



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران / ویرایش سوم / سال ۱۳۹۵



استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران

ویرایش سوم / سال ۱۳۹۵

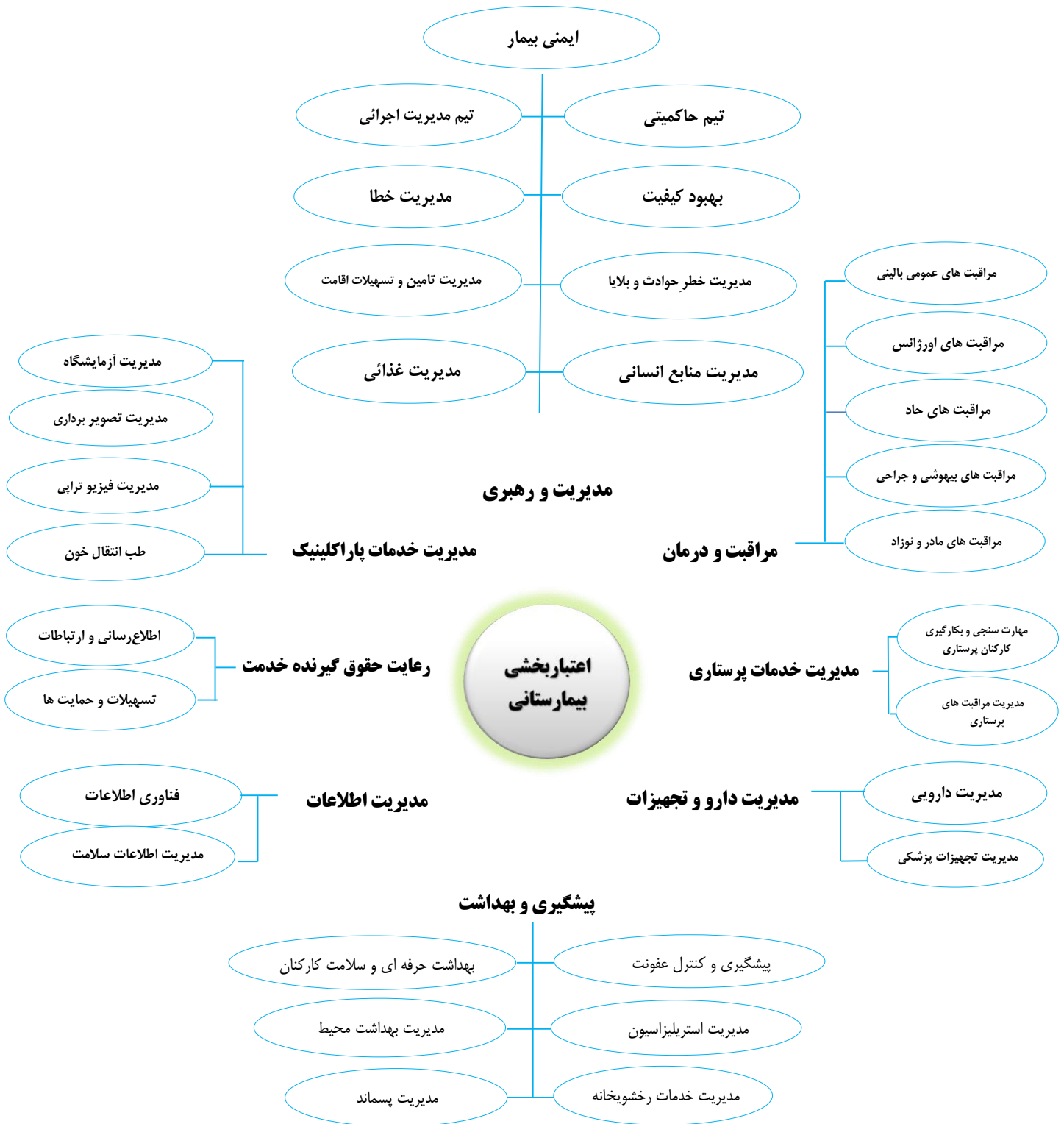


سازمان نظام پزشکی
جمهوری اسلامی ایران

بافت سازمان

میتا ابراهیمیان سرور

۱۴۱۴۱۵۵





فهرست محورها

۶	الف. مدیریت و رهبری	۶
۶	الف-۱) تیم حاکمیتی	۶
۷	الف-۲) تیم مدیریت اجرایی	۷
۱۰	الف-۳) بهبود کیفیت	۱۰
۱۱	الف-۴) مدیریت خطا	۱۱
۱۲	الف-۵) مدیریت "خطر حوادث و بلایا"	۱۲
۱۳	الف-۶) مدیریت ایمنی بیمار	۱۳
۱۴	الف-۷) مدیریت منابع انسانی	۱۴
۱۶	الف-۸) مدیریت تامین و تسهیلات اقامت	۱۶
۱۸	الف-۹) مدیریت غذایی	۱۸
۱۹	ب. مراقبت و درمان	۱۹
۱۹	ب-۱) مراقبت های عمومی بالینی	۱۹
۲۳	ب-۲) مراقبت های اورژانس	۲۳
۲۵	ب-۳) مراقبت های حاد	۲۵
۲۶	ب-۴) مراقبت های بیهوشی و جراحی	۲۶
۲۷	ب-۵) مراقبت های مادر و نوزاد	۲۷
۲۹	ج. مدیریت خدمات پرستاری	۲۹
۲۹	ج-۱) مهارت سنجی و بکارگیری کارکنان پرستاری	۲۹
۳۰	ج-۲) مدیریت مراقبت های پرستاری	۳۰
۳۱	د. مدیریت دارو و تجهیزات	۳۱
۳۱	د-۱) مدیریت دارویی	۳۱
۳۳	د-۲) مدیریت تجهیزات پزشکی	۳۳
۳۵	ه. پیشگیری و بهداشت	۳۵
۳۵	ه-۱) مدیریت بهداشت محیط	۳۵
۳۸	ه-۲) مدیریت پسماندها	۳۸
۴۰	ه-۳) مدیریت استریلیزاسیون	۴۰
۴۱	ه-۴) مدیریت خدمات رختشویخانه	۴۱
۴۳	ه-۵) بهداشت حرفه ای و سلامت کارکنان	۴۳
۴۴	ه-۶) پیشگیری و کنترل عفونت	۴۴
۴۶	و. مدیریت خدمات پاراکلینیک	۴۶
۴۶	و-۱) مدیریت آزمایشگاه	۴۶
۴۸	و-۲) مدیریت تصویربرداری	۴۸
۴۸	و-۳) مدیریت فیزیوتراپی	۴۸
۴۹	و-۴) طب انتقال خون	۴۹
۵۱	ز. مدیریت اطلاعات	۵۱
۵۱	ز-۱) مدیریت اطلاعات سلامت	۵۱
۵۴	ز-۲) فناوری اطلاعات	۵۴
