداری، رئیس بخش تصویر برداری	

سنجه۳. گزارش تصویر برداری ها ی تایید شده توسط رادیولوژیست در موارد غیر اورژانس حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت در پرونده بیمار قرار می‌گیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	گزارش های تصویر برداری در موارد غیر اورژانس ظرف مدت حداکثر ۲۴ ساعت در پرونده بیماران	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	مطابقت دفتر/فایل الکترونیک پذیرش بخش تصویر برداری و گزارش تصویر برداری های انجام شده با تایید رادیو لوژیست نشان می دهد که تصویر برداری های انجام شده غیر اورژانس ظرف مدت ۲۴ ساعت توسط پزشک متخصص رادیو لوژی گزارش شده و در پرونده بیماران قرار گرفته است.	
هدایت کننده	مسئول فنی بخش تصویر برداری، رئیس بخش تصویر برداری	

سنجه۴. اطلاعات دموگرافیک بیمار و مشخصات مرکز بر روی تمام تصاویر خروجی از بخش تصویر برداری وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود اطلاعات لازم* برروی تصاویر خروجی از بخش تصویر برداری	بررسی مستند و مصاحبه
۲	وجود مشخصات مرکز تصویر برداری حداقل بر روی سربرگ گزارش	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*تمام تصاویر خروجی از بخش تصویر برداری شامل کلیشه / CD دارای مشخصات مرکز ، نام کارشناس انجام دهنده، نوع درخواست(نوع تصویربرداری انجام شده جهت بیمار) ، پزشک در خواست کننده است.هم چنین قسمت هایی از بدن که دارای طرف چپ و راست می باشد استفاده از مارکر برای مشخص شده آن قسمت از بدن و جلوگیری از خطاهای تشخیصی و پزشکی ضروری است.	
هدایت کننده	مسئول فنی تصویر برداری/رئیس بخش تصویر برداری	

سنجه۵. فهرست اقداماتی که توسط/تحت نظارت مستقیم متخصص رادیولوژی انجام می‌شود تعیین شده و براساس آن اقدام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شناسایی و فهرست اقداماتی* که توسط یا تحت نظارت مستقیم پزشک متخصص رادیولوژی	بررسی مستند و مصاحبه
۲	انطباق عملکرد پزشک متخصص رادیولوژی و کارکنان فنی بر اساس آن	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*اقداماتی که ضروری است توسط یا تحت نظارت مستقیم پزشک متخصص رادیولوژی براساس شرح وظایف ابلاغی وزارت متبوع انجام شود تهیه شده و توسط رئیس / مسئول فنی بخش و رئیس بیمارستان بخش تایید شده است .	
هدایت کننده	مسئول فنی تصویر برداری/رئیس بخش تصویر برداری	

و) مدیریت خدمات پاراکلینیک

و–۳) مدیریت فیزیوتراپی

و	۳	۱	خدمات فیزیوتراپی با دسترسی مناسب برای بیماران وجود دارد.

دستاورد استاندارد

- اطمینان از دسترسی بیماران به خدمات باز توانی
- ارائه به موقع خدمات فیزیوتراپی

سنجه۱. دسترسی به خدمات فیزیوتراپی توسط تأمین کننده داخلی یا برون‌سپاری با رعایت الزامات و استانداردهای بخش فیزیوتراپی میسر است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارائه خدمات خدمات فیزیوتراپی برای تمامی بیماران نیازمند بر اساس دستورات پزشکی توسط بیمارستان / برون‌سپاری*	بررسی مستند و مشاهده
۲	حضور به موقع کارشناسان فیزیوتراپی بر بالین بیماران پس از دریافت درخواست از بخش‌های بالینی	مصاحبه
۳	ارائه خدمات از نظر دفعات، زمان اجرا و ناحیه بازتوانی طبق دستور پزشک	بررسی مستند
توضیحات	* در صورت برون‌سپاری وجود کارشناس فیزیوتراپی به عنوان ناظر فنی در قرارداد منعقده الزامی است.	
هدایت کننده	مسئول بخش فیزیوتراپی	

سنجه۲. خدمات فیزیوتراپی مورد نیاز بیماران در بخش‌های ویژه و سایر بیماران بصورت روزانه انجام می‌شود.		
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۳	انجام خدمات فیزیوتراپی درخواستی جهت بیماران بخش‌های ویژه بصورت روزانه طبق درخواست اعلام شده در سامانه HIS	بررسی مستند و مصاحبه
۴	انجام خدمات فیزیوتراپی درخواستی جهت بیماران سایر بخش‌ها، بصورت روزانه طبق درخواست اعلام شده در سامانه HIS	بررسی مستند و مصاحبه
هدایت کننده	مسئول بخش فیزیوتراپی	

و	۳	۲	در دفتر ثبت بخش فیزیوتراپی، موارد مورد انتظار ثبت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- مستند سازی سوابق خدمات فیزیوتراپی

سنجه. در دفتر ثبت موارد انجام فیزیوتراپی، نام و مشخصات بیمار، شماره بخش و اتاق بیمار (جهت بیماران بستری)، نام بیماری، ضایعات و محدودیت‌های ایجاد شده برای بیمار از نظر توانبخشی، ذکر نوع فیزیوتراپی درخواست‌شده، تاریخ درخواست برای درمان، پزشک معالج، تاریخ شروع درمان، تاریخ پایان درمان، سابقه مراجعه به بخش فیزیوتراپی برای ضایعه ثبت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت اطلاعات دموگرافیک بیماران دردفتر/فایل الکترونیک بخش*	بررسی مستند
۲	ثبت کد شناسایی بیماران بستری، پزشک معالج نام بخش دردفتر/فایل الکترونیک بخش	بررسی مستند
۳	درج نام بیماری، ضایعات و محدودیت‌های ایجاد شده برای بیمار از نظر توانبخشی دردفتر/فایل الکترونیک بخش	بررسی مستند
۴	درج نوع خدمات فیزیوتراپی درخواست شده دردفتر/فایل الکترونیک بخش	بررسی مستند
۵	ثبت تاریخ درخواست برای درمان، تاریخ شروع درمان، تاریخ پایان درمان، سابقه مراجعه به بخش فیزیوتراپی برای ضایعه دردفتر/فایل الکترونیک بخش	بررسی مستند
توضیحات	*در همه موارد در این سنجه منظور از بخش، بخش فیزیوتراپی است.	
هدایت کننده	مسئول بخش فیزیوتراپی	

و	۳	۳	حداقل موارد مورد انتظار در انجام خدمات فیزیوتراپی در پرونده بیمار ثبت می‌شوند.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از بروز قصور / خطا بدنبال ثبت کامل مستندات فیزیوتراپی در پرونده بیماران
- اخذ توصیه‌های بازتوانی در ترخیص بیماران

سنجه. در خصوص خدمات فیزیوتراپی به بیماران بستری، تمام موارد ارزیابی بیمار در شروع درمان، محدودیت‌های بیمار جهت یادآوری به کادر مراقبتی، برنامه‌ی درمان، ارزشیابی درمان ارائه شده (درصد بهبود حاصل شده به بهبود قابل انتظار پزشک معالج)، توصیه‌های بعد از ترخیص در پرونده بیمار ثبت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت موارد ارزیابی بیمار در شروع درمان*، در پرونده بیماران	بررسی مستند
۲	ثبت محدودیت‌های درمان و ارزشیابی نتایج فیزیوتراپی انجام شده نسبت به بهبود قابل انتظار پزشک در پرونده بیماران	بررسی مستند
۳	ثبت توصیه‌های بعد از ترخیص توسط کارشناس فیزیوتراپی در پرونده بیماران	بررسی مستند
هدایت کننده	مسئول بخش فیزیوتراپی	

و	۳	۴	افراد معلول، دسترسی آسان به بخش فیزیوتراپی دارند.

دستاورد استاندارد

- حمایت از مراجعین کم توان و دارای معلولیت جسمی

سنجه. امکان دسترسی آسان به بخش فیزیوتراپی برای افراد معلول فراهم شده‌است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود رمپ / آسانسور برای استفاده افراد معلول و کم توان در مسیر دسترسی به بخش فیزیوتراپی	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* طبقات اول بدون اختلاف سطح نیازی به رمپ ندارد. در واقع محل استقرار فیزیوتراپی بایستی به نحوی باشد که پله بدون جایگزین آسانسور/بالابر/ رمپ در مسیر دسترسی بخش فیزیوتراپی نباشد.	
هدایت کننده	مدیر، مسئول ساختمان، مسئول بخش فیزیوتراپی	

و. مدیریت خدمات پاراکلینیک

و-۴)طب انتقال خون

بر اساس " آیین نامه فعالیت بانک خون و بخش‌های مصرف کننده خون و فرآورده‌های آن در مراکز درمانی" بانک خون، بخشی از آزمایشگاه تشخیص طبی بیمارستان است که بر اساس ضوابط قانونی و با تایید نهایی سازمان انتقال خون، کد بهره‌برداری اخذ می‌نماید و ضمن درخواست خون و فرآورده‌های آن از سازمان، وظیفه انجام آزمایشات سازگاری، ذخیره و نگهداری خون و فرآورده‌های آن را بر عهده می‌گیرد و تحت سرپرستی مسئول فنی آزمایشگاه فعالیت می‌نماید. فعالیت بانک خون، ۲۴ ساعته خواهد بود. پاسخگویی در مقابل عملکرد بانک خون مرکز درمانی و بخش‌های مصرف کننده خون و فرآورده‌های آن در مرکز درمانی در مقابل مراجع بازرسی و نظارتی بر عهده رئیس مرکز درمانی و بازرسی و نظارت عالیه بر عهده سازمان انتقال خون می‌باشد.

و	۴	۱	روش‌های آزمایشگاهی بانک خون با روش‌های معتبر و تحت کنترل، برنامه‌ریزی می‌شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از خطاهای قبل از انجام آزمایش
- ارتقای ایمنی بیماران در مراحل تجویز و تزریق خون
- یکپارچه سازی روش‌ها و دستورالعمل‌های انجام آزمایش‌ها
- کاهش خطاهای فردی در انجام آزمایش‌ها

سنجه ۱ دستورالعمل انجام آزمایش‌های سازگاری از جمله Antibody screening و Cross match خون و فرآورده‌های خونی تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط **	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ ***	مشاهده
توضیحات	*این دستورالعمل توسط مسئول فنی آزمایشگاه با مشارکت مسئول بانک خون یا کارکنان مرتبط و با استفاده از راهنمای‌های ابلاغ شده توسط سازمان انتقال خون تدوین گردیده‌است **مسئول فنی آزمایشگاه آموزش‌های لازم در این خصوص را به کارکنان بانک خون ارائه نموده است و از صلاحیت آنان برای این امر اطمینان حاصل کرده است. ***روش Cross match استاندارد و ثبت مراحل آن شامل آزمایش Cross match در فازهای مختلف آزمایش در دمای اتاق یا Immediate spin فاز ۳۷ درجه سانتی‌گراد (آلبومین) و فاز AHG (آنتی هیومن گلوبولین) می‌باشد. انجام O.cell به عنوان غربالگری آنتی‌بای در نظر گرفته نمی‌شود. استفاده از محلول Liss بجای آلبومین قابل قبول است.	
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

سنجه ۲. دستورالعمل انجام آزمایش‌های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم به روش لوله ای، و آزمایش Rh(D) به روش لوله‌ای، تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط **	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*این دستورالعمل توسط مسئول فنی آزمایشگاه با مشارکت مسئول بانک خون یا کارکنان مرتبط و با استفاده از راهنمای‌های ابلاغ شده توسط سازمان انتقال خون تدوین گردیده است **مسئول فنی آزمایشگاه آموزش‌های لازم در این خصوص را به کارکنان بانک خون ارائه نموده است و از صلاحیت آنان برای این امر اطمینان حاصل کرده است. توصیه . نصب پوستر "آگلوتیناسیون و درجه بندی واکنش آنتی‌ژن-آنتی‌بای" تهیه شده در آزمایشگاه رفرانس ایمونوهماتولوژی سازمان انتقال خون در محل مناسب و قابل رویت در بانک خون برای کمک به تفسیر بهتر نتایج آزمایش.	
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

سنجه ۳. دستورالعمل انجام آزمایش‌های جستجوی آنتی‌بای‌های غیرمنتظره، انجام آزمایش آنتی‌گلوبین مستقیم تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل *	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان **	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*این دستورالعمل توسط مسئول فنی آزمایشگاه با مشارکت مسئول بانک خون یا کارکنان مرتبط و با استفاده از راهنمای‌های ابلاغ شده توسط سازمان انتقال خون تدوین گردیده است. **مسئول فنی آزمایشگاه آموزش‌های لازم در این خصوص را به کارکنان بانک خون ارائه نموده است و از صلاحیت آنان برای این امر اطمینان حاصل کرده است.	
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

سنجه ۴. دستورالعمل تهیه سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرمز، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون، تهیه گلبول قرمزهای حساس شده، تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط **	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*این دستورالعمل توسط مسئول فنی آزمایشگاه با مشارکت مسئول بانک خون یا کارکنان مرتبط و با استفاده از راهنمای‌های ابلاغ شده توسط سازمان انتقال خون تدوین گردیده است. **مسئول فنی آزمایشگاه آموزش‌های لازم در این خصوص را به کارکنان بانک خون ارائه نموده است و از صلاحیت آنان برای این امر اطمینان حاصل کرده است. توصیه. نصب پوستر "آگلوتیناسیون و درجه بندی واکنش آنتی‌ژن-آنتی‌بای" تهیه شده در آزمایشگاه رفرانس ایمونوهماتولوژی سازمان انتقال خون در محل مناسب و قابل رویت در بانک خون برای کمک به تفسیر بهتر نتایج آزمایش	
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

سنجه ۵. کنترل کیفی روزانه آنتی سرم‌های مورد استفاده در بانک خون انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انجام کنترل کیفی آنتی سرم‌های گروه بندی خون روزانه قبل از مصرف	مشاهده و مصاحبه
۲	مستندات مبنی بر کنترل کیفی کلیه آنتی سرم‌ها بر اساس هر Lot. No	بررسی مستند
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

سنجه ۶. پس از آماده سازی خون و فرآورده‌های آن جهت ارسال به بخش به منظور تزریق به بیمار، برچسبی شامل مشخصات دریافت کننده، وضعیت سازگاری با خون اهدایی، نام فرد انجام دهنده آزمایشات سازگاری و بخش مصرف کننده خون الصاق شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	جداسازی و مشخص ساختن خون‌های Cross match شده در یخچال به وسیله برچسب استاندارد Cross match	مشاهده
۲	اصلاعات برچسب حداقل شامل نام، نام خانوادگی، بخش بستری، کد رایانه‌ای(ID) بیمار و نام و نام خانوادگی فرد انجام دهنده آزمایش سازگاری بر روی کیسه های خون با قید وضعیت سازگاری	مشاهده
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

سنجه ۷. داده‌های مربوط به درخواست و ثبت نتایج آزمایشات قبل از تزریق و گزارش عوارض تزریق خون ثبت رایانه‌ای شده و در نرم‌افزار و سامانه‌های الکترونیکی مورد تایید سازمان انتقال خون وارد می‌شود. خون و فرآورده‌های خونی واجد بارکد (شماره اختصاصی) هستند که در صورت استفاده از بارکدخوان در بیمارستان این فرآورده‌ها قابل پیگیری می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تهیه و استفاده از نرم افزار * مورد تایید ساز مان انتقال خون	مشاهده و مصاحبه
۲	سامانه یا روش ثبت و بایگانی برای نگهداری سوابق خون و آزمایش‌های انجام شده روی نمونه خون بیماران، باید به نحوی باشد که ردیابی خون و فرآورده‌های آن به راحتی امکان‌پذیر باشد.	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*تازمان ابلاغ نهایی سازمان انتقال خون ثبت دستی قابل قبول است.	
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

و	۴	۲	حمل و نقل خون و فرآوردهای خونی در داخل و خارج بیمارستان با رعایت اصول فنی انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- حفظ کیفیت خون وفرآورده‌های آن به منظور ایجاد اثر بخشی مناسب پس از تزریق
- ارتقای ایمنی بیماران از طریق کاهش عوارض تزریق خون ناشی از حمل و نقل نامناسب و عدم رعایت زنجیره سرما

سنجه ۱. حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی از مرکز پخش سازمان انتقال خون به بیمارستان و داخل بیمارستان با رعایت زنجیره سرد و ایمن انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	استفاده از ماشین مخصوص حمل و نقل خون و فرآورده‌ها از مرکز پخش سازمان انتقال خون به بیمارستان	مشاهده
۲	استفاده از محفظه‌های مخصوص حمل و نقل	مشاهده
۳	استفاده از ثبت کننده دما در باکس حاوی کیسه‌های خون در زمان حمل از مرکز پخش سازمان انتقال خون به بیمارستان	مشاهده
۴	ثبت دمای فرآورده در هنگام تحویل در بانک خون بیمارستان	مشاهده و یررسی مستند
۵	تحویل دادن فرآورده از بانک خون به بخش‌های بیمارستان با باکس‌های جداگانه*	مشاهده
توضیحات	* جهت حمل و نقل فرآورده‌های خونی استفاده از ظرف درب پوش دار و دارای دستگیره به جهت جلوگیری از وارد آمدن ضربه فیزیکی به فرآورده‌ها ضروری است.	
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

سنجه ۲. فرد مسئول حمل ونقل فرآورده‌های خونی دارای کارت یا گواهینامه آموزشی معتبر و تاریخ دار از سازمان انتقال خون است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	حمل و نقل توسط افراد آموزش دیده دارای کارت	مشاهده و بررسی مستند
۲	کارت یا گواهی صادر شده از سازمان انتقال خون برای فرد مسئول حمل و نقل دارای اعتبار باشد	بررسی مستند
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

و	۴	۳	مدیریت مصرف خون و فرآورده‌های خونی با توجه به تاریخ انقضاء، وجود دارد.