۵۶	ح. رعایت حقوق گیرنده خدمت	۵۶
۵۶	ح-۱) اطلاع رسانی و ارتباطات	۵۶
۵۷	ح-۲) تسهیلات و حمایت ها	۵۷



پیام وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دستیابی به اهداف کلان نظام سلامت با اولویتهایی که در سیاست‌های کلی سلامت و سند چشم انداز ۱۴۰۴ آمده است، تنها از طریق هم‌گامی و هماهنگی با سایر نظام‌های اجرایی و اهداف توسعه پایدار کشور امکان‌پذیر است. از سوی دیگر تنوع روزافزون فن‌آوری‌ها و خدمات تشخیصی و درمانی، بالا رفتن سواد سلامت و افزایش تقاضای مردم برای مراقبت در برابر آنچه سلامت ایشان را به خطر می‌اندازد، ضرورت مراقبت از کیفیت و ایمنی خدمات این حوزه را بیش از پیش نمایان می‌سازد. در این مسیر، لازم است وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت مردم و به‌منظور تکمیل و تثبیت نتایج حاصل از اجرای برنامه تحول نظام سلامت، ضمن بهره‌گیری از تجارب ملی و بین‌المللی، ضوابط و مقررات مناسبی برای ارائه خدمات و مراقبت‌های ایمن و با کیفیت تدوین نماید و بر اجرای درست آن و پای‌بندی مراکز گوناگون به ضوابط ابلاغی، نظارتی دقیق داشته باشد.

بر همین اساس با اهتمام همکارانم در معاونت درمان و مساعدت جمع کثیری از صاحب‌نظران، ویرایش جدید استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها با اولویت ارتقاء ایمنی بیماران، بهبود مستمر کیفیت و افزایش رضایت‌مندی گیرندگان خدمت تدوین گردید.

ضمن سپاس‌گزاری از تمامی اساتید و کارشناسانی که ما را در این اقدام ملی و ضروری همراهی کردند، امیدوارم نسخه حاضر، ابزاری مناسب برای دستیابی به اهداف ارزشمند اعتباربخشی و نزدیک‌تر شدن مراکز درمانی جمهوری اسلامی ایران به استانداردهای جهانی باشد.