دستاورد استاندارد

- مصرف بهینه خون و فرآورده‌های آن

سنجه ۱. اولویت مصرف خون و محصولات خونی با مواردی است که تاریخ انقضای آن نزدیک تر است بجز مواردی که به دستور پزشک و در موارد خاص خون تازه درخواست می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	چیدمان RBC-WHOLE BLOOD در یخچال به ترتیب تاریخ انقضاء *	مشاهده
۲	نگهداری فرآورده‌های پلاسمایی منجمد وکرایو به ترتیب تاریخ انقضاء *	مشاهده
۳	نگهداری فرآورده‌های پلاکتی به ترتیب تاریخ انقضاء	مشاهده
توضیحات	*رعایت اصل FIFO قراردادن فرآورده‌های خونی نزدیک‌تر به تاریخ انقضاء جلوتر از فرآورده‌های خونی که تاریخ انقضاء بیشتری دارند.	
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

سنجه ۲. براساس روش اجرایی مشخص، نگهداری خون و محصولات خونی به نحوی است که پیش از انقضای تاریخ به مصرف برسد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	کنترل روزانه خون و فرآورده‌های آن از نظر تاریخ انقضاء واطمینان از اینکه هیچ گونه فرآورده تاریخ انقضاء گذشته در واحد نباشد*	مشاهده
۲	تنظیم مصرف خون و فرآورده‌ها با روش مشخصی که قبل از انقضای تاریخ آنها مصرف شوند*	مصاحبه
توضیحات	*منظور از روش اجرایی مشخص مدیریت مصرف بر اساس تاریخ انقضای کیسه‌ها است به نحوی که همه کارکنان طوری عمل کنند که منجر به عبور کیسه‌ها از تاریخ انقضاء نشود.	
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

و	۴	۴	**نگهداری و آماده سازی خون و فرآورده‌های خونی طبق ضوابط انجام و تحت برنامه‌های کنترل کیفی انجام می‌شود.**

دستاورد استاندارد

- اطمینان از کیفیت خون و فرآورده‌های آن با شرایط نگهداری مناسب

سنجه ۱. ثبت دما برای تمام تجهیزات سرمایشی انجام می‌شود و جدول مبتنی بر اطلاعات تاریخ، ساعت، کارشناس مسئول چک آلارم و نتیجه ارزیابی حداقل هفتگی آلارم وجود دارد و ثبت لازم صورت می‌گیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت دمای یخچال و فریزر و شیکر انکوباتوردار پلاکتی با ترمومتر دیجیتالی- ترموگراف	بررسی مستند
۲	ثبت دستی **دمای یخچال و فریزر و شیکر انکوباتوردار پلاکتی با ترمومتر کالیبره***هر ۴ ساعت یکبار	بررسی مستند
۳	وجود سیستم هشدار دهنده شنیداری (آلارم) برای اعلام دمای خارج از محدوده مجاز*	مشاهده
۴	تهیه و تکمیل چک لیست ارزیابی آلارم****	بررسی مستند
توضیحات	* تنظیم سیستم هشدار دهنده یخچال مخصوص بانک خون به شکلی باشد که در کمتر از ۲/۵ درجه سانتی گراد و بیشتر از ۵/۵ درجه سانتی گراد هشدار دهد. تنظیم سیستم هشدار دهنده فریزر مخصوص بانک خون به طوری که در بیشتر از ۲۱- درجه سانتی گراد هشدار دهد. تنظیم سیستم هشدار دهنده شیکر انکوباتور پلاکتی به طوری که در بیشتر از ۲۳/۵ درجه سانتی گراد و کمتر از ۲۰/۵ درجه سانتی گراد هشدار دهد. ** در صورت ثبت دستی مدت زمان و حداکثر دمای خارج از حد متعارف یادداشت شود. ***ترمومتر کالیبره : ترمومتری است که در فواصل مشخص کالیبره شده و مورد تائید قرار گرفته است و مستندات آن نیز موجود است **** کنترل سیستم هشدار دهنده به صورت روزانه انجام شود.	
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

سنجه ۲. ثبات درجه حرارت یخچال‌های بانک خون از نوع خودکار هستند و حداقل یک بار در روز بررسی می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت دمای یخچال و فریزر و شیکر انکوباتوردار پلاکتی با ترمومتر دیجیتالی- ترموگراف	بررسی مستند
۲	بررسی ترموگراف‌های تجهیزات ذکر شده در بند یک حداقل روزی یک بار	بررسی مستند
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

سنجه ۳. پلاکت‌ها در دمای ^{o}C ۲۴-۲۰ با تکان آرام و با استفاده از روتاتور ذخیره می‌شوند.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود شیکر انکوباتور دار پلاکتی یا آژیتاتور پلاکتی در بانک خون	مشاهده
۲	بررسی ترموگراف تجهیز مذکور به منظور بررسی طیف دمایی	بررسی مستند
۳	موجود بودن سیستم هشداردهنده توقف حرکت در شیکر انکوباتور دار پلاکتی یا آژیتاتور پلاکتی	مشاهده
۴	موجود بودن سیستم هشداردهنده دما در شیکر انکوباتور دار پلاکتی یا آژیتاتور پلاکتی	مشاهده
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

سنجه ۴. ذوب پلاسما مطابق دستورالعمل سازمان انتقال خون با استفاده از دستگاه ذوب پلاسما یا بن ماری مستقل از آزمایشگاه صورت می‌گیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	موجود بودن دستگاه ذوب پلاسما یا بن ماری مجزا از سایر بخش‌های آزمایشگاه برای ذوب پلاسما در بانک خون	مشاهده
۲	دارای گواهی کالیبراسیون دما در۳۷ برای تجهیز فوق الذکر	بررسی مستند
۳	دارای سیستم هشداردهنده برای تجهیز فوق الذکر *	مشاهده و مصاحبه
۴	استفاده از کیسه‌های نایلونی پلی اتیلن غیر قابل نفوذ جهت ذوب فرآورده‌های پلاسمایی منجمد	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* تنظیم سیستم هشدار دهنده بن ماری به طوری که در دمای بیشتر از ۴۰ درجه سانتی گراد هشدار دهد.	
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

و | ۴ | ۵ | ارزیابی‌های لازم برای خون و محصولات خونی ارسالی و برگشتی از بخش انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- پیش گیری از بروز عوارض با عدم تزریق فرآورده‌های مشکل دار

سنجه ۱. در زمان ارسال کیسه‌های خون و فرآورده به بخش‌های مصرف کننده و در زمان تحویل و دریافت آن در بخش وضعیت ظاهری کیسه از نظر وجود نشت، همولیز، لخته، کدورت، حباب گاز در کیسه و مخدوش نبودن برچسب روی کیسه بررسی می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر وجود نشت	مشاهده
۲	بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر وجود همولیز	مشاهده
۳	بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر وجود لخته	مشاهده
۴	بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر وجود حباب گاز	مشاهده
۵	مخدوش نبودن برچسب روی کیسه	مشاهده
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

سنجه ۲. کمیته طب انتقال خون در خصوص پایش میزان خون‌های برگشتی از بخش به بانک خون اقدام و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برگزاری جلسه کمیته انتقال خون بیمارستان به صورت ماهیانه *	بررسی مستند و مصاحبه
۲	بررسی و ارزیابی موارد تزریق خون و موارد عدم مصرف و میزان خون‌های برگشتی	بررسی مستند
۳	تدوین اقدام اصلاحی/برنامه برای مصرف بهینه خون و کاهش موارد برگشتی	بررسی مستند
توضیحات	* جلسات کمیته انتقال خون بیمارستان حداقل هر ماه یک بار تشکیل می‌شود. برای مراکز درمانی با مصرف کمتر از ۲۰۰ واحد فرآورده خون در ماه به فواصل حداقل ۲ یا ۳ ماه یکبار می‌باشد و در صورت بروز مشکل و خطاهای انسانی چه در بخش‌ها و چه در آزمایشگاه بلافاصله جلسه برگزار گردد.	
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

و | ۴ | ۶ | دربیمارستان طرح سیستم مراقبت ازخون (هموویژلانس) اجرا می‌شود

دستاورد استاندارد

- ارتقای ایمنی بیماران
- واکنش سریع تیم درمانی در موارد مخاطره آمیز برای بیماران

سنجه ۱. در بیمارستان نظام مراقبت ازخون (سیستم هموویژلانس) اجرا می‌شود و بیمارستان دارای گواهی استقرار نظام مراقبت از خون از سازمان انتقال خون می‌باشد.		
سطح سنجه	☐الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اجرای نظام مراقبت از خون (هموویژلانس) در بیمارستان (بانک خون و بخش‌های مصرف کننده خون و فرآورده‌های آن) *	مشاهده
۲	موجود بودن گواهی معتبر استقرار نظام مراقبت از خون صادره از سازمان انتقال خون	بررسی مستند
توضیحات	* در تمامی مراکز درمانی که خون و فرآورده‌های آن مصرف می‌شود، مسئول یا مسئولان فنی مرکز درمانی موظف به استقرار نظام سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس) و مدیریت خون بیمار در مرکز درمانی خود می‌باشند.	
هدایت کننده	رئیس /مدیرعامل، کمیته طب انتقال خون، مسئول فنی/ ایمنی بیمارستان، مدیریت پرستاری و مسئول فنی آزمایشگاه	

سنجه ۲. بیمارستان از فرم‌های استاندارد به منظور درخواست خون و فرآورده‌های خونی استفاده می‌نماید و تمامی مندرجات آن تکمیل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	استفاده از فرم استاندارد درخواست خون تهیه شده توسط سازمان انتقال خون	مشاهده
۲	تکمیل بودن تمام آیتم‌های فرم مذکور *	بررسی مستند
توضیحات	*فرم‌های درخواست خون که ناقص باشند به ویژه فاقد کد ملی و فاقد مهر و امضاء پزشک غیر قابل قبول است.	
هدایت کننده	کمیته طب انتقال خون، روسای بخش‌های بالینی، مدیریت پرستاری، مسئول فنی آزمایشگاه/ مسئول بانک خون	

سنجه ۳. بیمارستان از فرم‌های استاندارد نظارت بر تزریق خون و فرآورده‌های خونی استفاده می‌نماید و تمامی مندرجات آن تکمیل می‌شود		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	استفاده از فرم استاندارد نظارت بر تزریق خون تهیه شده توسط سازمان انتقال خون	مشاهده
۲	تکمیل بودن تمام آیتم‌های فرم مذکور *	بررسی مستند
توضیحات	*فرم‌های نظارت بر تزریق خون که ناقص باشند غیر قابل قبول است	
هدایت کننده	کمیته طب انتقال خون، روسای بخش‌های بالینی، مدیریت پرستاری /مسئول فنی آزمایشگاه/ مسئول بانک خون	

سنجه ۴. فرم درخواست پلاکت فرزیس و فرم نظارت بر تزریق پلاکت فرزیس به طورکامل تکمیل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	استفاده از فرم استاندارد درخواست پلاکت فرزیس تهیه شده توسط سازمان انتقال خون *	مشاهده
۲	تکمیل بودن تمام آیتم‌های فرم مذکور *	بررسی مستند
توضیحات	*در صورتی که در بیمارستان پلاکت آفرزیس مصرف می‌شود استفاده از این فرم ضرورت دارد	
هدایت کننده	کمیته طب انتقال خون، روسای بخش‌های بالینی، مدیریت پرستاری /مسئول فنی آزمایشگاه/ مسئول بانک خون	

سنجه ۵. فرم درخواست خون و فرآورده‌های خونی درموارد اورژانس به طورکامل تکمیل می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	استفاده از فرم استاندارد درخواست خون و فرآورده‌های خونی درموارد اورژانس تهیه شده توسط سازمان انتقال خون *	مشاهده
۲	تکمیل بودن تمام آیتم‌های فرم مذکور *	بررسی مستند
توضیحات	*در صورتی که در بیمارستان خون به صورت اورژانس (بدون Cross match) مصرف می‌شود استفاده از این فرم ضرورت دارد.	
هدایت کننده	کمیته طب انتقال خون، رئیس بخش اورژانس، مدیریت پرستاری /مسئول فنی آزمایشگاه/ مسئول بانک خون	

سنجه ۵. پزشکان، پرستاران وپرسنل بانک خون، گواهی مربوط به گذراندن دورهٔ آموزشی هموویژلانس مورد تایید سازمان انتقال خون را دارند		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	گذراندن دورهٔ آموزشی هموویژلانس مورد تایید سازمان انتقال خون توسط پزشکان	بررسی مستند
۲	گذراندن دورهٔ آموزشی هموویژلانس مورد تایید سازمان انتقال خون توسط پرستاران	بررسی مستند
۳	گذراندن دورهٔ آموزشی هموویژلانس مورد تایید سازمان انتقال خون توسط پرسنل بانک خون	بررسی مستند
هدایت کننده	کمیته طب انتقال خون، کمیته طب انتقال خون، مسئول فنی بیمارستان/ مدیریت پرستاری /مسئول فنی آزمایشگاه/ مسئول بانک خون	

و ۴ ۷ عوارض ناخواستهٔ احتمالی تزریق خون به صورت برنامه‌ریزی شده مدیریت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ارتقای ایمنی بیماران پرخطر

سنجه ۱. روش اجرایی "مدیریت عوارض ناخواسته احتمالی به دنبال تزریق خون" تدوین وکارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	توصیه. پوستر "راهنمای نحوه برخورد با شایعترین عوارض حاد تزریق خون برای پزشکان و پرستاران" تهیه شده توسط سازمان انتقال خون در بانک خون و تمامی بخش‌های مصرف کننده خون نصب باشد و در صورت لزوم مورد استفاده کادر درمانی قرار گیرد.	
هدایت کننده	مسئول فنی بیمارستان، مدیریت پرستاری، مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

سنجه ۲. فرم گزارش عوارض ناخواستهٔ احتمالی تزریق خون برای تمامی عوارض ناخواسته به طورکامل تکمیل می‌شود و حداکثر ظرف ۲ روز به دفتر هموویژلانس سازمان انتقال خون ارسال می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	استفاده از فرم استاندارد گزارش عوارض ناخواستهٔ احتمالی تزریق خون برای تمامی عوارض ناخواسته تهیه شده توسط سازمان انتقال خون	مشاهده
۲	تکمیل بودن تمام آیتم‌های فرم مذکور	برررسی مستند
۳	ارسال فرم مذکور حداکثر ظرف ۴۸ ساعت از وقوع عارضه به دفتر هموویژلانس سازمان انتقال خون	برررسی مستندات
هدایت کننده	مدیریت پرستاری /مسئول فنی آزمایشگاه/ مسئول بانک خون	

سنجه ۳. عوارض ناخواسته انتقال خون و فراورده‌های خونی در کمیته طب انتقال خون مطرح و پس از بررسی علل ریشه‌ای، اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا می‌نماید.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی گزارش هرگونه عارضه به دنبال تزریق خون و فرآورده‌های آن در کارگروه (کمیته) انتقال خون	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تدوین اقدام اصلاحی/برنامه به منظور جلوگیری از وقوع مجدد عوارض تزریق خون	بررسی مستند و مصاحبه
۳	پیگیری انجام اقدام اصلاحی در موارد تصویب شده در جلسه قبلی کمیته انتقال خون*	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*وجود سوابق اقدامات اصلاحی که منجر کاهش بروز عوارض تزریق خون شده است شده است.	
هدایت کننده	مسئول فنی بیمارستان/ مدیریت پرستاری /مسئول فنی آزمایشگاه/ مسئول بانک خون	

و	۴	۸	نتایج کنترل کیفی خارجی و نتایج ممیزی‌های پایگاه انتقال خون در آزمایشگاه بانک خون تحلیل و اعمال می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ارتقای کیفی خدمات بانک خون
- شناسایی چالش‌های احتمالی در فرآیندها و فرصت رفع نواقص

سنجه ۱. آزمایشگاه بانک خون در برنامه کنترل کیفی‌های خارجی مربوط به آزمایشات ایمونوهماتولوژی شرکت می‌نماید و نتایج حاصله بررسی و در صورت لزوم، اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	شرکت در کنترل کیفی خارجی(External Quality Control) نمونه‌های آزمایشات ایمونوهماتولوژی	برررسی مستندات
۲	تدوین برنامه بهبود انجام آزمایشات ایمونوهماتولوژی	بررسی مستند
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

سنجه ۲. نتایج ممیزی خارجی پایگاه انتقال خون توسط مسئول فنی تحلیل، و اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا می‌شود و نتایج اقدامات به پایگاه انتقال خون استان ارسال می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تحلیل نتایج کنترل کیفی خارجی(External Quality Control) نمونه‌های آزمایشات ایمونوهماتولوژی توسط مسئول فنی آزمایشگاه	برررسی مستندات
۲	گزارش اقدامات انجام شده به سازمان انتقال خون	بررسی مستند
هدایت کننده	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

و	۴	۹	آماده سازی بیمار برای تزریق خون به صورت برنامه‌ریزی شده و رعایت اصول ایمنی بیمار انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ارتقای ایمنی بیماران پرخطر
- پیشگیری از خطاهای ناسازگاری

سنجه ۱. روش اجراییِ "نحوه شناسایی بیمار، نحوه نمونه گیری، نحوه آماده سازی بیمار قبل از تزریق خون" تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط **	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	*این روش اجرایی توسط مدیر پرستاری و مسئول فنی آزمایشگاه با مشارکت مسئول بانک خون و مسئول ایمنی بیمار و با استفاده از راهنمای‌های ابلاغ شده توسط سازمان انتقال خون تدوین گردیده است **مدیر پرستاری و سوپروایزر آموزشی و مسئول فنی آزمایشگاه آموزش‌های لازم در این خصوص را به پرستاران و کارکنان بانک خون ارائه نموده است و از صلاحیت آنان برای این امر اطمینان حاصل کرده است. توصیه. نصب پوستر "اقدامات مورد نیاز قبل از تزریق خون توسط پرستاران" تهیه شده در دفتر هموویژلانس سازمان انتقال خون در محل مناسب و قابل رویت در بخش
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون

سنجه ۲. روش اجراییِ نحوه تزریق خون و فرآورده‌ها، تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط **	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*این روش اجرایی توسط مدیر پرستاری با مشارکت مسئول ایمنی بیمار و با استفاده از راهنمای‌های ابلاغ شده توسط سازمان انتقال خون تدوین گردیده است **مدیر پرستاری و سوپروایزر آموزشی آموزش‌های لازم در این خصوص را به پرستاران ارائه نموده است و از صلاحیت آنان برای این امر اطمینان حاصل کرده است. توصیه. نصب پوستر "اقدامات مورد نیاز قبل از تزریق خون توسط پرستاران" تهیه شده در دفتر هموویژلانس سازمان انتقال خون در محل مناسب و قابل رویت در بخش	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بانک خون	

سنجه ۳. روش اجرایی "درخواست و تزریق خون برای نوزادان و شیرخواران با سن کمتر از ۴ ماه" تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط **	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*این روش اجرایی توسط مدیر پرستاری و مسئول فنی آزمایشگاه با مشارکت مسئول بانک خون و مسئول ایمنی بیمار و با استفاده از راهنمای‌های ابلاغ شده توسط سازمان انتقال خون تدوین گردیده است. **مدیر پرستاری و سوپروایزر آموزشی و مسئول فنی آزمایشگاه آموزش‌های لازم در این خصوص را به پرستاران و کارکنان بانک خون ارائه نموده است و از صلاحیت آنان برای این امر اطمینان حاصل کرده است. توصیه. نصب پوستر "اقدامات مورد نیاز قبل از تزریق خون توسط پرستاران" تهیه شده در دفتر هموویژلانس سازمان انتقال خون در محل مناسب و قابل رویت در بخش	
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، مسئول فنی آزمایشگاه /مسئول بانک خون	

ز – مدیریت اطلاعات

ز –۱) مدیریت اطلاعات سلامت

ثبت و نگهداری داده‌ها در حطیه پزشکی از اهمیت ویژه ای برخوردار است هیچ عاملی در ایجاد ارزش افزوده قادر به رقابت با اطلاعات نیست، یکی از نقش‌های حیاتی واحد مدیریت اطلاعات سلامت، بکارگیری مقررات، استانداردهای حرفه‌ای عملی، برای جمع آوری، حفظ امنیت، دسترسی آسان به اطلاعات گیرندگان خدمت است هدف اصلی استانداردهای این محور حفظ و طبقه بندی مدارک پزشکی و فراهم آوردن امکان دسترسی آسان، صحیح و سیستماتیک به مدارک است.