دکتر سید حسن هاشمی
وزیر



پیام معاون درمان

بیمارستان‌ها آخرین امید نیازمندان به خدمات تشخیصی و درمانی هستند، که بیماران و مددجویان پرشماری را به خود جذب می‌نمایند. بیمارستان‌ها با ارزش‌ترین سرمایه‌های انسانی حوزه سلامت را همراه با تجهیزات و فناوری‌های مدرن و گران‌قیمت، بکار می‌گیرند تا با رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای و عدالت، زمانی که جسم و جان با ارزش انسان‌ها در معرض آسیب است آنان را درمان نموده و آسیب‌ها و دردها را از آنها دور نمایند. می‌دانیم که بخش عمده‌ای از هزینه‌های بخش سلامت در بیمارستان‌ها صرف می‌شوند. از این نظر لازم است برای حسن عملکرد این مراکز مقرراتی همه‌جانبه تنظیم شده و با دقت بر اجرای آنها نظارت شود. اعتباربخشی ابزاری معتبر و جامع و سیستماتیک برای دستیابی به این منظور است. از سوی دیگر اعتباربخشی می‌تواند به عنوان نقشه راهنمایی برای مدیران و مجریان به منظور دستیابی به سازمانی با نتایج متوازن، ایمن و با کیفیت مورد استفاده قرار گیرد. اجرای نسخه اول اعتباربخشی ملی، تجربیات ارزنده‌ای برای مسئولان بیمارستان‌ها فراهم نمود، تا همراه با تجربیات جهانی، نسخه جدید اعتباربخشی ملی ایران با رویکرد بیمار محوری و تمرکز بر ایمنی مراقبت‌ها و کیفیت خدمات تشخیصی و درمانی بازنگری شده و استقرار یابد. از طرفی به منظور الحاق ایران به جمع کشورهای «برنامه بین‌المللی اعتباربخشی» (IAP)¹ وابسته به «جامعه بین‌المللی کیفیت در مراقبت‌های سلامت» (ISQua)² را رعایت می‌نمایند، نسخه جدید استانداردهای اعتباربخشی با نگاه به الزامات این انجمن بازنویسی شده و امید است در آینده نزدیک در تراز بین‌المللی، اعتباربخشی ملی ایران قابل عرضه شود. یقین دارم این خواسته ملی با همت و اراده مضاعف روسا، مدیران، پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بیمارستان‌های کشور اعم از دولتی، خصوصی، عمومی و خیریه محقق خواهد شد.

در پایان، از تمامی همکاران که در طی سال‌های گذشته تا امروز در تولد و رشد و توسعه استانداردهای اعتباربخشی تلاش نموده و یاری رساندند، قدردانی و تشکر می‌نمایم.

دکتر محمد حاجی آقاجانی

معاون درمان وزیر

¹ International Accreditation Programme

² International Society for Quality in Health Care

پیشگفتار مدیر کل دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

مجموعه استانداردهای ملی اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران، ابزاری قدرتمند برای هدایت بیمارستان‌ها به سمت تحقق ایمنی و کیفیت در ارائه خدمات تشخیصی و درمانی و اطمینان از حصول آن‌ها بشمار می‌آید. ویرایش قبلی این مجموعه در سال‌های گذشته این مسئولیت سنگین را ایفا نمود اما تغییرات مستمری که در طی این سال‌ها در تکنولوژی، فرآیندها و انتظارات کاربران استانداردها پیش آمد و تجربیاتی که ارزیابان اعتباربخشی برای شفافیت بیشتر و در عین حال اثربخش تر کردن استقرار استانداردها به نفع کیفیت و ایمنی بیماران بدست آوردند، بازنگری اساسی را ناگزیر نمود.

با استعانت از خداوند متعال، پیش نویس مجموعه استانداردهای اعتباربخشی ملی ویرایش سوم، پس از یکسال فعالیت بی وقفه، تهیه و به آرا و نظرسنجی عموم کارشناسان کشور گذاشته شد. در این مسیر، بیش از ۲۳۳۰۰ پیشنهاد و راهنمایی از صاحب نظران و مدیران اجرایی سراسر کشور دریافت شد، و همزمان، در ۲۱ بیمارستان پایلوت از انواع عمومی و گرایش تک تخصصی و انواع وابستگی (دولتی، خصوصی، عمومی و خیریه) مجموعه استانداردهای مزبور به صورت میدانی مرور گردید. در نهایت، با صیانت از روح دانشی ویرایش قبلی، و در نظر گرفتن وضعیت موجود بیمارستان‌ها و نتایج بیمارستان‌های پایلوت و همچنین جمع بندی ارزیابان ارشد، کارشناسان وزارت متبوع، خبرگان و استادان دانشگاه‌ها، با در نظر گرفتن الزامات انجمن بین المللی ISQua¹ (جامعه بین المللی کیفیت در مراقبت های سلامت) نسخه نهایی پیش رو با تغییرات مهم و اثربخش تدوین و تقدیم شد. مجموعه استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران ویرایش سوم شامل سه کتاب مرتبط به هم می‌باشد. کتاب اول، استانداردها و سنجه های مربوط است که قسمت اصلی آن در این فایل الکترونیک ارائه شده است. کتاب دوم "واژگان استانداردهای ملی اعتباربخشی" است که به تعریف اصطلاحات مطرح شده در متن استاندارد می پردازد و کتاب سوم "راهنمای ارزیابی استانداردهای ملی اعتباربخشی" است که حاوی تشریح اهداف و تبیین حداقل‌های مورد انتظار در استقرار هر یک از استانداردها یا سنجه ها و نحوه امتیازدهی می‌باشد. همچنین در کتاب راهنما مشخص شده است که کدام استاندارد یا سنجه برای بیمارستان‌هایی با ویژگی های خاص همانند بیمارستان‌های تک تخصصی، کاربرد نداشته و قابل ارزیابی نخواهد بود. ضمن آنکه استانداردهای شرایط احراز متصدیان / مسئولان بیمارستان و نحوه کسب امتیاز آنها در کتاب راهنما منتشر می‌شود. لازم به یادآوری است، نتیجه ارزیابی براساس مجموعه استانداردهای اعلام شده در چهار درجه رتبه بندی تنظیم شده است. در سال جاری کسب درجه عالی داوطلبانه خواهد بود و استانداردهای مستقل آن متعاقبا اعلام خواهد شد. کتاب کامل "استاندارد ملی اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران" بزودی منتشر شده و همراه با نسخه الکترونیکی توسط دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان در اختیار بیمارستان‌ها قرار خواهد گرفت و نسخه حاضر، برای شروع فعالیت بیمارستان‌ها در استقرار استاندارد، به صورت الکترونیک ابلاغ گردیده است. همانند هر استاندارد دیگری، استانداردهای اعتباربخشی ملی ایران نیز همچنان در مسیر ارتقاء و بهبود مستمر است و متناسب با توسعه ظرفیت های زیرساختی و اجرایی بیمارستان‌ها به سوی پیامدهای اثربخش پیش خواهد رفت. در پایان بر خود واجب می دانم که از زحمات و تلاش های بی وقفه همه صاحب نظران و دلسوزان که در شکوفایی و اعتلای هرچه بیشتر اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران تلاش نموده‌اند، تشکر و قدردانی نمایم.