ز	۱	۱	بیمارستان از شرایط و معیارهای دسترسی به اطلاعات بیمار، اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- حفظ محرمانگی اطلاعات، اسناد و مدارک موجود در پرونده پزشکی
- محدود نمودن سطوح دسترسی به اطلاعات بیماران

سنجه . روش اجرایی "شرایط و معیارهای دسترسی درون سازمانی، برون سازمانی به اطلاعات بیماران" با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده‌است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	*تا زمان ابلاغ دستورالعمل واگذاری اطلاعات بیمار و پرونده پزشکی معیار های دسترسی درون سازمانی برون سازمانی براساس سیاست بیمارستان و قوانین موجود صورت می‌گیرد.
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات

ز ۱ ۲ بیمارستان از خلاصه برداری و امحاء پرونده‌های پزشکی پس از دوره ی زمانی تعیین شده اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- آزاد سازی فضای بایگانی اشغال شده با حذف پرونده هایی که عمر قانونی آن ها به اتمام رسیده است
- کاهش هزینه های دسترسی، نگه داری و بازیابی پرونده‌ها

سنجه . خلاصه برداری و امحاء پرونده‌های پزشکی پس از دوره‌ی زمانی تعیین شده طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	خلاصه برداری (الکترونیک/ کپی) از پرونده‌های پزشکی بیماران در زمان مشخص براساس دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	امحاء پرونده‌ها در بازه زمانی مشخص براساس دستورالعمل	بررسی مستند
توضیحات	*پرونده‌ها بر طبق دستورالعمل ساماندهی اسناد موضوع نامه شماره ۱۰۱/۳۰۷۶۸۲ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵ است و خلاصه پرونده‌های امحایی نگهداری می شود. کارکنان مربوطه از نحوه خلاصه برداری پرونده اطلاع دارند. توصیه ۱. دسته بندی و نگهداری پرونده‌های پزشکی براساس دستورالعمل ابلاغی انجام می شود و روشی برای کسب اطمینان از صحت عملکرد سیستم خلاصه برداری وجود دارد. توصیه۲. برای پرونده‌های امحا شده صورتجلسه تنظیم شده است.		
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، کمیته مدیریت اطلاعات، مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

ز ۱ ۳ بیمارستان از مدیریت طراحی و بروز رسانی فرم های بیمارستانی مورد نیاز اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- یکپارچگی آموزش پزشکی به دانشجویان علوم پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی
- حذف فرم های بلا استفاده، ادغام فرم ها به منظور به حداقل رساندن تلاش های اضافی و به حداقل رساندن هزینه چاپ
- برآورد کارآیی فرم با مشارکت کارکنان مرتبط

سنجه . هرگونه ایجاد فرم جدید با رعایت حداقل های مورد انتظار و براساس"فرایند و فلوچارت طراحی و اصلاح فرم های پرونده پزشکی" ابلاغی وزارت بهداشت صورت می‌پذیرد، و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ایجاد فرم جدید براساس فرآیند طراحی و جاگذاری فرمهای جدید در پرونده‌های پزشکی*	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان مرتبط از فرآیند اضافه نمودن فرمها و نحوه درخواست اضافه کردن فرم در پرونده	مصاحبه
۳	تطابق عملکرد کارکنان مرتبط با فرایند و فلوچارت طراحی و اصلاح فرم های پرونده پزشکی	مشاهده
توضیحات	*فرآیند طراحی و جاگذاری فرم‌های جدید فوق توسط رئیس یا مدیر بیمارستان به کارکنان مرتبط ابلاغ شده است. توصیه . ۱۸ فرم اصلی پرونده پزشکی بدون تغییر در پرونده وجود دارد، سایر فرم ها بجز ۱۸ فرم، براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و پس از تایید تیم مدیریت اجرایی و کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان در پرونده قرار می‌گیرند.	
هدایت کننده	تیم اجرایی، کمیته مدیریت اطلاعات و مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

ز	۱	۴	تطبیق پرونده‌های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات سلامت با فهرست بیماران پذیرش شده کنترل می‌شود.

دستاورد استاندارد

- کسب اطمینان از صحت آمارهای دریافتی ازبخش های مختلف بیمارستان
- پیشگیری از سرقت یا مخدوش و مفقود شدن پرونده‌ها

سنجه . کنترل و مطابقت پرونده‌های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات با فهرست بیماران پذیرش شده انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود سیستم دستی یا الکترونیک کنترل فهرست بیماران پذیرش شده با پرونده‌های ورودی در واحد مدیریت اطلاعات	بررسی مستند و مشاهده
۲	تطابق فهرست بیماران پذیرش شده با پرونده‌های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات	بررسی مستند
توضیحات	فهرست بیماران بستری شده بر طبق ایندکس اصلی[1] در واحد مدیریت اطلاعات وجود دارد. تو صیه . به منظور پی شگیری از ت شابه نام بیماران، ثبت نام پدر، کد ملی و تاریخ مراجعه در فهر ست بیماران پذیرش شده، پرونده‌ها و سیستم HIS بیمارستان انجام می گیرد.	
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

ز	۱	۵	بیمارستان برای بازبینی پرونده بیمار دارای یک فرآیند مشخص است.

دستاورد استاندارد

- کسب اطمینان از ثبت کامل داده‌ها در پرونده پزشکی
- به حداقل رساندن کسورات بیمه ای ناشی از عدم تکمیل پرونده

سنجه ۱ . واحد مدیریت اطلاعات سلامت با مشارکت نمایندگان همه تخصص های مختلف که در پرونده پزشکی، اطلاعاتی وارد کرده اند، چک لیست ممیزی تمامی اوراق پرونده‌ی پزشکی را جهت اطمینان از خوانا بودن، کامل بودن محتوای پرونده پزشکی و رعایت ترتیب قرارگرفتن اوراق تهیه نموده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تهیه چک لیست ممیزی محتوایی بررسی پرونده‌های پزشکی * توسط کمیته مدیریت اطلاعات	بررسی مستند
۲	چک لیست، حداقل شامل ارزیابی خوانا بودن، کامل بودن محتوای پرونده پزشکی و رعایت ترتیب قرارگرفتن اوراق است.	بررسی مستند
۳	آگاهی کارکنان بالینی از وجود چک لیست ممیزی پرونده های بالینی و اهمیت کاربرد آن	مصاحبه
۴	ممیزی پرونده های بالینی با استفاده از چک لیست توسط بخش انجام و رفع نقص می‌شود.	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	توصیه . نقص احتمالی محتوای چک لیست ممیزی پس از بررسی نظرات نمایندگان تخصص های مختلف برطرف می شود	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات درمان بیمارستان و مدیر بیمارستان	

سنجه ۲ . پرونده‌های پزشکی قبل از ارسال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت توسط منشی بخش و براساس چک لیست ممیزی اوراق پرونده پزشکی مورد بازبینی قرار می‌گیرند و نتایج حاصل از بازبینی پرونده‌های پزشکی به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند بازخورد داده می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود چک لیست ممیزی اوراق تکمیل شده پرونده پزشکی در بخش ها	بررسی مستند
۲	تکمیل چک لیست اوراق ممیزی پرونده پزشکی در بخش ها	بررسی مستند
۳	گزارش موارد نقص به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند توسط منشی بخش	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	توصیه . چک مجدد پس از رفع نقص انجام می شود و بازخورد بازبینی فرمها به کارکنان مستندساز اعم از پزشک و پرستار ارائه می‌شود	
هدایت کننده	سوپروایزر بالینی، سرپرستار بخش/پرستار مسئول شیفت و منشی بخش	

[1] Master Patient Index

سنجه ۳. روش اجرایی"سازماندهی درونی پرونده‌های پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار" با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده‌است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*بنا به سیاست بیمارستان یکی از روش هایSOMR-POMR-TOMR برای سازماندهی درونی پرونده‌های پزشکی در بخش استفاده می‌گردد.	
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات و فن آوری سلامت	

سنجه ۴ . پرونده‌های پزشکی پس از ارسال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت توسط این واحد و براساس چک لیست مجددا مورد بازبینی قرار می‌گیرند و نتایج به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند، بازخورد داده می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارسال چک لیست تکمیل شده‌ی ممیزی پرونده پزشکی توسط بخش به واحد مدیریت اطلاعات سلامت	بررسی مستند
۲	بازبینی نتایج ممیزی پرونده پزشکی توسط واحد مدیریت اطلاعات سلامت	بررسی مستند
۳	اطلاع رسانی موارد نقص به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند	بررسی مستند و مصاحبه
۴	رفع نواقص پرونده توسط افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند	بررسی مستند
توضیحات	توصیه . روشی برای کسب اطمینان از صحت عملکرد بازبینی پرونده‌های در واحد مدیریت اطلاعات سلامت وجود دارد ، بازنگری مجددپس از رفع نقص پرونده انجام می گیرد.	
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات و فن آوری سلامت	

سنجه ۵ . واحد مدیریت اطلاعات حداکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص بیماران بررسی کمی و کیفی پرونده‌ها را انجام داده و با مشارکت سرپرستاران و پزشکان بخش‌های بالینی نسبت به رفع نواقص پرونده‌های پزشکی اقدام می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تکمیل پرونده‌ها حداکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص بیماران	بررسی مستند
۲	بررسی کمی* و کیفی**پرونده ها توسط واحد مدیریت اطلاعات	بررسی مستند
۳	مشارکت سرپرستاران و پزشکان بخش‌های بالینی نسبت به رفع نواقص پرونده‌های پزشکی حداکثر تا ۱۴ روز	بررسی مستند
توضیحات	*در تحلیل کمی پرونده بیمار برای اطمینان از رعایت ۴ مورد به شرح ذیل بررسی می گردد. ۱. تعیین کاستی های پرونده از لحاظ تعداد گزارشات لازم ۲. تعیین عناصر اطلاعاتی نانوشته در فرم های پرونده ۳. تعیین گزارشات فاقد امضا ۴. تعیین گزارشات فاقد تاریخ و زمان ❖ این تحلیل توسط کارکنان بخش مدیریت اطلاعات انجام می شود. **تحلیل کیفی بعد از تحلیل کمی انجام می شود. در تحلیل کیفی برر سی پرونده برا ساس دو ویژگی accuracy و adequency صورت می‌گیرد و برخی از مواردی که مورد بررسی قرار می گیرد عبارتند از: ۱. وجود پیوستگی و توالی منطقی میان داده‌ها ۲. قابل فهم بودن و درک همگان از داده‌ها ۳. واریز به موقع داده‌ها. ❖ تحلیل کیفی توسط کارکنان بخش مدیریت اطلاعات با همکاری کادر پزشکی انجام می‌شود.	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات و فن آوری سلامت	

ز ۱ ۶ سیستم بایگانی برای پرونده‌های بستری، اورژانس و سرپایی با رعایت الزامات وجود دارد.

دستاورد استاندارد

- نگهداری، بازیابی و امنیت مدارک پزشکی
- دسترسی آسان به مدارک جمع آوری شده

سنجه۱ . بایگانی پرونده‌های بستری، اورژانس و سرپایی متناسب با شرایط واحد مدیریت اطلاعات سلامت (فضای بایگانی، تعدادپذیرش و ترخیص و درخواست پرونده پزشکی) وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فضایی برای بایگانی پرونده‌های پزشکی	مشاهده
۲	جای‌گذاری کلیه پرونده‌های پزشکی بستری، اورژانس و سرپایی در بایگانی	مشاهده
توضیحات	توصیه۱ . بایگانی براساس یکی از روشهای استاندارد ترمینال دیجیت، میدل دیجیت و یا سریال انجام گرفته است . توصیه ۲. لیست بیماران بستری با پرونده‌های بایگانی شده مطابقت دارد.	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات و فن آوری سلامت	

سنجه ۲. شرایط محل نگهداری پرونده‌های پزشکی منطبق با دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	مطابقت شرایط محل نگهداری پرونده‌های پزشکی با دستورالعمل های ابلاغی وزارت متبوع*	مشاهده
توضیحات	*رعایت شرایط محل نگهداری براساس دستورالعمل ساماندهی اسناد موضوع نامه شماره ۳۰۷۶۸۲ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، کمیته مدیریت اطلاعات، مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۳. واحد مدیریت اطلاعات سلامت پرونده‌های پزشکی بیماران (سرپایی، بستری، اورژانس) را حداقل براساس مدت زمان‌های ذکر شده در قسمت بایگانی جاری و راکد نگهداری می‌کند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نگهداری و بایگانی پرونده‌ها سرپایی، بستری، اورژانس براساس مدت زمان رسیدگی به پروند ها	مشاهده
۲	وجود فضای بایگانی جاری و راکد*	مشاهده
توضیحات	*رعایت مدت زمان های ابلاغی وزارت بهداشت طی نامه شماره ۴۰۹/۱۸۱۱د مورخ ۹۵/۱/۲۱ توصیه . در تمام بیمارستان ها حتی بیمارستان های جدید التاسیس محلی برای نگهداری پرونده‌های راکد تعیین شده است، لیست پرونده‌های بایگانی راکد در HIS قابل ردیابی است.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی و مسئول واحد مدیریت اطلاعات بیمارستان	

سنجه ۴. فرآیند بازیابی به گونه‌ای است که در ساعات فعالیت واحد مدیریت اطلاعات، بازیابی پرونده‌های پزشکی توسط پرسنل آموزش دیده درکمتر از ده دقیقه امکان پذیر است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فرآیند بازیابی پرونده‌های پزشکی در ساعات فعالیت واحد درکمتر از ده دقیقه	بررسی مستند و مشاهده
۲	وجود کارکنان آموزش دیده و مطلع از فرآیند بازیابی پرونده‌ها*	مصاحبه
توضیحات	*انطباق عملکرد کارکنان مربوط با فرایند، بنا به درخواست بخش‌ها و واحد ها پرونده‌های پزشکی بیماران ظرف کمتر از ۱۰ دقیقه از زمان درخواست در اختیار واحد درخواست کننده قرار می‌گیرد. توصیه . بخش‌ها و واحدها از روند تحویل پرونده‌ها ظرف مدت مذکور رضایت دارند	
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۵. روش اجرایی "محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات" تدوین، کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*شرایط و معیارهای حفاظت از پرونده پزشکی در برابر دسترسی های غیر مجاز تدوین شده است.	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات و مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۶. واحد مدیریت اطلاعات درخصوص پرونده‌های مفقود/آسیب دیده، برابر مقررات پیگیری لازم را به عمل آورده و نتایج بدست آمده به اطلاع تیم مدیریت اجرایی رسانده می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فرآیند پیگیری پرونده‌های مفقودی و یا آسیب دیده *	بررسی مستند
۲	وجود لیست پرونده‌های مفقودی	بررسی مستند
۳	اطلاع رسانی نتایج پیگیری پرونده‌های مفقود/آسیب دیده به تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*کارکنان مرتبط از فرایند پیگیری پرونده‌های مفقودی و یا آسیب دیده اطلاع دارند و عملکرد آنها منطبق با فرایند است. توصیه . مستندات پیگیری پرونده‌ها و رفع اسیب ها وجود دارد	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات	

سنجه ۷. روش اجرایی "ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی از واحد مدیریت اطلاعات سلامت" با استفاده از روش مدون ابلاغی و با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده‌است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات	

ز ۱ ۷ بیمارستان برای هر بیمار یک پرونده پزشکی تشکیل می دهد.

دستاورد استاندارد

- ثبت جریان بیماری، درمان و اطمینان از ادامه مراقبت صحیح گیرنده خدمت
- کمک و پشتیبانی از گیرنده خدمت، پزشکان کارکنان مسئول و ارائه دهندگان خدمات در بیمارستان

سنجه ۱. در پرونده‌های بستری، اورژانس و سرپائی، مشخصات بیماران، برگه رضایت بیمار، شرح حال، شرح اقدامات پزشکی و پرستاری، آزمایش‌ها و تصویربرداری، ثبت نتیجه نهایی و خلاصه پرونده تکمیل شده‌است و یک شماره‌ی پروندهِ اختصاصی دارد و از نظر دسترسی و سایر مقررات مربوط با پرونده‌های بستری انطباق دارند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تکمیل تمام اوراق پرونده برای بیماران بستری، اورژانس و سرپائی*	بررسی مستند
۲	وجود سیستم شماره گذاری و شماره پرونده اختصاصی	بررسی مستند
۳	وجود شرایط دسترسی یکسان برای پرونده‌های اورژانس و سرپائی	بررسی مستند
توضیحات	* بیماران سرپایی اورژانس دارای پرونده هستند.	
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۲. اسامی و مشخصات بیماران از دو روش شماره پرونده پزشکی و نام و نام خانوادگی در فهرست اسامی اصلی که شامل بیماران جدید و قدیم است موجود بوده و به سرعت قابل بازیابی است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اندکس اصلی بیماران[1] برای بیماران قدیم و جدید	بررسی مستند
۲	بازیابی پرونده‌ها براساس شماره پرونده بیماران موجود در ایندکس اصلی	مشاهده
۳	پرونده‌ها براساس نام و نام خانوادگی بیماران موجود در ایندکس اصلی	مشاهده
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۳. اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، و مشخصات بیمار در سربرگ سایر فرم های پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل شده‌است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تکمیل تمامی اطلاعات دموگرافیک *بیماران در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص	بررسی مستند
۲	تکمیل مشخصات بیمار در سربرگ سایر فرم های پرونده	بررسی مستند
توضیحات	*اطلاعات دموگرافیک شامل نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، محل تولد، شماره شناسنامه، کد ملی، وضعیت تاهل، آدرس، شماره تلفن در سربرگ فرم های پرونده‌های ارسالی از بخش های بستری. توصیه . به ازاء مشخصات دموگرافیک برای بیمار شماره پرونده وجود دارد.	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات و سوپروایزر/ سرپرستار یا پرستار مسئول بخش	

ز ۱ ۸ ثبت داده‌ها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) با رعایت حداقل های تعیین شده صورت می گیرد.

دستاورد استاندارد

- تجمیع، یکسان سازی و بروز رسانی آمار و اطلاعات بیمارستانی

سنجه ۱. ثبت داده‌های مربوط به اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش‌های بیمارستانی و فعالیت بخش‌ها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با رعایت حداقل‌های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می شود.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت داده‌های مربوط به اطلاعات شناسنامه ای و بخش‌های بیمارستانی و فعالیت بخش‌ها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با رعایت حداقل‌های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می شود	مصاحبه و مشاهده
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

[1] MASTER PATIENT INDEX

سنجه ۲. داده‌های ثبت شده مربوط به اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش‌های بیمارستانی و فعالیت بخش‌ها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با وضعیت موجود بیمارستان مطابقت دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	مطابقت داده‌های ثبت شده اطلاعات شناسنامه ای در سامانه با پروانه تاسیس و بهره برداری بیمارستان*	بررسی مستند
۲	مطابقت داده‌های ثبت شده بخش‌های بیمارستانی در سامانه با وضعیت موجود بیمارستان و مستندات دفتر فنی	بررسی مستند و مشاهده
۳	مطابقت داده‌های ثبت شده فعالیت بخش‌ها/واحدها در سامانه با دفاتر وفرمهای آماری موجود بیمارستان	بررسی مستند
توضیحات	*ثبت داده‌ها در سامانه مشاهده شود	
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۳. کنترل ثبت و بروزرسانی داده‌های مربوط به پرسنل و پزشکان، تجهیزات پزشکی و تجهیزات سرمایه ای در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی براساس حداقل های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	کنترل ثبت داده‌های مربوط به پرسنل، پزشکان، تجهیزات پزشکی و تجهیزات سرمایه ای در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات *	بررسی مستند و مشاهده
۲	کنترل بروزرسانی داده‌ها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستان	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	*مسئولیت ثبت اطلاعات پرسنل و پزشکان با امور اداری و کارگزینی بیمارستان و مسئولیت ثبت اطلاعات تجهیزات پزشکی و سرمایه ای با اداره تجهیزات پزشکی بیمارستان یا معاونت درمان است. واحد مدیریت اطلاعات مسئولیت نظارت بر ثبت اطلاعات و بروز رسانی آن در این قسمت ها می باشد.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول کارگزینی، مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان وکمیته مدیریت اطلاعات	

ز ۱ ۹ ثبت داده‌ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی[۱] با رعایت حداقل‌های مورد نظر وزارت بهداشت صورت می‌گیرد

دستاورد استاندارد

- مدیریت و کنترل فرایندهای مدیریتی و مراقبتی
- افزایش سرعت و دقت در ارائه خدمات به بیماران
- کاهش زمان پذیرش و ترخیص
- یکپارچه نمودن ثبت داده‌های بیمارستان

سنجه ۱. ثبت داده‌ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی مطابق مجموعه حداقل اقلام اطلاعاتی[۲] قابل دسترسی در سایت گروه آمار و فناوری اطلاعات درمان دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت صورت می‌گیرد و با پرونده کاغذی بیماران مطابقت دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت داده‌ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی مطابق مجموعه حداقل اقلام اطلاعاتی*	بررسی مستند
۲	مطابقت داده‌های ثبت شده با با پرونده کاغذی بیماران	بررسی مستند
توضیحات	*حداقل داده‌های بیماران در سایت دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی گروه مدیریت آمار و اطلاعات درمان[۳] شامل دو گروه عمده داده‌های اداری و داده‌های بالینی می باشد. داده‌های اداری شامل داده‌های هویتی، اطلاعات دموگرافیک،داده‌های مربوط به پذیرش بیماران،داده‌های ترخیص، داده‌های مالی و صورت حساب بیماراست. داده‌های بالینی شامل داده‌های تشخیصی، داده‌های مربوط به اقدامات پاراکلینیکی، داده‌های مربوط به اقدامات درمانی است.		
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی و کمیته مدیریت اطلاعات	

[۱] Hospital information system
[۲] Minimum Data Set(MDS)
[3] medcare.behdasht.gov.ir

سنجه ۲. کنترل محتوای داده‌ها وصحت آمارها و گزارش‌های دریافتی از سیستم اطلاعات بیمارستانی به طور منظم انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	کنترل محتوای داده‌ها و صحت آمارها و گزارش های دریافتی از سیستم اطلاعات*	بررسی مستند
توضیحات	*آمارها و گزارش های دریافتی سیستم اطلاعات بیمارستانی با دفاتر و فرم‌های آماری موجود مطابقت کامل دارد.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی و کمیته مدیریت اطلاعات	

ز	۱	۱۰	اطلاعات پرونده‌های پزشکی تکمیل می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ثبت تمامی اقدامات بالینی در نتیجه کاهش خطاهای پزشکی

سنجه ۱. فرم های پرونده اصل می‌باشد و تمام عناصر اطلاعاتی موجود در فرم ها به طور کامل تکمیل شده‌است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فرم های اصل در پرونده بیمار به غیر از فرم اعزام بیمار	بررسی مستند
۲	تکمیل فرم های پرونده بیمار	بررسی مستند
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات	

سنجه ۲. تشخیص نهایی توسط پزشک معالج در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، و خلاصه پرونده به طور دقیق ثبت شده‌است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت تشخیص نهایی در فرم پذیرش، و خلاصه پرونده توسط پزشک معالج	بررسی مستند
۲	مهر و امضاء هر دو فرم توسط پزشک معالج	بررسی مستند
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات و سرپرستار بخش	

سنجه ۳. از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارش های پزشکی حداقل شامل شرح حال، سیر بیماری، شرح عمل و مشاوره‌ها در کل بیمارستان استفاده می شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت تمامی گزارش های پزشکی به زبان فارسی یا انگلیسی *	بررسی مستند
۲	حداقل عناصر تشخیص نهایی، اقدام درمانی و عوارض و پیامدها و علت خارجی بیماری و صدمه، و علت فوت به زبان انگلیسی ثبت شده است	بررسی مستند
توضیحات	*ثبت گزارش های شرح حال، سیر بیماری، شرح عمل و مشاوره ها به زبان فارسی یا انگلیسی انجام می شود.	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات	

سنجه ۴. فرم شرح حال شامل مشخصات دموگرافیک بیمار(جمعیت شناختی)، شکایت‌اصلی‌بیمار، تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه بیماریهای قبلی، داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات، حساسیت و ناسازگاری دارویی، سوابق فامیلی، معاینات بدنی و بررسی های بالینی، نتایج معاینات بالینی، تشخیص اولیه یا افتراقی طرح درمان در پرونده موجود است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت مشخصات دموگرافیک بیمار(جمعیت شناختی) در فرم شرح حال	بررسی مستند
۲	ثبت شکایت اصلی‌بیمار، تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه بیماری‌های قبلی در فرم شرح حال	بررسی مستند
۳	ثبت داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات، حساسیت و ناسازگاری دارویی، سوابق فامیلی، در فرم شرح حال	بررسی مستند
۴	ثبت معاینات بدنی و بررسی های بالینی، نتایج معاینات بالینی، در فرم شرح حال	بررسی مستند
۵	ثبت تشخیص اولیه یا افتراقی و طرح درمان در فرم شرح حال	بررسی مستند
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات، رئیس بخش، سرپرستار بخش	

ز ۱ ۱۱ در صورت اعزام به سایر مراکز، گزارش اقدامات انجام شده برای بیمار به اطلاع بیمارستان مقصد رسانده می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ایجاد هماهنگی برای ارائه خدمات با سایر مراکز درمانی

سنجه. پزشک معالج در زمان اعزام بیمار به سایر مراکز، گزارش اقدامات انجام شده را در فرم اعزام به صورت خوانا و کامل ثبت نموده و نسخه اصلی به بیمارستان مقصد ارسال و تصویر آن مهمور به مهر و امضای اصل پزشک معالج در پرونده بیمار بایگانی می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت گزارش اقدامات انجام شده در فرم اعزام بیمار به سایر مراکز توسط پزشک معالج	بررسی مستند
۲	ارسال اصل فرم اعزام به بیمارستان مقصد	بررسی مستند
۳	بایگانی کپی فرم اعزام داخل پرونده بیمار بعد از امضاء و مهر اصل	بررسی مستند
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار بخش و مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

ز ۱ ۱۲ بیمارستان دارای سیستم کدگذاری رنگی می باشد.

دستاورد استاندارد

- جلوگیری از اشتباه و تسهیل در بازیابی داده‌های بیمار

سنجه. بیمارستان برای هجده برگ ابلاغی پرونده‌ها از سیستم کدگذاری رنگی[1] استفاده می نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	استفاده از سیستم کدگذاری رنگی برای هجده برگ اصلی پرونده بیماران	بررسی مستند
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

[1] Color Coding

ز	۱	۱۳	کد گذاری اقدامات تشخیصی و درمانی در پرونده بیماران براساس دستورالعمل کشوری انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- تشخیص و تفکیک بیماری‌ها و روش‌های درمانی از یکدیگر و طبقه بندی مدارک پزشکی براساس تشخیص‌ها
- افزایش سرعت و سهولت مراجعه به اطلاعات و ارائه آمارها

سنجه ۱. برای تمامی پرونده‌های پزشکی، قبل از بایگانی پرونده، کدگذاری تشخیص نهایی پرونده‌ها براساس کتاب طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها انجام می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	کدگذاری قبل از بایگانی پرونده براساس کتاب طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها	بررسی مستند
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۲. درکدگذاری پرونده‌ها، علاوه بر کدگذاری تشخیص نهایی، کدگذاری همه تشخیص‌ها و اقدامات درمانی (علل خارجی حوادث و مسمومیت ها، و علت زمینه‌ای مرگ)، براساس دستورالعمل کشوری صورت می‌پذیرد.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	کدگذاری تمام تشخیص‌ها و اقدامات درمانی در پرونده براساس دستورالعمل	بررسی مستند
توضیحات	در پرونده پزشکی، قبل از بایگانی پرونده، (در موارد حادثه یا فوت، علل خارجی حوادث و مسمومیت ها، و علت زمینه ای مرگ)، و سایر تشخیص‌ها براساس کتاب طبقه بندی بین المللی اقدامات درمانی و بیماری ها موجود است.	
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۳. از اطلاعات کدگذاری شده تشخیصی و اقدامات درمانی جهت گزارش دهی در فواصل تعیین شده و انجام تحقیقات استفاده می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	استفاده از اطلاعات کدگذاری شده تشخیصی و اقدامات درمانی جهت گزارش دهی و انجام تحقیقات	بررسی مستند
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۴. روش اجرایی" استفاده از حروف اختصاری مجاز و کاربرد آن ها در مستندات، به ویژه در پرونده بیمار" با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده‌است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*فهرستی از اختصارات مجاز جهت استفاده در پرونده پزشکی و تشخیص‌ها و اقدامات در هر بخش تنظیم و در بخش نصب شده است، و نسخه ای از آن به واحد مدیریت اطلاعات ابلاغ شده و کارکنان این واحد از آن اطلاع دارند و در بررسی پرونده و کدگذاری براساس آن عمل می نمایند.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی و کمیته مدیریت اطلاعات	

ز	۱	۱۴	کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در راستای اهداف و ماموریت های تعریف شده فعالیت دارد.

دستاورد استاندارد

- فراهم شدن امکان اندازه گیری پیشرفت و بهبود عملکرد
- ایجاد هماهنگی و وحدت در روند اجرای فرایند های اطلاعات سلامت

سنجه ۱. تکمیل صحیح ۱۸ برگ اصلی پرونده بیماران، در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بررسی و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی انجام می‌شود. همچنین ایجاد هرگونه فرم های بیمارستانی جدید توسط واحدها و بخش‌ها منوط به تایید این کمیته رسیده و سوابق آن در صورتجلسات کمیته وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی پرونده‌ها از تکمیل صحیح ۱۸ برگ اصلی پرونده‌های بالینی بیماران در کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان	بررسی مستند
۲	انجام اقدامات اصلاحی در موارد عدم انطباق	بررسی مستند
۳	ممانعت از تولید فرم های غیر ابلاغی وزارت بهداشت خارج از فرآیند استاندارد*	بررسی مستند
توضیحات	*هرگونه فرم‌های بیمارستانی جدید توسط واحدها و بخش‌ها منوط به تایید این کمیته رسیده و سوابق آن در صورتجلسات کمیته وجود دارد	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات	

سنجه ۲. سوابق بررسی مشکلات و رفع نیازهای بخش‌ها/واحدها در خصوص سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی در صورتجلسات کمیته موجود است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی مشکلات بخش ها/واحدها در خصوص سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی در جلسات کمیته مدیریت اطلاعات	بررسی مستند
۲	رفع نیازها و مشکلات سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی توسط کمیته مدیریت اطلاعات*	بررسی مستند
توضیحات	* با همکاری مسئول فنآوری اطلاعات بیمارستان در صورتجلسات مصوبات یکسال اخیر کمیته مدیریت اطلاعات درمان بیمارستان سوابق مربوط به بررسی مشکلات و رفع نیازهای اطلاعاتی و عناصر داده ای محتوای سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی بخش‌ها/واحدها موجود است	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات	

سنجه ۳. کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بیمارستان حداقل یکبار در ماه تشکیل جلسه می دهد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تشکیل ماهیانه جلسات کمیته مدیریت اطلاعات *	بررسی مستند
توضیحات	* مصاحبه با اعضائ کمیته در خصوص برگزاری ماهانه جلسات کمیته توصیه ۱. تصمیات اتخاذ شده درکمیته در اسرع وقت به مسئولین واحدهای مرتبط اطلاع رسانی و اجرای مصوبات پیگیری می‌شود. توصیه ۲. یک نسخه از تمامی صورتجلسات کمیته جهت نظارت بر پیگیری مصوبات این کمیته به واحد بهبود کیفیت ارسال می‌شود.	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات	

ز. مدیریت اطلاعات

ز-۲) فناوری اطلاعات

توضیحات کلی

واحد فناوری اطلاعات، به منظور پشتیبانی از سخت افزارها، نرم افزارها، مدیریت و امنیت اطلاعات بیمارستان فعالیت می‌نماید، این واحد بر تمامی امکانات و تجهیزات رایانه‌ای بیمارستان از مرحله خرید، نصب، اجراء، تا پشتیبانی نظارت دارد. حوزه های کاری شامل سخت افزار، نرم افزار، شبکه، مدیریت ارتباطات درون و بیرون سازمانی، امنیت و مدیریت اطلاعات بیمارستانی می‌باشد.

ز	۲	۱	سیستم اطلاعات بیمارستان[1] مطابق ضوابط و مقررات وزارت بهداشت در دسترس است.

دستاورد استاندارد

- تامین حداقل نیازمندی‌های کارکردی سیستم های اطلاعات بیمارستانی
- ارزیابی دوره‌ای عملکرد سیستم های اطلاعات بیمارستانی
- بررسی وضعیت عملکرد سیستم بر اساس شاخص‌های ارزیابی عملکردی سیستم های اطلاعات بیمارستانی
- بهبود کیفیت اطلاعات پرونده بیماران و کاهش بروز خطا در ثبت اطلاعات

سنجه ۱. بیمارستان، دارای گواهی نامه ارزیابی عملکردی سیستم اطلاعات بیمارستانی، معتبر از نظر زمان از وزارت بهداشت است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تصویر گواهینامه معتبر ارزیابی عملکردی سیستم اطلاعات بیمارستانی	بررسی مستند
۲	اعتبار تاریخ گواهینامه ارزیابی عملکرد در محدوده زمانی بررسی*	بررسی مستند
توضیحات	*تصویر گواهینامه ارزیابی عملکردی سیستم اطلاعات بیمارستانی(HIS) در واحد فناوری اطلاعات نگهداری می شود. تاریخ اعتبار گواهینامه ارزیابی عملکردی سیستم اطلاعات بیمارستانی، مشاهده شده و در محدوده زمانی بررسی معتبر باشد.	
هدایت کننده	مسئول واحد فناوری اطلاعات	

سنجه ۲. نرم افزارهای مورد استفاده بیمارستان، از کدهایِ ابلاغی، سامانه مکسا[2] (مرجع کدینگ سلامت ایران) استفاده می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود کدهایِ ابلاغی سامانه مکسا (مرجع کدینگ سلامت ایران) در نرم افزارهای بیمارستانی	مشاهده
۲	استفاده از کدها در ثبت داده‌ها در سیستم اطلاعات بیمارستان*	مشاهده و بررسی مستندات
توضیحات	*کارشناسان مرتبط از کدهای مصوب وزارت بهداشت موجود در سامانه مکسا آگاهی داشته و از آن استفاده می نمایند. بر اساس دستورالعمل اجرای الزامات اتصال بیمارستان‌های کشور به سپاس در راستای طرح تحول نظام سلامت کشور به شماره ۲۰۱/۴۹/د مورخ ۱۳۹۳/۰۱/۲۳ و بخشنامه نحوه تهیه صورتحساب متحدالشکل توسط سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی به شماره ۱۱۰/۶۵۱/د مورخ ۱۳۹۳/۰۶/۱۰/ توصیه . کارکنان ثبت کننده داده ها در سیستم اطلاعات بیمارستان، با سامانه مکسا و سیستم‌های کد گذاری معرفی شده در آن آشنا باشند. به طور مثال کارکنان ثبت کننده اطلاعات با آخرین نسخه کدهای مصوب تشخیص (برای نمونه ICD) و کدهای ارائه خدمات (RVU) و یا سیستم های کد گذاری پرونده الکترونیک سلامت، آشنا باشد.	
هدایت کننده	مسئول واحد فناوری اطلاعات	