دکتر سید محمد حسین میردهقان

مدیر کل دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

¹ International Society for Quality in Health Care

الف. مدیریت و رهبری

الف - (۱) تیم حاکمیتی^۱

الف - (۱-۱) تیم حاکمیتی از بکارگیری پزشکان مجاز و فعالیت بیمارستان براساس مجوزهای قانونی اطمینان حاصل می کند.

سنجه ۱. تیم حاکمیتی درخصوص به روز رسانی پروانه بهره برداری بیمارستان برابر قوانین وزارت بهداشت^۲ اقدام نموده و بیمارستان دارای مجوز/پروانه بهره برداری معتبر است.

سنجه ۲. هرگونه توسعه یا تغییر کاربری و تعداد بخش ها/واحدهای پاراکلینیک و تعداد تخت های فعال بیمارستان با رعایت قوانین و براساس پروانه بهره برداری است، و تیم حاکمیتی بر این امر نظارت می نماید.

سنجه ۳. تیم حاکمیتی پیش از هرگونه توسعه تجهیزاتی که ملزم به اخذ مجوز قانونی^۳ از وزارت بهداشت است در خصوص اخذ مجوزهای قانونی اقدام می نماید و تجهیزات بیمارستان دارای مجوزهای قانونی معتبر از وزارت بهداشت است.

سنجه ۴. تیم حاکمیتی در خصوص بکارگیری پزشکان و شاغلین حرف وابسته^۴ که ملزم به دارا بودن مجوزهای قانونی فعالیت می باشند نظارت نموده و افراد غیر مجاز از منظر قوانین اشتغال پزشکان و حرف وابسته بکارگیری نمی شوند.

الف - (۱-۲) سیاست های اصلی و ماموریت بیمارستان ابلاغ شده و برنامه های بیمارستان براساس آن تدوین می شود.

سنجه ۱. تیم حاکمیتی، سیاست های اصلی^۵ را به منظور دستیابی به اهداف کلان و تحقق ماموریت، تدوین و به اطلاع ذینفعان کلیدی^۶ می رساند.

سنجه ۲. تیم حاکمیتی، سند استراتژیک و برنامه های پیشنهادی تیم مدیریت اجرایی را از نظر انطباق با سیاست های اصلی و ماموریت بیمارستان بررسی نموده و ابلاغ می نماید.

سنجه ۳. تیم حاکمیتی بر اجرای برنامه های ابلاغ شده و دستیابی به نتایج متوازن، نظارت می نماید و گزارش های ارسالی را در فواصل زمانی^۷ مشخص بررسی و در صورت نیاز اصلاحات مربوط را اعمال می نماید.

الف - (۱-۳) تیم حاکمیتی بیمارستان از تأمین و تخصیص منابع جهت انجام برنامه های مصوب، اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. برنامه های پیشنهادی تیم مدیریت اجرایی توسط تیم حاکمیتی تصویب و بودجه مورد نیاز تخصیص یافته است.

سنجه ۲. عملکرد بیمارستان بیانگر اولویت بخشی به تخصیص بودجه جهت برنامه های ارتقای ایمنی بیمار و بهبود کیفیت است.

سنجه ۳. بودجه سالانه برای آموزش کارکنان با توجه به اولویت های تعیین شده تخصیص یافته است.

الف - (۱-۴) بیمارستان در جهت پیشگیری و ارتقای سلامت اقدام می نماید.

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

سنجه ۲. خط مشی و روش "مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه کارکنان" با حداقل های مورد انتظار و با مشارکت ذینفعان تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

الف - (۱-۵) بیمارستان از مشخص بودن ارتباط سازمانی و پاسخگویی مدیران و مسئولان در حیطه وظایف شان اطمینان حاصل می کند.

سنجه ۱. نمودار سازمانی با روابط و سطوح مسئولیت ها و اختیارات در بیمارستان تدوین و ابلاغ شده و ارتباط سازمانی براساس آن برقرار است.

سنجه ۲. تیم حاکمیتی، براساس گزارش های دریافتی از تیم مدیریت اجرایی و بررسی های میدانی از شفافیت جریان اطلاعات و پاسخگو بودن مدیران و مسئولان بیمارستان به بیماران/خانواده آنها و کارکنان اطمینان حاصل می کند و در صورت لزوم تصمیمات اصلاحی خود را ابلاغ می نماید.

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

^۲ در محتوای این مجموعه برای ساده سازی به جای استفاده از عبارت "وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی" از عبارت "وزارت بهداشت" استفاده شده است.

^۳ در محتوای این مجموعه علامت * به معنی ارائه توضیحات بیشتر در کتاب راهنما می باشد.

الف-۲) تیم مدیریت اجرایی

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

سنجه ۱. تیم مدیریت اجرایی حداقل با عضویت متصدیان/مسئولین 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

سنجه ۲. تیم مدیریت اجرایی به صورت منظم و مدون جلسات را برگزار نموده و مصوبات آن موید تصمیم گیری مبتنی بر اطلاعات پردازش شده از نتایج شاخص های فرآیندی/عملکردی/برنامه ای، مصوبات کمیته های بیمارستان و سایر موارد به تشخیص تیم مدیریت اجرایی است.

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 می آورد.

الف-۲-۲) سند استراتژیک بیمارستان تدوین شده و به صورت دوره ای پایش و بازنگری می شود.

سنجه ۱. تیم مدیریت اجرایی سند استراتژیک* بیمارستان را با مشارکت کارکنان و هماهنگ با سیاست های اصلی تهیه و به تیم حاکمیتی ارائه نموده و حداقل سالانه مورد بازنگری قرار می دهد.

سنجه ۲. بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیمار جزو اولویت های استراتژیک بیمارستان است و تیم مدیریت اجرایی در قالب برنامه های عملیاتی با پیش بینی منابع مورد نیاز، این برنامه ها را تدوین و بر اجرای آن نظارت می نماید.

سنجه ۳. سند استراتژیک به صورت فایل الکترونیکی در بخش ها/واحدهای مختلف بیمارستان در دسترس می باشد و کارکنان حداقل از اهداف اصلی (کلان) برنامه آگاهی* دارند.

الف-۲-۳) مسئولان ایمنی تعیین شده و براساس شرح وظایف معین در بیمارستان فعالیت می نمایند.

سنجه ۱. مسئول فنی بیمارستان، براساس ابلاغ صادره به عنوان مسئول ایمنی نیز فعالیت می نماید.

سنجه ۲. "مسئول ایمنی" بر اساس شرح وظایف* ابلاغی و حدود اختیارات، فعالیت می نماید.

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.

سنجه ۴. "کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار" بر اساس شرح وظایف* ابلاغی و حدود اختیارات، فعالیت می نماید.

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 می نماید.

الف-۲-۴) بازدیدهای مدیریتی به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی خطرات، بطور منظم انجام می شود.

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 فرصت های بهبود، بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی را منطبق بر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، به اجرا می گذارد.

سنجه ۲. نتایج بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی با رویکرد ایمنی بیمار در جلسات تیم مدیریت اجرایی مطرح شده و اقدام های اصلاحی/برنامه های بهبود کیفیت تعیین و بر اجرای آن نظارت می شود.

الف-۲-۵) کمیته های بیمارستانی طبق دستورالعمل های ابلاغی تشکیل و بر عملکرد آنها نظارت می شود.

سنجه ۱. حداقل کمیته های بیمارستانی براساس دستورالعمل های 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 خطر حوادث و بلاها
- * 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

سنجه ۲. جلسات کمیته ها حداقل در فواصل زمانی تعیین شده برابر دستورالعمل های ابلاغی برگزار می شود.

سنجه ۳. آیین نامه داخلی* کمیته ها تهیه شده و اعضاء کمیته از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۴. رئیس/مسئول، دبیر کمیته ها و اعضای اصلی، متناسب با وظایف و تخصص های مورد نیاز، توسط رئیس/مدیرعامل بیمارستان تعیین شده اند.

سنجه ۵. دستور کار جلسات کمیته ها در راستای اهداف، مأموریت ها و با اولویت بندی مشکلات واقعی و جاری بیمارستان است.