[1] Hospital information system

[2] Coding.behdasht.gov.ir

سنجه ۳. در قرارداد پشتیبانی سیستم اطلاعات بیمارستانی الزام شرکت ارائه دهنده خدمت بر فراخوانی سرویس‌های تبادل اطلاعات با سپاس شامل سرویس‌های روکش اسناد بیمارستانی، نتایج تست‌های آزمایشگاهی، مدیریت تخت‌های بیمارستانی، ثبت آنفولانزا، سکته های قلبی و ثبت مرگ آورده شده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود بند الزام فراخوانی سرویس‌های تبادل اطلاعات با سپاس در قرارداد پشتیبانی سیستم اطلاعات بیمارستانی*	بررسی مستند
۲	مشاهده سرویس‌های تبادل** در قرارداد پشتیبانی فیمابین بیمارستان و متولی*** سیستم اطلاعات بیمارستانی	بررسی مستند
توضیحات	*در نسخه کاغذی/ الکترونیک قرارداد پشتیبانی سیستم اطلاعات بیمارستانی الزام فراخوانی سرویس های تبادل اطلاعات با سپاس آورده شده **سرویس های تبادل شامل سرویس‌های روکش اسناد بیمارستانی، نتایج تست‌های آزمایشگاهی، مدیریت تخت‌های بیمارستانی، ثبت آنفولانزا، سکته های قلبی و ثبت مرگ، در قرارداد پشتیبانی فیمابین بیمارستان و متولی سیستم اطلاعات بیمارستانی(شرکت/دانشگاه/ ...) ***متولی می تواند شرکت/دانشگاه ارائه دهنده خدمات باشد، در مواردی که بیمارستان خود متولی سیستم اطلاعات بیمارستانی مستقر است این سنجه باید در شرح وظایف پشتیبانی سیستم اطلاعات بیمارستانی درج شده باشد.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان و مسئول واحد فناوری اطلاعات	

سنجه ۴. تجهیزات تصویربرداری بیمارستان دارای خروجی دیجیتال[1] و مطابق استاندارد است و سیستم اطلاعات بیمارستانی امکان اتصال به سیستم ارتباطی ذخیره تصاویر[2] را دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انطباق تصاویر خروجی با آخرین استانداردهای وزارت بهداشت*	مشاهده و بررسی مستند
۲	اتصال سیستم اطلاعات بیمارستانی به سیستم ارتباطی ذخیره تصاویر	مشاهده و بررسی مستند
توضیحات	*خروجی دیجیتال تجهیزات تصویربرداری بیمارستان مشاهده شود . تصاویر دیجیتال خروجی مطابق با آخرین استانداردهای وزارت بهداشت است و امکان اتصال سیستم اطلاعات بیمارستانی به سیستم ارتباطی ذخیره تصاویر وجود دارد. با مراجعه به تارنما[3] از آخرین نسخه استانداردهای تبادل داده مطلع شوند.به طور مثال دارای حداقل اطلاعات کلاس اصلی[4] "سیستم های آرشیو و مخابره تصاویر پزشکی" باشد. توصیه . سند راهنمای تبادل داده ها با سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایران، سیستم های آرشیو و مخابره تصاویر پزشکی مطالعه شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول واحد فناوری اطلاعات	

سنجه ۵. حداقل یک دستگاه رایانه متصل به سیستم اطلاعات بیمارستانی برای ثبت داده‌ها در بخش‌های بالینی و غیربالینی وجود دارد و دارای برنامه پیشگیرانه نگهداشت و سرویس دوره‌ای می باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	دستگاه رایانه متصل به سیستم اطلاعات بیمارستانی در بخش‌های بالینی و غیربالینی*	مشاهده
۲	برنامه منظم و دوره‌ای پیشگیرانه نگهداشت و سرویس رایانه‌ها	بررسی مستند
توضیحات	*حداقل یک دستگاه رایانه در بخش‌های بالینی و غیربالینی بیمارستان مشاهده شود که از طریق شبکه محلی بیمارستان به یکدیگر و سیستم اطلاعات بیمارستانی ارتباط دارند. برای مثال امکان ثبت خدمات در بخش‌های ارائه دهنده خدمات بالینی و غیر بالینی در سیستم اطلاعات بیمارستانی وجود دارد و اطلاعات ثبت شده ، توسط افراد/ فرد ذیصلاح با تعیین سطوح دسترسی مجاز، در سایر نقاط بیمارستان قابل مشاهده است. توصیه . واحد فناوری اطلاعات بیمارستان فرایندی برای اجرای برنامه نگهداشت و سرویس دوره ای پیشگیرانه رایانه‌ها دارد.	
هدایت کننده	مسئول واحد فناوری اطلاعات	

[1] Digital Imaging and Communications in Medicine
[2] Picture Archiving Communication System
[3] http://it.behdasht.gov.ir/page/document
[4] Medical Image Report Message VO

ز	۲	۲	ثبت یافته های تشخیصی و درمانی در سیستم اطلاعات بیمارستان صورت می گیرد.[1]

دستاورد استاندارد

- ثبت هماهنگ و یکپارچه اطلاعات تشخیصی و درمانی گیرنده خدمت بر اساس فیلدهای اطلاعاتی مربوط مطابق اسناد راهنمای سرویس‌های تبادل اطلاعات با سامانه پرونده الکترونیک سلامت

سنجه ۱. سیستم اطلاعات بیمارستان، قابلیت پشتیبانی فیلدهای اطلاعاتی فرم‌های استاندارد از جمله فرم پذیرش بیمار، فرم ثبت علایم حیاتی، فرم شرح‌حال بیمارستانی را دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	پوشش فیلدهای اطلاعاتی فرم‌های استاندارد در سیستم اطلاعات بیمارستان *	مشاهده
۲	وجود کنسولی در سیستم اطلاعات بیمارستانی جهت مشاهده وضعیت پرونده‌های تبادل شده با سپاس**	مشاهده
توضیحات	*ویژگی‌های اطلاعاتی پذیرش بیمار، ثبت علایم حیاتی و خدمات تشخیصی درمانی ارائه شده به گیرنده خدمت، در سیستم اطلاعات بیمارستان، مطابق با مندرجات اسناد راهنمای سرویس‌های تبادل اطلاعات با سامانه پرونده الکترونیک سلامت پوشش داده می شود و با سپاس در حال تبادل اطلاعات است. با مراجعه به واحد فناوری اطلاعات، در سیستم اطلاعات بیمارستان شناسه‌های مراجعه پرونده بیماران، که پس از ارسال اطلاعات به سپاس دریافت شده اند مشاهده شود. ** امکان گزارش‌گیری از وضعیت تراکنش‌های صورت گرفته با سپاس بصورت خطادار و بدون خطا وجود دارد. منظور از فرم ها ، کلاس‌های اطلاعاتی مندرج در اسناد راهنمای سرویس‌های تبادل اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت است.	
هدایت کننده	مسئول واحد فناوری اطلاعات	

سنجه۲. ثبت اطلاعات مربوط به تمام اقدامات درمانی و دستورات پزشک با واژگان، اصطلاحات و کدهای استاندارد در سیستم اطلاعات بیمارستان انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	پوشش ویژگی های اطلاعاتی اقدامات درمانی و دستورات پزشک ارائه شده به گیرنده خدمت در سیستم اطلاعات بیمارستان مطابق با اسناد راهنمای تبادل اطلاعات با سپاس *	مشاهده
۲	وجود کنسولی در سیستم اطلاعات بیمارستانی جهت مشاهده وضعیت پرونده های تبادل شده با سپاس**	مشاهده
توضیحات	* نسخه‌های به روز کدهای استاندارد از طریق تارنما[2] قابل دسترس است. سیستم های کد گذاری استاندارد در اسناد راهنما تبادل اطلاعات با سپاس اورده شده است. ویژگی های اقدامات درمانی و دستورات پزشک ارائه شده به گیرنده خدمت، مطابق با مندرجات اسناد راهنمای سرویس های تبادل اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت در سیستم اطلاعات بیمارستان پوشش داده می شود و با سپاس در حال تبادل اطلاعات است. **با مراجعه به واحد فناوری اطلاعات، در سیستم اطلاعات بیمارستان شناسه های مراجعه پرونده بیماران، که پس از ارسال اطلاعات به سپاس دریافت شده اند مشاهده شود. امکان گزارش گیری از وضعیت تراکنش های صورت گرفته با سپاس بصورت خطادار و بدون خطا وجود دارد.	
هدایت کننده	مسئول واحد فناوری اطلاعات	

[1] اگر در تبادل داده با سپاس بر اساس استانداردها صورت نگیرد شناسه مراجعه به عنوان خروجی فرایند ارسال دریافت نخواهد شد.

[2] Coding.behdasht.gov.ir

سنجه ۳. ثبت شرح عمل و شرح بیهوشی طبق فرمت و ساختار تعیین شده در سیستم وجود دارد و امکان گزارش فرم فراهم است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	پوشش ویژگی های اطلاعاتی مربوط به خدمات ارائه شده به بیمار شامل اتاق عمل و بیهوشی، پزشک جراح و کمک جراح در HIS	مشاهده
۲	وجود کنسولی در سیستم اطلاعات بیمارستانی جهت مشاهده وضعیت پرونده های تبادل شده با سپاس	مشاهده
توضیحات	ویژگی های اطلاعاتی مربوط به اقدامات اتاق عمل و بیهوشی، پزشک جراح و کمک جراح، مطابق مندرجات اسناد راهنمای سرویس های تبادل اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت در سیستم اطلاعات بیمارستان پوشش داده می شود و با سپاس در حال تبادل اطلاعات است. با مراجعه به واحد فناوری اطلاعات، در سیستم اطلاعات بیمارستان شناسه های مراجعه پرونده بیماران، که پس از ارسال اطلاعات به سپاس دریافت شده اند مشاهده شود. امکان گزارش گیری از وضعیت تراکنش های صورت گرفته با سپاس بصورت خطادار و بدون وجود دارد.	
هدایت کننده	مسئول واحد فناوری اطلاعات	

سنجه ۴. ثبت نتایج آزمایشات بیمار و داروهای مصرفی در پرونده الکترونیکی بیماران با رعایت حداقل‌های * تعیین شده وزارت بهداشت صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	پوشش ویژگی‌های اطلاعاتی مربوط به خدمات ارائه شده به بیمار آزمایشات تشخیص طبی، داروهای مصرفی بخش و داروهای مصرفی اتاق عمل در سیستم اطلاعات بیمارستان بر اساس سند راهنمای تبادل اطلاعات با سپاس	مشاهده
۲	وجود کنسولی در سیستم اطلاعات بیمارستانی جهت مشاهده وضعیت پرونده های تبادل شده با سپاس	مشاهده
توضیحات	ویژگی‌های اطلاعاتی مربوط به اقدامات آزمایشات تشخیص طبی، داروهای مصرفی بخش و داروهای مصرفی اتاق عمل مطابق مندرجات اسناد راهنمای سرویس های تبادل اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت در سیستم اطلاعات بیمارستان پوشش داده می شود و با سپاس در حال تبادل اطلاعات است. با مراجعه به واحد فناوری اطلاعات، در سیستم اطلاعات بیمارستان شناسه های مراجعه پرونده بیماران، که پس از ارسال اطلاعات به سپاس دریافت شده اند مشاهده شود. امکان گزارش گیری از وضعیت تراکنش‌های صورت گرفته با سپاس بصورت خطادار و بدون خطا وجود دارد.	
هدایت کننده	مسئول واحد فناوری اطلاعات	

سنجه ۵. تشخیص نهایی بیمار، حداکثر تا۲۴ ساعت پس از ترخیص انجام شده و در پرونده الکترونیکی بیمار با کدینگ معتبر ثبت شده است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فیلدهای مرتبط با درج تشخیص نهایی بیمار با کدینگ معتبر در سیستم اطلاعات بیمارستانی	مشاهده
۲	درج تاریخ و ساعت ترخیص در پرونده الکترونیکی بیمار	مشاهده
۳	ثبت تشخیص نهایی تا حداکثر ۲۴ ساعت پس از ترخیص در سیستم اطلاعات بیمارستانی	مشاهده
توضیحات	توصیه۱ . در صورت عدم ثبت پیام هشدار صادر گردد. پرونده الکترونیکی گیرندگان خدمت با پرونده کاغذی متناظر آن بررسی شود، تاریخ و ساعت ترخیص و درج تشخیص نهایی در پرونده الکترونیک برای اطمینان از ثبت تا حداکثر ۲۴ ساعت مطابقت داده شود. توصیه ۲. کارنامه ارزیابی کیفیت محتوای پرونده الکترونیک در خصوص شاخص ثبت تشخیص نهایی برای بیمارستان در بازه زمانی یکسال گذشته موجود باشد.	
هدایت کننده	مسئول واحد فناوری اطلاعات	

ز	۲	۳	ثبت اطلاعات بیماران، و ارائه دهندگان خدمات در سیستم اطلاعات بیمارستان صورت می گیرد.

دستاورد استاندارد

- تعیین هویت گیرندگان خدمت، امکان پیگیری خدمات ارائه شده، سابقه بیماری و سیر درمان
- مشخص شدن هویت حرفه‌ایی ارائه دهنده گان خدمت، امکان پیگیری خدمات ارائه شده

سنجه ۱. اطلاعات هویتی و شماره ملی بیماران بستری، در پرونده الکترونیکی بیمار تا زمان ترخیص ثبت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فیلدهای مرتبط با درج شناسه ملی بیمار در سیستم اطلاعات بیمارستانی	مشاهده
۲	وجود سیستم هشدار در صورت عدم ثبت اطلاعات هویتی و شماره ملی بیماران بستری	مشاهده
توضیحات	توصیه ۱. یکی از مدارک شناسایی بیمار که شامل شناسه ملی وی باشد حداکثر تا هنگام ترخیص از وی اخذ گردد و در پرونده کاغذی وی نگهداری شود. توصیه ۲. امکان استفاده از سرویس استعلام هویت در سیستم اطلاعات بیمارستانی موجود باشد.	
هدایت کننده	مسئول واحد فناوری اطلاعات	

سنجه ۲. بیمارستان اطلاعات مربوط به زایمان‌ها اعم از طبیعی، سزارین را در سامانه " ثبت اطلاعات سلامت مادر و نوزاد" ثبت می نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود سامانه ثبت اطلاعات سلامت مادر و نوزاد	مشاهده
۲	ثبت اطلاعات مربوط به زایمان ها*	مشاهده و بررسی مستندات
توضیحات	بر اساس بخشنامه شماره ۴۰۰/۱۶۲۷۲د مورخ ۹۱/۱۲/۷ در سامانه[1] ثبت می شود.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیر عامل بیمارستان و ماما مسئول بلوک زایمان	

سنجه ۳. در سیستم اطلاعات بیمارستانی برای هر بیمار شماره‌های نظام پزشکی، نظام پرستاری و نظام مامائی ارائه دهندگان خدمات سلامت ثبت می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فیلدهای مرتبط با درج اطلاعات کامل ارائه دهنده خدمت در سیستم اطلاعات بیمارستانی*	مشاهده
۲	وجود سرویس استعلام نظام پزشکی در سیستم اطلاعات بیمارستانی	مشاهده
توضیحات	*فیلدهای مرتبط با درج اطلاعات کامل ارائه دهنده خدمت شامل شماره نظام پزشکی در سیستم اطلاعات بیمارستانی وجود داشته باشد توصیه . امکان استفاده از سرویس استعلام نظام پزشکی در سیستم اطلاعات بیمارستانی موجود باشد.	
هدایت کننده	مسئول واحد فناوری اطلاعات	

[1] http://www.Iman.Health.gov.ir

ز	۲	۴	سیستم اطلاعات بیمارستانی دارای گواهینامه معتبر "مطابقت با استانداردهای سپاس"(سامانه پرونده الکترونیک سلامت) است.

دستاورد استاندارد

- توسعه و استقرار پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان
- حصول اطمینان از احراز قابلیت سیستم اطلاعات بیمارستانی
- کسب حد نصاب مطلوبیت لازم در شاخص‌های کیفی مورد نظر اعطای گواهی سپاس و رعایت تمامی پروتکل‌های تبادل اطلاعات با سپاس

سنجه ۱. سیستم اطلاعات بیمارستانی دارای گواهینامه معتبر "مطابقت با استانداردهای سپاس"از وزارت بهداشت است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	گواهینامه معتبر مطابقت با استانداردهای سپاس	بررسی مستندات
۲	اعتبار تاریخ گواهینامه محدوده زمانی بررسی	بررسی مستندات
توضیحات	تصویر گواهینامه معتبر مطابقت با استانداردهای سپاس در واحد فناوری اطلاعات نگهداری می شود. تاریخ اعتبار گواهینامه معتبر مطابقت با استانداردهای سپاس، مشاهده شده و در محدوده زمانی بررسی معتبر باشد. توصیه . از طریق تارنما[1] محصولات دارای گواهینامه مطابقت با استانداردهای سپاس و تاریخ اعتبار آنها قابل مشاهده است.		
هدایت کننده	رئیس/ مدیر عامل بیمارستان و مسئول واحد فناوری اطلاعات	

سنجه ۲. ثبت داده ها در سیستم اطلاعات بیمارستان مطابق دستورالعمل‌ها و راهنماهای فنی سامانه پرونده الکترونیکی سلامت (سپاس) صورت می‌گیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود ماژول تبادل اطلاعات با سپاس در سیستم اطلاعات بیمارستانی*	مشاهده
۲	وجود کنسولی در سیستم اطلاعات بیمارستانی جهت مشاهده وضعیت پرونده های تبادل شده با سپاس	مشاهده
توضیحات	*امکان گزارش گیری از وضعیت تراکنش‌های صورت گرفته با سپاس بصورت خطادار و بدون خطا وجود دارد.	
هدایت کننده	مسئول واحد فناوری اطلاعات	

سنجه ۳. تعداد پرونده‌های ارسالی به سپاس در ماه های مختلف، دقیقا به تعداد بیماران بستری ترخیص شده از بیمارستان است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انطباق تعداد ترخیص شدگان بستری بیمارستان در یک ماه با تعداد پرونده های ارسال شده به سپاس در همان ماه	بررسی مستند
۲	ارائه گزارش از تعداد ترخیص شدگان بستری بیمارستان در یک ماه	بررسی مستند
توضیحات	توصیه ۱. ماژول تبادل اطلاعات با سپاس در سیستم اطلاعات بیمارستانی و کنسولی، در سیستم اطلاعات بیمارستانی جهت مشاهده وضعیت پرونده های تبادل شده با سپاس وجود دارد. توصیه ۲ . گزارشی از تعداد ترخیص شدگان بستری بیمارستان در یک ماه ارائه گردد و مطابقت با تعداد پرونده‌های ارسال شده به سپاس در همان ماه بررسی شود، تعداد پرونده‌های ارسال شده به سپاس دقیقا به تعداد بیماران بستری ترخیص شده از بیمارستان در همان ماه است. توصیه ۳. آمار دقیق تعداد ترخیص شده‌گان از منبع معتبر در بیمارستان اخذ گردد.		
هدایت کننده	مسئول واحد فناوری اطلاعات	

[1] http://it.behdasht.gov.ir/page/certified-vendors

سنجه ۴. محتوای کیفی پرونده‌های الکترونیکی سلامت مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت است و کارنامه منظم دوره‌ای از وضعیت کیفی محتوای پرونده بیماران تهیه می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تطابق محتوای پرونده الکترونیک در خصوص شاخص ثبت تشخیص نهایی و شاخص‌های کدینگ	بررسی مستند
۲	وجود کارنامه ارزیابی کیفیت محتوای پرونده الکترونیک در بازه زمانی یکسال گذشته	بررسی مستند
هدایت کننده	مسئول واحد فناوری اطلاعات	

سنجه ۵. کارکنان مرتبط با سیستم اطلاعات بیمارستانی دارای مجوز کار با سامانه پرونده الکترونیک، از وزارت بهداشت هستند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود گواهی دوره‌های آموزشی کارکنان حوزه سیستم‌های اطلاعات	بررسی مستند
توضیحات	توصیه ۱. با مراجعه به واحد فناوری اطلاعات مدرک دوره آموزش و مجوز کار با سامانه کارکنان حوزه سیستم‌های اطلاعات مشاهد شود. توصیه ۲ . فرایندهای جاری مرتبط با سیستم اطلاعات بیمارستانی توسط افراد آموزش دیده و دارای مدرک از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام می شود.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان و مسئول واحد فناوری اطلاعات	

ز ۲ ۵ امنیت داده ها در برابر دسترسی غیر مجاز به سیستم اطلاعات بیمارستان حفظ می‌شود.