سنجه ۶. مصوبات کمیته های بیمارستانی شامل راه حل های واضح و مشخص برای حل مشکلات بیمارستان است

سنجه ۷. رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار او در تمامی جلسات کمیته ها حضور دارد و مصوبات کمیته ضمانت اجرایی دارد.

سنجه ۸. میزان اثربخشی و نحوه پیگیری و اجرای مصوبات کمیته ها توسط دفتر بهبود کیفیت، پایش و ارزیابی می شود و نتایج به کمیته مرتبط و تیم مدیریت اجرایی گزارش می شود، و اقدام اصلاحی لازم به عمل می آید.

سنجه ۹. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و نماینده دفتر بهبود کیفیت عضو تمامی کمیته های بیمارستانی بوده و در تمامی جلسات حضور فعال دارند.

سنجه ۱۰. پزشکان بیمارستان* حداقل در یکی از کمیته های بیمارستانی عضو هستند و در تصمیم گیری ها مشارکت می نمایند.

الف-۲-۶) تیم مدیریت اجرایی بر نحوه عقد قراردادهای مالی و معاملاتی و عملکرد پیمانکاران نظارت می نماید.

سنجه ۱. خط مشی و روش "انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیار های کیفی* و رعایت "مقررات مالی معاملاتی" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. دستورالعمل "نظارت بر عملکرد پیمانکاران" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

الف-۲-۷) میزان پرداختی بیماران براساس قوانین و مقررات مرتبط برنامه ریزی، اجرا و نظارت می شود.

سنجه ۱. آخرین تعرفه های درمانی ابلاغی* در سامانه اطلاعات سلامت بیمارستان به روز رسانی شده و رعایت می شود.

سنجه ۲. میزان پرداختی بیماران منطبق بر دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و ضوابط بیمه های پایه و تکمیلی است.

سنجه ۳. بیماران هزینه های حق العلاج، هتلینگ، دارو، لوازم پزشکی و سایر موارد را طبق خدمات ارائه شده در پرونده صرفا به صندوق بیمارستان پرداخت می نمایند و هیچگونه وجه جداگانه ای در داخل یا خارج از بیمارستان، بابت خدمات دریافتی و یا دارو و لوازم از بیمار دریافت نمی شود.

سنجه ۴. تعرفه های مربوط به هتلینگ در کنار آخرین گواهی نامه ارزشیابی، حداقل در واحد پذیرش، واحد ترخیص یا حسابداری و سالن انتظار اصلی، در معرض دید گیرندگان خدمت نصب گردیده و در صورت حساب بیماران طبق آن محاسبه و دریافت می شود.

سنجه ۵. قیمت دارو و لوازم پزشکی طبق قیمت های مصوب سازمان غذا و دارو محاسبه و از بیماران اخذ می شود و مسئول فنی بر این امر نظارت نموده و در صورت مشاهده هرگونه عدم انطباق اقدام اصلاحی به عمل می آورد.

سنجه ۶. کدهای خدمات ثبت شده در پرونده و صورت حساب بیماران منطبق بر خدمات ارائه شده و شرایط بیمار است.

سنجه ۷. مسئول فنی بر رعایت تعرفه ها و محاسبه صحیح صورتحساب بیماران نظارت می نماید 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 می نماید.

الف-۲-۸) هزینه دارو و درمان، دارو و تجهیزات پزشکی ارزیابی و برنامه ریزی می شود.

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 می شود.

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 روش های آماری بررسی و موارد خارج از بازه های معمول را شناسایی و علت یابی می نماید.

سنجه ۳. رئیس/مدیر عامل بیمارستان، نتایج بررسی های کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات در خصوص نحوه عملکرد پزشکانی که به صورت معنی داری مداخلات تشخیصی و درمانی بالاتر از میانگین گروه را دارند، را به همراه مستندات مربوط به صورت مکتوب به آنها متذکر می شود.

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 می شود.

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 می نماید.

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

سنجه ۱. مسئول فنی واجد صلاحیت و دارای پروانه معتبر در بیمارستان فعالیت می نماید.

سنجه ۲. مسئول فنی بیمارستان از شرح وظایف مسئولین فنی ابلاغی از سوی وزارت بهداشت آگاهی داشته و براساس آن عمل می نماید.

سنجه ۳. روش اجرایی "نظارت مستمر در تمام ساعات شبانه روز بر روند ارائه خدمات در بیمارستان" با محوریت مسئول فنی و مشارکت روسا/مسئولین بخش ها/ واحدها با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

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 می آورد.

الف - ۳) بهبود کیفیت

الف - ۳-۱) فرآیندهای اصلی بیمارستان، به صورت مستمر مدیریت می شود.

سنجه ۱. تیم مدیریت اجرایی، فرآیندهای اصلی* بیمارستان را شناسایی، تصویب، بازنگری و ابلاغ می نماید و در بخش ها/واحدهای مرتبط، کارکنان از آنها آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئولان* بخش ها/واحدها، شاخص های سنجش فرآیندهای اصلی بیمارستان را تعیین و نسبت به پایش و اندازه گیری آنها در بازه زمانی معین اقدام و تحلیل نتایج ارزیابی را به تیم مدیریت اجرایی ارائه می نماید.

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 می نماید.

الف - ۳-۲) میزان پیشرفت و تحقق اهداف برنامه های عملیاتی/بهبود کیفیت، ارزیابی و بازنگری می شود.

سنجه ۱. تیم مدیریت اجرایی، شاخص های برنامه ای و مسئول پایش و اندازه گیری* میزان پیشرفت هر یک از برنامه های عملیاتی/بهبود کیفیت را تعیین نموده و بر روند پایش و ارزیابی آنها نظارت می نماید.

سنجه ۲. مسئولین پایش برنامه ها، نتایج پایش و ارزیابی برنامه های 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 می شود.

سنجه ۳. تیم مدیریت اجرایی براساس گزارش نتایج ارزیابی پیشرفت برنامه های عملیاتی در خصوص هر یک از برنامه ها در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت؛ تدوین و ابلاغ می نماید و دفتر بهبود کیفیت بر اجرای آنها نظارت می کند.

الف - ۳-۳) عملکرد بالینی و غیر بالینی بیمارستان، اندازه گیری شده و براساس آن بازنگری انجام می شود.

سنجه ۱. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت کمیته پایش و سنجش کیفیت* و مسئولین بخش ها/واحدهای بیمارستان، شاخص های عملکردی* بالینی و غیر بالینی را اولویت بندی، و به تیم مدیریت اجرایی پیشنهاد می نماید.

سنجه ۲. تیم مدیریت اجرایی شاخص های عملکردی پیشنهادی کمیته پایش و سنجش کیفیت را بررسی و تصویب نموده و با تعیین مسئول اندازه گیری هر یک از شاخص ها به تمام بخش ها/واحدهای مرتبط ابلاغ می نماید.

سنجه ۳. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئولان اندازه گیری* هر یک از شاخص های عملکردی، نتایج را در فواصل زمانی تعیین شده را از بخش ها/واحدهای بیمارستان دریافت نموده و پس از تحلیل در کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریت اجرایی گزارش می نماید و پس از تایید تیم مدیریت اجرایی، نتایج تحلیل ها به بخش ها/واحدهای مرتبط اطلاع رسانی می شود.

سنجه ۴. تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرآیند* براساس نتایج و تحلیل شاخص های عملکردی، اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت؛ تدوین و ابلاغ می نماید و دفتر بهبود کیفیت بر اجرای آنها نظارت می کند.

الف - ۳-۴) مشکلات جاری و فرصت های بهبود، شناسایی و اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت مرتبط اجرا می شود.

سنجه ۱. مسئولان* بخش ها/واحدها با همکاری کارکنان نسبت به شناسایی مشکلات و تعیین فرصت های بهبود اقدام نموده و پس از اولویت بندی، 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 می نمایند.

سنجه ۲. دفتر بهبود کیفیت برنامه های بهبود کیفیت پیشنهادی بخش ها/واحدها را در جلسات تیم مدیریت اجرایی، مطرح و در صورت تصویب با همکاری مسئولین واحدها/بخش ها بر پیشرفت و اجرای آن نظارت و نتایج را به تیم مدیریت اجرایی گزارش می نماید.

الف - ۳-۵) مستندات مربوط به استانداردهای اعتباربخشی ملی مدیریت می شود.

سنجه. دفتر بهبود کیفیت مستنداتی را که برای اجرای الزامات اعتباربخشی ملی تهیه شده اند، 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 می دهد.

الف - ۳-۶) ارزیابی عملکرد بیمارستان در پیاده سازی اعتباربخشی ملی با رویکرد بهبود مستمر توسط تیم های داخلی انجام می شود.

سنجه ۱. بخش ها/واحدها در زمان تعیین شده، با رویکرد بهبود مستمر کیفیت، خود ارزیابی 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 می نماید.

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 می نماید.

الف-۴) مدیریت خطا

الف-۴-۱) اقدامات برنامه ریزی شده‌ای برای پیشگیری از خطاهای پزشکی اجرا می‌شود.

سنجه ۱. روش اجرایی "ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی"^۱ با حداقل‌های مورد انتظار در بخش‌ها/واحدها، با محوریت مسئول ایمنی و با مشارکت کمیته‌های بیمارستانی و بخش‌ها/واحدهای مرتبط تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

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.

سنجه ۳. کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، کنفرانس‌ها/اسمینارهای مرتبط با مرگ و میر و عوارض بیمارستانی را با هدف اطلاع‌رسانی و آگاه ساختن کارکنان در این زمینه، در بیمارستان برگزار می‌نماید.