دستاورد استاندارد

- جلوگیری از مخدوش سازی اطلاعات
- حفاظت داده‌های سیستم اطلاعات

سنجه . روش اجرایی "حفظ امنیت سیستم، امانت داری و جلوگیری از دخل و تصرف در داده، تعیین سطوح دسترسی افراد، بخش‌ها و واحدها، محرمانه ماندن اطلاعات الکترونیکی" بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند و مصاحبه
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	توصیه . گواهی ارزیابی امنیتی نرم افزار وجود دارد. در صورت روش احراز هویت دو عامله فرم ورود به سامانه با استفاده از کدهای کنترلی (capcha) صورت گیرد. از راهکارهای امنیتی احراز هویت دو عامله و یا تجهیز سامانه به زیر ساخت کلید عمومی و مکانیسم های ورود امن با استفاده از توکن سخت افزاری استفاده شود. گزارش‌های امنیتی بر خط از ثبت رویدادهای دسترسی به اطلاعات در قالب دوره های زمانی مشخص و قابل انتخاب بر اساس نیاز وجود داشته باشد.	
هدایت کننده	مسئول واحد فناوری اطلاعات	

ز	۲	۶	برنامه نگهداشت نرم افزارها و سخت افزارهای بیمارستان وجود دارد و اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد

- نگهداشت مناسب سیستم های نرم افزاری موجود در بیمارستان
- جلوگیری از دست رفتن داده ها و یا ایجاد خسارت به اطلاعات

سنجه ۱ . روش اجرایی "پشتیبانی از سیستم‌های نرم افزاری و سخت افزاری بیمارستان" تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند و مصاحبه
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	توصیه . نیروی انسانی متخصص و آموزش دیده جهت نگهداشت تجهیزات سخت افزاری، نرم افزاری وجود دارد و زیر ساخت‌های مناسب سخت افزاری و نرم افزاری جهت نگهداشت نسخه های پشتیبان تهیه شده است.	
هدایت کننده	مسئول واحد فناوری اطلاعات	

سنجه ۲. روش اجرایی "نگهداری و پشتیبانی منظم داده‌ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان" تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند و مصاحبه
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	توصیه . فرایند مدونی برای نگهداشت و پشتیبان گیری از برنامه‌های کاربردی و بانک‌های اطلاعاتی وجود دارد و کارکنان مربوط بر اساس آن عمل می نمایند.	
هدایت کننده	مسئول واحد فناوری اطلاعات	

ح . رعایت حقوق گیرنده خدمت

ح-۱) اطلاع رسانی و ارتباطات

توضیحات کلی

رعایت حقوق گیرندگان خدمت از منظر پاسخگویی به بیمار و خانواده او، یکی از کلیدی‌ترین محورهای نسل نوین اعتباربخشی است. با توجه به رشد آگاهی بیماران و مراجعین، و نیز رسالت مهم بیمارستان در امر پاسخگویی و مسئولیت پذیری، برنامه‌ریزی و نظارت دقیق مسئولان در خصوص صیانت از حقوق بیماران، امری ضروری و اجتناب ناپذیر است. استانداردهای رعایت حقوق گیرندگان خدمت بر پایه اصول شرعی، حرفه‌ای و قانونی تبیین شده‌اند و تحقق آنها مستلزم اهتمام ویژه تیم حاکمیتی، مدیریت اجرایی، کمیته اخلاق پزشکی و رعایت اصول اخلاق و رفتار حرفه‌ای از سوی پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بیمارستان می‌باشد. ضمن آنکه رضایت ذهنی اغلب گیرندگان خدمت، بسیار متاثر از نوع رفتار کارکنان و فرهنگ پاسخگویی و مسئولیت پذیری بیمارستان است. لذا رعایت حقوق بیمار و خانواده او قطعا یکی از موثرترین معیارها در تعیین اعتبار یک بیمارستان محسوب خواهد شد.

- در این محور کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای به اختصار کمیته اخلاق پزشکی بیان می‌شود.

ح	۱	۱	بیمارستان از اطلاع رسانی و رعایت منشور حقوق بیمار اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- افزایش آگاهی گیرندگان خدمت نسبت به حقوق خود
- افزایش آگاهی ارئه دهندگان خدمت نسبت به حقوق بیماران
- کسب اطمینان از رعایت منشور حقوق بیمار

سنجه۱. منشور حقوق بیمار در بیمارستان در مکان‌هایی که در معرض دید مراجعه کنندگان و گیرندگان خدمت می‌باشد، نصب شده‌است.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نصب منشور حقوق بیمار در لابی، ورودی اصلی بیمارستان، ورودی بخش‌های بستری* و اورژانس	مشاهده
۲	خوانا و قابل رویت بودن از فاصله یک متری	مشاهده
توضیحات	*به استثنای بخش‌های ویژه	
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری	

سنجه۲. کارکنان از منشور حقوق بیمار آگاهی دارند و به آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی رده‌های مختلف کارکنان از مفاد منشور حقوق* بیمار متناسب با نقش خود	مصاحبه
۲	انطباق عملکرد کارکنان بر اساس محتوای بندهای مرتبط با خود در منشورحقوق بیمار	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* رده‌های مختلف کارکنان می‌بایست براساس ابلاغیه شماره ۳۸۷۹۵۶ مورخ ۸۸/۸/۱۰ مقام محترم وزارت وقت و براساس مصوبات کمیته اخلاق پزشکی نسبت به نقش خود آگاهی داشته باشند.	
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، مسئولان و روسای بخش‌ها/ واحدها	

سنجه۳. کمیته اخلاق پزشکی آموزش‌های مفهومی و کاربردی را در زمینه رعایت حقوق گیرنده خدمت و منشور حقوق بیمار برای گروه‌های مختلف بالینی و سایر کارکنان برگزار می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آموزش و اطلاع رسانی* به کارکنان در خصوص رعایت حقوق گیرنده خدمت و مفاد منشور حقوق بیمار و موازین انطباق**	مشاهده و مصاحبه
۲	آگاهی کارکنان نسبت به محتوای بندهای منشور و استانداردهای محور حقوق گیرنده خدمت مرتبط با عملکرد خود	مصاحبه
توضیحات	* صرفا برگزاری کلاس‌های آموزشی مد نظر نیست، بلکه ا طلاع رسانی و آموزش(مفهومی و کاربردی) به کارکنان می‌تواند به طرق مختلف نظیر بروشور، پمفلت، دوره های آموزشی و سایر روش‌ها انجام شود. **کمیته اخلاق پزشکی نسبت به آموزش و رعایت مفاد آیین‌نامه انطباق امور اداری و فنی موسسات پزشکی به شماره ۲۸۶۳۴/ت۲۳۸۸۸ه مصوب هیات وزیران اقدام می‌نماید.	
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، کمیته اخلاق پزشکی، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری	

سنجه۴. کمیته اخلاق پزشکی بر رعایت صحیح منشور حقوق بیمار در بیمارستان نظارت نموده و در صورت لزوم با مشارکت تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نظارت بر رعایت صحیح منشورحقوق بیماربه صورت مستمر توسط کمیته اخلاق پزشکی*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	بررسی و طرح موارد عدم انطباق در کمیته اخلاق پزشکی	بررسی مستند
۳	طراحی اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت در کمیته اخلاق پزشکی و طرح در جلسات تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۴	اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه های بهبود کیفیت پس از تصویب و ابلاغ تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*بازدیدهای میدانی، بررسی پرونده های بالینی، مصاحبه با بیماران و بررسی شکایت‌های بیماران و همراهان روش‌های گوناگون نظارت کمیته اخلاق پزشکی بر روند رعایت منشور حقوق بیماران در بیمارستان است.	
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی با مشارکت تیم مدیریت اجرایی	

ح	۱	۲	بیمارستان، در خصوص راهنمایی صحیح و به موقع گیرندگان خدمت اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- افزایش رضایت بیماران با توجه به پاسخگویی موثر و کافی به ابهامات و سوالات بیماران
- برقراری ارتباطی صمیمانه و محترمانه با مراجعین و بیماران
- حمایت از برنامه‌های ارتقای سلامت جامعه از طریق آموزش عمومی و اطلاع رسانی

سنجه۱. خط مشی و روش " راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان " با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان * در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	پیش بینی شیوه های متنوع راهنمایی* و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان با توجه به ساختار در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	مستند و مشاهده
۹	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه
۱۰	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۱	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	* انتخاب ذینفعان به تشخیص بیمارستان راهنمایی و هدایت می تواند به طرق مختلف نظیر تابلوها، خط کشی ها، واحد اطلاعات مراجعین و یا سایر موارد باشد.
هدایت کننده	مدیر، مدیر پرستاری و کمیته اخلاق پزشکی

سنجه۲. وجود واحد اطلاعات و پذیرش در لابی به نحوی که دید و دسترسی مناسب داشته، و فرد مطلع و مسلط به مهارت‌های ارتباطی جهت راهنمایی بیماران در این ایستگاه حضور دائم دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود واحد اطلاعات بیمارستان درمحل ورودی مراجعین/لابی اصلی*	مشاهده
۲	وجود فرد/ افراد آشنا به مکان بخش‌ها/ واحدهای مختلف بیمارستان در واحد اطلاعات به صورت مستمردر لابی **	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*واحد اطلاعات و پذیرش به نحوی باشد که درمعرض دیدکامل مراجعین قرارداشته و دسترسی آسان به آن فراهم باشد. در بیمارستان‌های بیش از ۱۰۰تخت واحد اطلاعات و پذیرش مستقل از یکدیگر ارائه خدمت می‌نمایند. ** این فرد، پاسخگویی به مراجعین را باحوصله و با برقراری ارتباط محترمانه و بیانی شیوا و قابل فهم انجام می‌دهد و آشنا به گویش های محلی متناسب با موقعیت جغرافیایی استقرار بیمارستان باشد. میزان آگاهی این فرد در خصوص پاسخگویی به نیازها و پرسش‌های احتمالی مراجعین کافی است.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول روابط عمومی یا پست متناظر آن در بیمارستان	

سنجه۳. در زمان پذیرش به منظور راهنمایی گیرندگان خدمت در خصوص خدمات قابل ارائه، نحوه پذیرش، بستری، ترخیص، هزینه های قابل پیش بینی، ضوابط و بیمه های طرف قرارداد، اطلاع‌رسانی می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارائه اطلاعات لازم به بیماران در زمان پذیرش در خصوص مراحل پذیرش، بستری و ترخیص به زبان ساده و قابل فهم *	مصاحبه
۲	ارائه اطلاعات لازم به بیماران در زمان پذیرش در خصوص هزینه‌های احتمالی و بیمه های طرف قرارداد به زبان ساده و قابل فهم	مصاحبه
توضیحات	* نصب اطلاعیه و سامانه‌های رسیدگی به تخلفات تعرفه ای در پذیرش و ترخیص الزامی است.(سامانه‌های رسیدگی به شکایات ۱۶۹۰ و ۱۵۹۰)	
هدایت کننده	مدیر، مسئول پذیرش و مسئول امورمالی	

سنجه۴ . بیمارستان دارای وب سایت روزآمد و حداقل دارای اطلاعات لازم در خصوص نحوه پذیرش، خدمات، تعرفه‌ها، قراردادهای بیمه و اطلاعات پزشکان معالج است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود وب سایت اختصاصی روزآمد بیمارستان*	مشاهده
۲	ثبت حداقل اطلاعات مربوط به نحوه پذیرش، خدمات ارایه شده، تعرفه ها، قراردادهای بیمه و اطلاعات پزشکان معالج در وب سایت	مشاهده
توضیحات	* وب سایت بیمارستان باید به گونه ای باشد که کلیه اطلاعات موجود در سایت با اطلاعات روز بیمارستان همخوانی لازم را داشته باشد.	
هدایت کننده	مدیربیمارستان، مسئول فن آوری اطلاعات و مسئول روابط عمومی/ پست متناظر آن در بیمارستان	

سنجه ۵. تیم مدیریت اجرایی در فواصل زمانی مشخص اثربخش بودن و کفایت اطلاعات ارائه شده به گیرندگان خدمت را ارزیابی نموده و در صورت نیاز اقدام های اصلاحی/پیشگیرانه/برنامه بهبود کیفیت، تدوین و بر اجرای آن نظارت می‌کند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	برنامه‌ای مشخص برای ارزیابی کفایت و اثر بخشی اطلاعات ارائه شده در فواصل زمانی مشخص*	بررسی مستند
۲	ارائه گزارش نتایج ارزیابی به تیم مدیریت اجرایی توسط مدیر بیمارستان	بررسی مستند
۳	بررسی گزارش ارزیابی و در صورت لزوم، طراحی اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه/برنامه بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۴	نظارت تیم مدیریت اجرایی بر اجرای اقدامات مصوب	مصاحبه
توضیحات	* ارزیابی کیفیت اطلاع رسانی و اثربخشی شیوه های اطلاع رسانی از طریق مصاحبه آماری از مراجعین میسر است که هم در فرم های نظر سنجی و رضایت سنجی از بیماران قابل بارگذاری است و هم درقالب فرم‌های مستقل که حوزه مدیریت بیمارستان درفواصل زمانی حداقل ۶ ماه یکبار اثربخشی و کفایت اطلاعات ارائه شده به گیرندگان خدمت را بررسی می‌نماید.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی و کمیته اخلاق پزشکی	

سنجه۶. مسئول آموزش همگانی در سطح بیمارستان تعیین شده و بیمارستان با رویکرد پیشگیری و تشخیص به موقع در خصوص بیماری‌های فشارخون، دیابت و سرطان برنامه‌های اطلاع‌رسانی و آموزش همگانی برای مراجعین طراحی و اجرا می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☑ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین یک نفر با دانش، اطلاعات و تجربه کافی به عنوان مسئول آموزش همگانی* توسط رئیس/مدیرعامل بیمارستان	بررسی مستند و مصاحبه
۲	طراحی برنامه‌هایی به منظور اطلاع‌رسانی و آموزش در خصوص بیماری‌های فشار خون، دیابت و سرطان **	بررسی مستند
۳	اجرای برنامه‌های آموزشی فوق برای بیماران/ همراهان/ مراجعین	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* مسئول آموزش ارتقا سلامت در خط مشی ارتقای سلامت کارکنان (استانداردهای حاکمیتی)، می‌تواند به عنوان مسئول آموزش همگانی نیز ابلاغ دریافت نماید و یا به تشخیص بیمارستان از بین کارکنان رشته‌های بهداشتی، درمانی فرد دیگری انتخاب شود. **اجرای برنامه‌های اطلاع رسانی و آموزشی به بیماران/همراهان/مراجعین از طریق وب سایت بیمارستان، پمفلت‌ها و بروشورهای آموزشی، پیام‌های بهداشتی، برگزاری دوره های آموزش سلامت، برقراری ایستگاه‌های آموزش سلامت در زمان عیادت بیماران و سایر روش‌ها به تشخیص بیمارستان است.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول آموزش همگانی/ ارتقاءسلامت	

ح	۱	۳	بیمارستان شناسایی رده های مختلف کارکنان را برای گیرندگان خدمت تسهیل می نماید.

دستاورد استاندارد

- رعایت اصول برقراری ارتباط موثر با بیمار
- پیشگیری از مداخله افراد غیر مجاز در امور پزشکی از طریق احراز هویت ارائه دهندگان خدمت

سنجه۱. کارکنان بیمارستان، کارت شناسایی خوانا، عکس دار و قابل رویت از فاصله یک متری را روی سینه نصب نموده‌اند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☑آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تهیه کارت شناسایی* عکس دار بر ای کارکنان /فراگیران رده‌های مختلف**	مشاهده
۲	الصاق*** کارت شناسایی عکس دار به سینه کارکنان/فراگیران رده‌های مختلف بیمارستان به سینه ودر معرض دید بودن آن	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*کارت شناسایی حداقل حاوی نام خانوادگی و سمت بوده که از یک متری قابل خواندن می باشد. ** سطح و رده آموزشی فراگیر بایستی دقیقا بر روی کارت شناسایی مشخص و خوانا باشد و از به کار بردن عنوان "دکتر" بدون اشاره به سطح آموزشی خودداری شود. ***الصاق مستمر کارت شناسایی در معرض دید مراجعین به نحوی که از قرار دادن کارت شناسایی در جیب و یا برگرداندن آن خودداری شود.	
هدایت کننده	معاون آموزشی، معاون درمان، مدیر بیمارستان، مسئول واحد منابع انسانی و کمیته اخلاق پزشکی	

سنجه۲. اعضای گروه پزشکی مسئول ارایه مراقبت به بیمار، در اولین برخورد خود را به بیمار معرفی نموده و رتبه حرفه‌ای و سمت خود در تیم مراقبتی را به اطلاع بیمار و همراه وی می رسانند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اطلاع رسانی وآگاهی به کادر درمانی* در خصوص اهمیت و چگونگی معرفی خود در اولین برخورد با بیمار توسط کمیته اخلاق پزشکی	مصاحبه
۲	معرفی کادر درمانی مسئول مراقبت‌های پزشکی در اولین برخورد با بیمار	مصاحبه
توضیحات	* پزشکان، پرستاران، فراگیران (در مراکز آموزشی) سایر کارکنانی که مسئول مراقبت‌های پزشکی هستند.	
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخش‌های بالینی، (در بیمارستان‌های آموزشی، معاون آموزشی)	

سنجه۳. بیمارستان استانداردهای ملی پوشش بیماران، کارکنان را رعایت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارکنان از استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان*	مصاحبه
۲	انطباق عملکرد و پوشش بیماران وکارکنان با استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان	مشاهده
توضیحات	*بخشنامه شماره س/۹۸۰۷ مورخ ۱۳۸۷ /۲/۲۲ ا ستانداردهای ملی پوشش بیماران، کارکنان	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی و کمیته اخلاق پزشکی، روسا و مسئولان بخش‌ها/واحدها	

سنجه۴. بیمارستان استانداردهای ملی پوشش فراگیران را مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت رعایت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☑آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	انطباق پوشش رده های مختلف فراگیران**بر اساس آخرین استاندارد ملی مربوطه	مشاهده
توضیحات	*استانداردهای ملی پوشش فراگیران آیین‌نامه شماره د ۹۰۴/۶۰۰ مورخ ۱۳۹۱/۶/۱۴ و بخشنامه شماره ۱۳۷/۶۰۰ مورخ ۱۳۹۱/۱۰/۶ ** دانشجویان رشته‌های پزشکی، پرستاری، پیراپزشکی، انترن‌ها، رزیدنت‌ها، فلوهای دوره‌های فوق‌تخصص درتمام رشته ها و مقاطع تحصیلی	
هدایت کننده	معاون آموزشی، تیم مدیریت اجرایی وکمیته اخلاق پزشکی (در بیمارستان های آموزشی)	

ح ۱ ۴ اطلاع رسانی درخصوص نحوه دسترسی به پزشک معالج به گیرندگان خدمت صورت می پذیرد.

دستاورد استاندارد

- پاسخگویی پزشک معالج به خانواده بیمار
- تقویت مشارکت بیمار و خانواده او در طرح درمان و مراقبت با توجه به اخذ آگاهی کافی از سیر بیماری توسط پزشک معالج

سنجه . بیمارستان در طول مدت مراقبت و درمان، تسهیلات لازم برای دسترسی بیمار/ ولی قانونی وی را به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی فراهم نموده و کارکنان درمانی در این خصوص به گیرنده خدمت اطلاع رسانی می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تعیین نحوه دسترسی بیمار/ ولی قانونی وی* به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تامین تسهیلات لازم جهت برقراری تماس های فوری با پزشک معالج/ اعضا اصلی گروه پزشکی	مصاحبه
۳	آگاهی بیماران/ همراهان** از نحوه برقراری ارتباط با پزشک معالج/ اعضا اصلی گروه پزشکی	مصاحبه
توضیحات	* ولی قانونی بیمار شامل والدین و سرپرستان قانونی افراد صغیر و نمایندگان قانونی وی می‌باشد. ** مسئول هماهنگی و اطلاع رسانی به بیمار، سرپرستار بخش و پرستار بیمار است.	
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخش‌های بالینی، سرپرستاران	

ح	۱	۵	امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه و آگاهانه برای گیرندگان خدمت فراهم شده است.

دستاورد استاندارد

- مشارکت بیمار در تصمیم گیری‌های بالینی
- رعایت حق تصمیم گیری آزادانه بیمار در مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی
- کاهش عوارض حقوقی شکایات احتمالی

سنجه۱. پزشکان معالج پیش از اخذ رضایت از بیمار، اطلاعات لازم در زمینه علت بیماری و روش درمانی در نظر گرفته شده، خطرات و عوارض احتمالی، سیر بیماری، محاسن، روش‌های جایگزین ممکن و پیش آگهی را به زبان ساده و قابل درک، دراختیار بیمار/ولی قانونی وی، با رعایت مدت زمانی که امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه برای ایشان فراهم باشد، قرار می‌دهند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	شناسایی* و تدوین فهرست اقدامات تشخیصی درمانی نیازمند اخذ رضایت آگاهانه دارند در هر بخش	بررسی مستند
۲	آگاهی پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها از نحوه اخذ رضایت آگاهانه**	مصاحبه
۳	تکمیل فرم*** رضایت آگاهانه در پرونده بیماران تحت عمل جراحی/ پروسیجرهای تشخیصی درمانی مطابق فهرست اقدامات تشخیصی درمانی نیازمند اخذ رضایت آگاهانه بخش	بررسی مستند و مصاحبه
۴	تایید بیماران درخصوص ارائه توضیحات و فرصت کافی جهت تصمیم‌گیری و مشارکت آنها در اخذ تصمیم در نحوه تشخیص یا درمان	مصاحبه

توضیحات	*فهرست اقدامات تشخیصی درمانی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارند با مشارکت و اجماع پزشکان و مسئول ایمنی بیمار شناسایی و تدوین می‌گردد. **مطابق دستورالعمل شماره۴۰۰/۱۲۸۴۳د مورخ ۹۵/۴/۲۷ "الزامات اخذ رضایت آگاهانه و تشخیصی درمانی(پروسیجرهای) تهاجمی" *** تا زمان ابلاغ فرم کشوری رضایت آگاهانه، این فرم توسط بیمارستان / دانشگاه طراحی می‌شود و حداقل شامل بندهای منافع و مضرات و روش پیشنهادی پزشک و سایر روش‌های جایگزین می‌باشد. توصیه . تدوین دستورالعمل اخذ رضایت آگاهانه به منظور یکپارچه سازی این فرآیند مهم در سراسر بیمارستان.
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخش‌های بالینی و مسئول فنی

سنجه۲. در اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی و موارد شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآورده‌های خونی؛ رضایت آگاهانه اخذ می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☑ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	اخذ رضایت آگاهانه* در اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی** از بیماران***	مشاهده و مصاحبه

توضیحات	* اخذ رضایت آگاهانه مطابق سنجه ۱ همین استاندارد ** اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی اعمالی است که مستلزم ایجاد شکاف روی پوست، یا تعبیه‌ی دستگاه یا وسیله یا مواد خارجی در داخل بدن می‌باشد. ***به بیماران تحت درمان های تشخیصی/ درمانی و تهاجمی قبل از انجام مداخلات جراحی، اسکوپی، شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآورده‌های خونی در خصوص محاسن، مخاطرات، عوارض احتمالی، روش درمانی پیشنهادی پزشک و سایر موارد درمانی جایگزین، توسط پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها توضیحات و آموزش‌های لازم داده می‌شود. در بیماران همو دیالیزی، دیالیز صفاقی، پلاسما فروز، شیمی درمانی بایستی مطابق دستورالعمل ابلاغی به شماره ۱۲۸۴۳/ ۴۰۰د مورخ ۹۵/۴/۲۷ رضایت آگاهانه اخذ شود. اما در موارد اورژانس (اختلالات هوشیاری، و شرایط تهدید کننده حیات بیمار) نیاز به اخذ رضایت آگاهانه قبل از اقدام مداخلات درمانی حیات بخش نیست.
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخش‌های بالینی و مسئول فنی

ح–۲) تسهیلات و حمایت ها

ح	۲	۱	محرمانگی اطلاعات بیماران در بیمارستان رعایت می شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از عوارض اجتماعی و خانوادگی برای بیماران
- مدیریت اطلاعات محرمانه درمانی بیماران

سنجه۲. روش اجرایی " حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن اطلاع داشته و به آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ لزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۴	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۵	نحوه تعیین کارکنان و رده های شغلی مجاز دارای دسترسی به اطلاعات بیماران در روش اجرایی	بررسی مستند
۶	نحوه تعیین سطح دسترسی کارکنان مجاز به اطلاعات بیماران در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	نحوه تعیین همراهان مجاز در دسترسی به اطلاعات محرمانه بیماران در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	نحوه صیانت از اطلاعات بیماران با رعایت قوانین شرعی و مدنی در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۰	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۱۱	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۲	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات	*انتخاب با تشخیص بیمارستان
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخش‌های بالینی، مسئول واحد اطلاعات سلامت

سنجه۲. بیمارستان استفاده از هرگونه علائم یا نوشته‌ای که تشخیص بیماری و یا سایر اطلاعات درمانی را آشکار نماید، ممنوع کرده و تیم مدیریت اجرایی بر رعایت آن نظارت می نماید.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	اطلاع رسانی به تمام بخش‌های بالینی در مورد ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	آگاهی کارکنان بخش‌های بالینی نسبت به ممنوعیت آشکارسازی تشخیص اطلاعات درمانی بیماری	مصاحبه
۳	رعایت محرمانگی اطلاعات، اعم از تشخیص های احتمالی یا قطعی بیماری	مشاهده و مصاحبه
۴	نظارت تیم مدیریت اجرایی بر رعایت و انطباق عملکرد کارکنان با ممنوعیت آشکار سازی اطلاعات درمانی بیمار	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات	*تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی در روی جلد پرونده بیمار و تابلوی موجود در بالین بیمار ممنوع می‌باشد. توصیه ۱. با توجه به الزام حفاظت از اطلاعات درمانی بیمار و آگاهی او یا ولی قانونی او از تشخیص های احتمالی /قطعی لازم است تمامی نکات ایمنی در گفتار کارکنان، تابلوها و جلد پرونده بیمار توسط سرپرستاران و روسای بخش نظارت و مراقبت شود. توصیه ۲. درصورت درخواست همراهان بیمار (در صورتیکه یکی از همراهان بیمار پزشک/پیراپزشک و یا سایر رشته های وابسته به گروه پزشکی است و تقاضای پرونده بیمار را می‌نماید) جهت مطالعه محتوای پرونده صرفا با اعلام رضایت بیمار یا ولی قانونی او موافقت شود. نحوه اخذ رضایت به صورت خصوصی و نامحسوس باشد که موجب عوارض روحی و حاشیه‌ای برای بیمار نشود.
هدایت کننده	روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی

ح	۲	۲	کنترل استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان در قسمت های مختلف بیمارستان صورت می‌گیرد.

دستاورد استاندارد

- افزایش تمرکز کارکنان در رسیدگی به بیماران بدحال
- ایجاد فضای آرامبخش در محیط‌های حساس و پرخطر بیمارستان

سنجه۱. شرایط استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیر بالینی در شیفت‌های موظف کاری از سوی تیم مدیریت اجرایی تدوین و ابلاغ شده است و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ابلاغ شرایط استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیربالینی در بخش‌های مختلف توسط رئیس/ مدیرعامل*	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان از شرایط استفاده از تلفن همراه در بخش‌ها / واحدها	مصاحبه
۳	رعایت شرایط ابلاغی استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیربالینی در بخش‌های مختلف	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	*محدودیت‌های استفاده از تلفن همراه در سراسر بیمارستان با تعیین حدود آن در بخش‌هایی که منجر به تضیع حقوق گیرنده خدمت می‌شود بایستی تعیین و توسط ریاست بیمارستان به تمامی بخش‌ها ابلاغ شود. ❖ محدودیت استفاده از تلفن همراه در بخش‌های بالینی به معنی ممنوعیت نیست.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، روسا و سرپرستاران بخش‌ها ومسئولین واحدها	

سنجه۲. ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه بیمارستان و اتاق عمل، کت لب ممنوع می‌باشد و سرپرستار بخش بر اجرای صحیح آن نظارت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اطلاع رسانی به کارکنان* در خصوص ممنوعیت ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کت لب	مشاهده
۲	آگاهی کارکنان* در خصوص ممنوعیت ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کت لب	بررسی مستند
۳	رعایت عدم استفاده از تلفن همراه در بالین بیماران در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کت لب**	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* کارکنان بخش‌های ویژه ، اتاق عمل وکت لب ** استفاده از تلفن همراه صرفا در اتاق‌های استراحت بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کت لب در موارد ضروری و مطابق با رعایت سنجه ۲ استاندارد ب-۱-۸ مراقبت‌های عمومی بالینی جهت تعیین جانشین مجاز است.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل، روسا و سرپرستاران بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کت لب	

ح	۲	۳	بیمارستان از ارائه خدمات، منطبق برموازین شرعی، قانونی و اصول حرفه ای پزشکی اطمینان حاصل می کند.

دستاورد استاندارد

- حفظ حریم خصوصی بیمار، امنیت روانی، افزایش رضایتمندی
- رعایت موازین شرعی و اصول حرفه‌ای پزشکی در ارائه خدمات

سنجه۱. خط مشی و روش " رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت " با رعایت حداقل‌های مورد انتظار و مشارکت بیماران و خانواده آنها تدوین شده، و کارکنان از آن آگاهی داشته و به آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	پیش بینی نحوه محفوظ نمودن فضای اطراف هر تخت در اتاق های عمومی در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	پیش بینی پوشش مناسب بیمار با رعایت فرهنگ عفاف و حجاب در اتاق بستری یا زمان جابجایی بیمار در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	نحوه ورود کارکنان به محل استقرار محفوظ بیماران (اتاق / پاروان) در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	نحوه رسیدگی به در خواست بیمار و خانواده آنها درخصوص افزایش حدود حریم و رعایت اعتقادات آنها در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۱	نحوه تعیین حضور افراد مجاز با رعایت قوانین انطباق در حریم خصوصی بیمار در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۲	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	مشاهده
۱۳	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه
۱۴	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۵	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	مشاهده
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، مدیر، روسای بخش‌های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران	

سنجه۲. پوشش بیماران در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی باید براساس تامین امنیت روانی بیمار و حفظ حریم او و رعایت موازین شرعی، اخلاق پزشکی و متناسب با خدمات تخصصی می‌باشد.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	رعایت پوشش بیمار* متناسب با خدمات تخصصی و موازین شرعی و اخلاق پزشکی در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* بر اساس استانداردهای ملی پوشش بیماران، در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی در بخش‌های مختلف به ویژه(اتاق عمل، ریکاوری، بخش‌های ویژه، تصویر برداری، آنژیو گرافی و هنگام جابجایی بین بخشی)، پوشش بیمار شامل (سایز، تمیزی و آراستگی) باید امنیت روانی بیمار را تامین نموده و حریم خصوصی وی حفظ گردد، به نحوی که مناطقی از بدن بیمار که در مراحل فوق نیاز به مداخله ندارند، پوشانده بماند .	
هدایت کننده	معاون درمان، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، روسای بخش‌های بالینی و سرپرستاران	

سنجه۳. ارایه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران با رعایت موازین انطباق، توسط کارکنان همگن و با رعایت احترام به شان و منزلت انسانی خدمت گیرندگان انجام می‌شود. به ویژه در مواردی که بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری است و خود بیمار یا همراه وی درخواست می‌نماید، به نحوی که مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت نشود، رعایت این موازین مد نظر قرار گرفته می‌شود.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	ارایه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران توسط کارکنان همگن*	مشاهده و مصاحبه
۲	جایگزینی کارکنان همگن در اولین فرصت پس از رفع شرایط تهدید کننده حیات بیمار**	مشاهده و مصاحبه

توضیحات	*در صورت کمبود نیروی انسانی همگن بیمارستان ترتیبی اتخاذ می‌کند که حداقل، در بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری، یا هر گونه مراقبت و درمان نافی حریم بیمارو یا به در خواست بیمار/همراه وی، توسط پرسنل همگن انجام می‌شود. **در فرآیند ارزیابی حداقل موارد ذیل ارزیابی خواهد شد: ○ در معایناتی که بر حسب ضرورت و یا در مواقع اورژانسی توسط افراد غیر همگن انجام می‌شود حضور یک نفر محرم (یا معتمد بیمار بنا به درخواست وی) یا کارکنان فنی هم جنس ضروری است. ○ کارکنان همگن در بخش‌های زنان و زایمان و اورولوژی ○ استفاده از کارکنان همگن در پروسیجرهای خاص مانند(گذاشتن سوند، shaving، سو نوگرافی های وازینال، یوروگرافی، باریم انما، هیسترو سالپنگو گرافی، ماموگرافی ○ مراقبت از بیماران بخش‌های ویژه توسط همگن ○ استفاده بیمار برِ همگن در همه انتقال‌های بین بخشی و درون بخشی (در انتقال به بخش‌های کلینیکی و یا پاراکلینیک) ○ بررسی رعایت استفاده از کارکنان همگن در شیفت های عصر و شب
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخش‌های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران

سنجه۴. نیازهای عبادی گیرندگان خدمت توسط پرستاران هر بخش شناسایی و تسهیلات لازم برای ایشان فراهم می‌شود.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	شناسایی ادیان و مذاهب مختلف گیرنده خدمت و نیازهای عبادی مربوطه توسط پرستاران هر بخش	بررسی مستند و مصاحبه
۲	اطلاع رسانی به بیماران جهت انجام فرایض دینی*	مصاحبه
۳	تامین امکانات لازم شامل قبله نما، ترالی تیمم، امکانات برگزاری نماز در اتاق بستری**	بررسی مستند و مشاهده
۴	وجود مسجد/ نماز خانه به تفکیک(خانم/ آقا) در محوطه بیمارستان وجود دارد و اطلاع رسانی به بیمار/ همراه	مشاهده
۵	شناسایی و تامین امکانات الزامی جهت فرایض مذهبی سایر ادیان و اطلاع رسانی به بیمار/ همراه	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات	*امکان برقراری ارتباط با رو حانیون یا آگاهان دینی جهت پاسخگویی به سوالات شرعی بیماران/ همراهان فراهم گردد. ** حداقل شامل سجاده نماز، مهر، زیر انداز، قرآن، در صورت درخواست بیماران کم توان مساعدت کارکنان در ادای فرایض دینی.
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری و سرپرستاران، کمیته اخلاق پزشکی

سنجه۵. دستورالعمل " نحوه حفاظت از اموال گیرنده خدمت " تدوین شده، کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند و در این خصوص به بیماران اطلاع‌رسانی می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین دستورالعمل	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
هدایت کننده	مدیر، مدیر پرستاری، سرپرستاران و مسئول حراست	

ح ۲ ۴ بیمارستان از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر، حمایت می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- حمایت از مراجعین آسیب پذیر و در معرض خطر به صورت برنامه‌ریزی شده
- کاهش عوارض و خطاهای پزشکی در بیماران درمعرض خطر و مجهول الهویه

سنجه۱. خط مشی و روش " حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر ساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین خط مشی و روش*	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست‌های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	تعیین فهرست گروه های آسیب پذیر و جمعیت‌های در معرض خطر احتمالی به بیمارستان در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	پیش بینی شیوه‌های شناسایی گروه های آسیب پذیر و جمعیت‌های در معرض خطر در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	پیش بینی نحوه حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت‌های در معرض خطر در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	مشاهده
۱۱	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه
۱۲	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*کودکان، زنان باردار، افراد ناتوان، سالمندان، بیماران روانی، معلولان ذهنی و جسمی، افراد بدون سرپرست و مجهول الهویه شایع ترین آسیب پذیر و جمعیت‌های در معرض خطر هستند.	
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخش‌های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران	

سنجه۲. روش اجرایی " نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه " بر اساس قوانین و مقررات و حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین خط مشی و روش*	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	نحوه شناسایی بیماران تا زمان تعیین هویت قبل از انجام هرگونه خدمات تشخیصی و درمانی در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	تعیین حمایت‌های اختصاصی مانند تعیین همراه داوطب و سایر حمایت‌های مراقبتی در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	نحوه پی‌گیری قانونی جهت احراز هویت بیماران مجهول الهویه در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	مشاهده
۱۱	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه
۱۲	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	مشاهده
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخش‌های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران، مسئول حراست، مسئول واحد اطلاعات سلامت	

ح	۲	۵	تسهیلات و امکانات مورد نیاز همراهان و مراجعین به بیمارستان ارائه می‌شود.

دستاورد استاندارد

- افزایش رضایتمندی بیماران/ همراهان
- ارتقای هتلینگ بیمارستان

سنجه۱. در صورت نیاز بیمار به همراه، امکانات اقامت، برای ایشان فراهم می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فرآیند شناسایی همراهان بیمار مانند کارت همراه*	بررسی مستند و مشاهده
۲	تامین امکانات اقامت برای همراه بیمار	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* یا هر روش دیگر به تشخیص بیمارستان **امکانات اقامت حداقل شامل وجود تخت خواب همراه یا مبل تخت خواب شو توصیه . وجود مهمان‌سرا در بیمارستان یا امکان رزرو هتل در نزدیکی بیمارستان برای همراهان بیمار بخصوص در بیمارستان‌های ریفرال	
هدایت کننده	مدیر، مدیر پرستاری و سرپرستاران	

سنجه۲. امکانات رفاهی لازم برای مراجعین و همراهان فراهم می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐آموزش ☐ ایمنی بیمار ☑ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود مبلمان شهری مناسب (نیمکت) در محوطه	مشاهده
۲	وجود آلاچیق و فضای استراحت برای مراجعین	مشاهده
۳	وجود وسایل بازی کودک در محوطه‌ی بیمارستان (برای استفاده‌ی عیادت‌کنندگان)	مشاهده
۴	وجود دستگاه خودپرداز فعال	مشاهده
۵	وجود کیوسک تلفن عمومی	مشاهده
۶	فعالیت فروشگاه خرید مواد غذایی و بوفه	مشاهده
۷	وجود حداقل یک نوع غذای سرد و آب جوش.	مشاهده
۸	ارائه صبحانه‌های گرم و سرد به همراهان	مشاهده
۹	امکان سرو حداقل دو نوع غذای گرم تازه و با کیفیت در وعده های نهار و شام برای همراهان بیمار	مشاهده
۱۰	وجود آبدارخانه بهداشتی و تامین آب جوش یا سرو نوشیدنی های گرم (چای) برای همراهان حداقل ۳ بار در شبانه روز	مشاهده
توضیحات	* بر اساس استانداردهای هتلینگ ابلاغی وزارت بهداشت	
هدایت کننده	مدیربیمارستان، مسئول ساختمان، مسئول واحد تغذیه	

ح	۲	۶	اقدامات، تسهیلات و امکانات لازم برای بیمارانی که مراحل پایانی زندگی را می‌گذرانند، اختصاص داده می‌شود.

دستاورد استاندارد

- حمایت از خانواده بیماران در حال احتضار و ترویج ارزش های انسانی
- تداوم تکریم و ارج نهادن به مفهوم انسانی بیماران

سنجه۱. کارکنان درمانی شرایطی فراهم می‌نماید که گیرنده خدمت درحال احتضار، در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است برخوردار شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ایجاد فرصت مصاحبت و حضور خانواده بیماران در حال احتضار *	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	* مصاحبت با افرادی که بیمار مایل به دیدارشان است و ایجاد فرصت ملاقات برای خانواده بیمار، حتی در ساعات غیر ملاقات.	
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی	

سنجه۲. کارکنان درمانی براساس اصول حرفه ایی، اخلاق پزشکی و پرستاری، ضمن تامین آسایش سایر بیماران اقدامات لازم را برای بیمارانی که مراحل پایانی زندگی را می‌گذرانند در حد امکانات و شرایط انجام می‌دهند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	آگاهی کارکنان بخش‌های درمانی بالینی/خدماتی در خصوص چگونگی برخورد با بیماران در حال احتضار	بررسی مستند و مصاحبه
۲	فراهم کردن فضای مجزا و مناسب و سایر اقدامات به منظور تامین آسایش بیمار در حال احتضار*	مشاهده
توضیحات	* حداقل شامل حفظ حریم خصوصی از طریق اختصاص اتاق جداگانه، انتقال بیمار از یک اتاق به اتاق دیگر، ایجاد فضای مجزا از طریق پاراوان یا پرده و هم چنین ایجاد شرایط ویژه از جمله رعایت آداب و رسوم شعایر دینی و ایجاد محیطی آرام برای بیمار و خانواده.	
هدایت کننده	مدیر پرستاری و سرپرستاران	

ح	۲	۷	بیمارستان به گیرنده خدمت حق می دهد تا از پزشک دیگری نظرخواهی نماید.

دستاورد استاندارد

- پاسخگویی به نیازهای بیماران و اطمینان بخشی به آنها در خصوص کیفیت روند درمان و مراقبت

سنجه . در صورت درخواست گیرنده خدمت، سرپرستار بخش با همکاری دفتر پرستاری با اطلاع و موافقت پزشک معالج تسهیلاتی را برای فراهم کردن امکان نظرخواهی از پزشکان دیگر (داخل یا خارج بیمارستان) مهیا نموده و در صورت تایید پزشک معالج دستورات ایشان اجرا می‌شود.

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	اطلاع رسانی و آگاهی پرستاران از روند نظرخواهی از سایر پزشکان* به غیر از پزشک معالج، در صورت درخواست بیمار	مشاهده
۲	هماهنگی سرپرستار با پزشک معالج و اخذ موافقت او در خصوص نظرخواهی از سایر پزشکان بنا بر درخواست بیمار	بررسی مستند
۳	پس از موافقت پزشک معالج هماهنگی سرپرستار با مدیریت پرستاری در خصوص حضور پزشک مورد نظر بیمار جهت نظر خواهی	مصاحبه
۴	انجام ویزیت مشورتی پزشک دوم	بررسی مستند
۵	گزارش دستورات پزشک دوم به پزشک معالج پیش از انجام دستورات	مصاحبه
۶	اجرای دستورات پزشک دوم درصورت تایید پزشک معالج**	مصاحبه

توضیحات	*پزشکان دیگردر داخل/خارج بیمارستان به غیر از پزشک معالج **مسئولیت قانونی سلامت بیمار و روند درمان بر عهده پزشک معالج است. لذا در صورت درخواست بیمار جهت نظرخواهی از پزشک دوم صرفا جنبه مشورتی داشته و در صورت تایید پزشک معالج دستورات او قابل اجرا می‌باشد. مگر آنکه بیمار در سرویس پزشک دوم قرار گیرد.
هدایت کننده	معاون درمان، مدیر پرستاری، روسای بخش‌های بالینی و سرپرستاران

ح	۲	۸	بیمارستان درصورت درخواست گیرنده خدمت، تصویر تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی را دسترس وی قرار می دهد.

دستاورد استاندارد

- پاسخگویی به نیازهای بیماران در خصوص مستندات پزشکی

سنجه . در صورت درخواست بیمار/ولی قانونی او، تصویر کاغذی/ فایل الکترونیکی اطلاعات و مستندات مربوط به پرونده و نتایج اقدامات پاراکلینیک، در اختیار آنها قرار داده می‌شود (مسئول مدارک پزشکی بر اجرای این سنجه نظارت می‌نماید).

سطح سنجه	☐ الزامی	☑ اساسی	☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	آگاهی کارکنان واحد مدیریت اطلاعات سلامت، درخصوص تحویل تصویر مستندات پرونده و نتایج اقدامات پاراکلینیک به بیمار	مصاحبه
۲	تحویل تصویر کاغذی/ فایل الکترونیکی اطلاعات و مستندات مربوط به پرونده و نتایج پاراکلینیک در صورت درخواست بیمار/ولی قانونی	بررسی مستند
۳	نظارت بر اجرا و رعایت مراحل مذکور جهت تحویل دریافت تصویر مستندات پرونده توسط مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت	مصاحبه
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات، مسئول واحد اطلاعات سلامت (مدارک پزشکی و بایگانی)	

ح	۲	۹	بیمارستان رضایت گیرنده خدمت را مورد سنجش و تحلیل قرار می دهد.

دستاورد استاندارد

- آگاهی از عملکرد واقعی بیمارستان از نگاه گیرندگان خدمت
- فرصت بازنگری و ارتقای رضایت بیماران و همراهان آنها

سنجه ۱. در فواصل زمانی معین و حداقل فصلی، رضایت بیماران و همراهان از بخش‌های مختلف بستری و سرپایی، از طریق پرسشنامه‌ای که روایی و پایایی آن تایید شده است، مورد سنجش قرار می‌گیرد.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین پرسشنامه پایا و روا * سنجش رضایت بیماران و همراهان در دو فرم مستقل	بررسی مستند
۲	رضایت سنجی از بیماران حداقل سه ماه یک بار (فصلی) با محوریت دفتر بهبود کیفیت**	بررسی مستند
۳	رضایت سنجی از همراهان حداقل شش ماه یک بار با محوریت دفتر بهبود کیفیت	بررسی مستند
۴	بررسی نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان در کمیته پایش و سنجش کیفیت	بررسی مستند و مصاحبه
۵	گزارش تحلیلی نتایج رضایت سنجی*** بیماران و همراهان به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*لازم است روایی و پایایی پرسشنامه مذکور توسط دفتر بهبود کیفیت بررسی و توسط کمیته پایش و سنجش تصویب شود. ** به منظور حذف هرگونه تداخل منافع لازم است ارزیابان مستقل بکار گرفته شوند و پس آموزش آنها توسط دفتر بهبود نسبت به نظر سنجی واقعی بیماران و همراهان اقدام نمایند و در این فرآیند هر گونه عوامل مداخله کننده که نظر بیمار را تحت تاثیر قرار دهد کنترل شود (مانند حضور کارکنان در زمان نظرسنجی، مهارت ارتباطی پرسشگر و تاکید او بر محرمانگی و بی‌نام بودن فرم‌ها)پرسشگران از بین کارکنان اداری و یا خارج از بیمارستان (داوطلبین) انتخاب شوند. ***حداقل متوسط رضایت کلی، متوسط رضایت در هر محور/پرسش، رضایت کلی در هربخش و رضایت در هر محور/پرسش، در هر بخش و مقایسه نتایج کلی و محور به محور در بخش‌های مختلف و در نهایت شناسایی موارد بحرانی و موفق، به عنوان گزارش نهایی به تیم مدیریت اجرایی ارائه می‌شود. همچنین اعضای کمیته پایش و سنجش پیشنهادات اصلاحی خود را پیوست تحلیل نتایج ارائه می‌نمایند.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، کمیته پایش و سنجش کیفیت	

سنجه۲. تیم مدیریت اجرایی گزارش تحلیلی رضایت سنجی از گیرندگان خدمت و یا همراهان آنها را بررسی و درصورت لزوم مداخلات اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت را تعیین و ابلاغ می‌نماید و بر اجرای آن نظارت می‌کند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی گزارش تحلیلی نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان در جلسات تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تصویب اقدام اصلاحی/ تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی بر اساس گزارش تحلیلی رضایت‌مندی	بررسی مستند و مصاحبه
۳	نظارت تیم مدیریت اجرای بر اجرای مصوبات اصلاحی	بررسی مستند و مصاحبه
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، روسای بخش‌های بالینی و سرپرستاران و مسئولان واحدهای پشتیبانی	

ح	۲	۱۰	نظام کارآمد رسیدگی به شکایات، انتقادها و پیشنهادها در بیمارستان وجود دارد.

دستاورد استاندارد

- پاسخگویی به شکایات و نارضایتی های بیماران و خانواده آنها
- استفاده از نظرات و پیشنهادات بیماران و همراهان، در مسیر تعالی خدمات
- استفاده از نظرات و پیشنهادات کارکنان، در مسیر تعالی خدمات
- افزایش اعتماد گیرندگان خدمت از طریق رسیدگی به موقع به شکایات

سنجه۱. فرآیند نحوه اعلام شکایات، انتقادات و پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرآیند تدوین و در محلی قابل رؤیت، حداقل در واحد پذیرش، بخش اورژانس، حسابداری و سالن های انتظار، در معرض دید گیرندگان خدمت نصب شده است. کارکنان نسبت به این فرآیند آگاهی داشته و مطابق آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین فرآیند نحوه اعلام و برسی شکایت /انتقادات/ و پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرایند به صورت فلوچارت ساده و قابل فهم	بررسی مستند
۲	نصب فرآیند مذکور حداقل در واحد پذیرش، اورژانس، حسابداری و سالن های انتظار و در معرض دید گیرندگان خدمت*	مشاهده
۳	آگاهی کارکنان بیمارستان از فرایند شکایت /انتقادات/ و پیشنهادات اعلام شده	مصاحبه
۴	عملکرد کارکنان بر اساس فرایند شکایت /انتقادات/ و پیشنهادات اعلام شده	مشاهده و مصاحبه

توضیحات	*اندازه آن حداقل A3 باشد و در معرض دید نصب شود. توصیه . فرآیند نحوه اعلام و بررسی شکایت/ ا نتقادات و پیشنهادات در کنار صندوق‌های رسیدگی به شکایات نیز نصب شود.
هدایت کننده	مدیربیمارستان، کمیته سنجش و پایش کیفیت، مسئول واحد رسیدگی به شکایات یا مسئول متناظر آن در بیمارستان

سنجه۲. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت/مسئول معادل، گزارش تحلیل ریشه‌ای نارضایتی بیمار، خانواده و کارکنان را حداقل سه ماهه تهیه و پس از بررسی و تایید کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌دهد.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	جمع آوری و تحلیل ریشه‌ای موارد شکایات، انتقادات و پیشنهاداتِ بیمار، خانواده و کارکنان توسط دفتر بهبو د کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت/مسئول معادل، حداقل هر سه ماه یکبار*	بررسی مستند
۲	گزارش تحلیلی و جمع بندی نتایج موارد شکایات، انتقادات و پیشنهاداتِ بیمار، خانواده و کارکنان به کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط مسئول بهبود کیفیت و مسئول واحد رسیدگی به شکایت/مسئول معادل، حداقل هر سه ماه یکبار	بررسی مستند و مصاحبه
۳	بررسی گزارش تحلیلی درکمیته پایش سنجش کیفیت و ارائه پیشنهادات اصلاحی/تدوین برنامه بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی توسط اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت	بررسی مستند
۴	ارایه گزارش مصوبات کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص گزارش تحلیلی و جمع بندی نتایج موارد شکایات، انتقادات و پیشنهاداتِ بیمار، خانواده و کارکنان به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات	*این بازه زمانی(سه ماهه) به منظور تحلیل سیستماتیک مجموع پیشنهادات و شکایات واصله است. اما دفتر رسیدگی به شکایت/مسئول معادل آن در بیمارستان موظف است بلافاصله پس از دریافت شکایات حضوری نسبت به طبقه بندی و اولویت بندی اقدام و به صورت آنی، فوری، درالویت اول و در نوبت رسیدگی طبقه بندی و پس از هماهنگی با مسئولین مربوط، نتایج را به متقاضی گزارش نماید. توصیه . رسیدگی به شکایت‌های آنی به صورت حضور بلافاصله‌ای در صحنه و پی‌گیری میدانی صورت پذیرد. رسیدگی به شکایت‌های فوری حداقل به صورت تلفن بلافاصله‌ای پی‌گیری شود و در موارد با الویت اول تا پایان روزکاری و سایر موارد حسب حساسیت موضوع برنامه ریزی و بر همین اساس به شکایت کننده نوبت پی‌گیری مجدد اعلام شود.
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، کمیته پایش و سنجش کیفیت، دفتر بهبود کیفیت

سنجه۳. تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرآیند مرتبط با شکایت های وارده در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود/بازنگری فرآیندها به عمل آورده و درصورت وجود خسارت، نسبت به جبران آن اقدام و از متقاضی حمایت می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	بررسی گزارش کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص شکایات، انتقادات و پیشنهاداتِ بیمار، خانواده و کارکنان توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۲	تدوین اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود/ بازنگری فرآیند ها در صورت لزوم توسط تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرآیند *	بررسی مستند
۳	شناسایی موارد منجر به خسارات به گیرندگان خدمت / کارکنان و اقدام در راستای جبران خسارت توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
توضیحات	* به طور مثال در بررسی شکایت مرتبط با بخش اورژانس بایستی در جلسه رسیدگی و تصمیم‌گیری تیم مدیریت اجرایی نماینده این بخش حضور داشته باشد.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی و مسئولان و روسای بخش‌ها/واحدها	

سنجه۴. نحوه اجرای استانداردهای حقوق گیرنده خدمت توسط کمیته اخلاق پزشکی ارزیابی و در صورت لزوم با مشارکت تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارزیابی داخلی محور حقوق گیرنده خدمت طبق برنامه اعلامی از سوی دفتر بهبود کیفیت توسط اعضای کمیته اخلاق پزشکی *	بررسی مستند
۲	اخذ تصمیمات اصلاحی/تدوین برنامه بهبود کیفیت در پیاده سازی استانداردهای حقوق گیرنده خدمت در جلسه مشترک تیم مدیریت اجرایی و اعضای کمیته اخلاق پزشکی در بازه زمانی خود ارزیابی های اعتباربخشی**	بررسی مستند
توضیحات	*با توجه به اهمیت این محور تولیت خود ارزیابی این محور به کمیته اخلاق پزشکی سپرده شود. ** طبق سنجه ۱ از استاندارد الف – ۳ – ۶) محور بهبود کیفیت از مدیریت و رهبری.	
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی با مشارکت مدیریت اجرایی	