الف-۴-۲) اقدامات برنامه ریزی شده برای پیش و کنترل خطاهای پزشکی اجرا می‌شود.

سنجه ۱. روش اجرایی "نحوه گزارش دهی 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.

سنجه ۲. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول ایمنی سوابق خطاهای پزشکی را به صورت جاری، کامل، صحیح، ثبت نموده و از آن‌ها برای ارتقای ایمنی بیماران و تداوم درمان و مراقبت استفاده می‌شود.

سنجه ۳. گزارش خطاهای پزشکی رخ داده بویژه 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.

* مرگ‌های غیر منتظره و عوارض غیر منتظره شامل:

* واکنش‌های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خون و فرآورده‌های خونی، باعث آسیب به بیمار شده اند

* خطاهای دارویی مهم که باعث آسیب به بیمار شده اند

* خطاها و رویدادهای هوشبری که باعث آسیب به بیمار شده اند

* تفاوت‌های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته‌های پاتولوژی و جراحی

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.

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

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.

سنجه ۲. رئیس/مدیرعامل بیمارستان از بین اعضای کمیته‌های بیمارستانی افرادی را برای عضویت در تیم ایمنی بیمار انتخاب می‌نماید و 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.

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.

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

سنجه ۱. کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه به عنوان زیر مجموعه‌ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می‌نماید.

سنجه ۲. کمیته مرگ مادران و پریناتال به عنوان زیر مجموعه‌ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می‌نماید.

سنجه ۳. کمیته احیاء نوزادان مطابق با بسته خدمتی احیاء نوزاد به عنوان زیر مجموعه‌ای از کمیته مرگ و میر و عوارض، فعالیت می‌نماید.

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.

سنجه ۵. بیمارستان با همکاری پزشکی قانونی سازوکاری برای انجام اتوپسی در اولین فرصت ممکن برای اثبات علت مرگ‌ها فراهم می‌نماید.

¹ Medical Error

الف-۵) مدیریت "خطر حوادث و بلایا"

الف-۵-۱) بیمارستان ارزیابی و اولویت بندی خطر حوادث و بلایا را انجام داده اقدامات پیشگیرانه را برنامه ریزی می نماید.

سنجه ۱. ارزیابی خطر^۱ حوادث و بلایا در بیمارستان براساس آخرین مرجع علمی^۲ اعلام شده از سوی وزارت بهداشت و در سه حیطه ایمنی عملکردی، ایمنی سازه ای و غیر سازه ای به صورت سالیانه انجام می شود.

سنجه ۲. براساس نتایج ارزیابی خطر حوادث و بلایا در حیطه های عملکردی، اولویت ها مشخص شده و اقدامات پیشگیرانه برنامه ریزی شده است.

سنجه ۳. براساس نتایج ارزیابی خطر حوادث و بلایا در حیطه های سازه ای اولویت ها مشخص شده و اقدامات پیشگیرانه برنامه ریزی شده است.

سنجه ۴. براساس نتایج ارزیابی خطر حوادث و بلایا در حیطه های غیرسازه ای اولویت ها مشخص شده و اقدامات پیشگیرانه برنامه ریزی شده است.

سنجه ۵. بصورت سالیانه تمرین های شبیه سازی شده حوادث و بلایا براساس نتایج ارزیابی خطر انجام می شود که حداقل شامل تمرین دور میزی و تمرین عملیاتی محدود است و کارکنان در رده های مختلف شغلی در آن شرکت می نمایند.

الف-۵-۲) اقدامات پیشگیری و کنترل آتش سوزی در بیمارستان اجرا می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی "ایمنی در مقابل آتش سوزی" با محوریت کمیته خطر حوادث و بلایا با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

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

سنجه ۳. تعداد و نوع خاموش کننده های دستی مورد نیاز به تفکیک بخش ها/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 شده اند.

سنجه ۴. سیستم اعلام حریق و دتکتورهای حساس به دود/حرارت آماده و سالم بکار گرفته شده اند.

سنجه ۵. مسیرهای تخلیه سریع و ایمن و پلکان اضطراری با علائم تصویری مشخص شده اند و در تمام اوقات باز و قابل دسترسی هستند.

سنجه ۶. تمهیدات لازم برای جلوگیری از سرایت دود و آلاینده های هوا از طریق موتور خانه و سرایت آتش و انفجار احتمالی از موتور خانه به سایر ساختمان ها پیش بینی شده و کنترل های لازم به عمل می آید.

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.

الف-۵-۳) برنامه ارزیابی، نگهداری و امنیت تأسیسات و ساختمان بیمارستان تدوین شده و اجرا می شود.

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

سنجه ۲. سوابق بازدیدهای دوره ای از تأسیسات و تجهیزات بیمارستان بیانگر مداخلات به موقع در رفع نواقص و مشکلات است و در صورت لزوم به روز رسانی و جایگزینی سیستم ها یا اجزای آن انجام می شود.

سنجه ۳. دستورالعمل های راهبری ایمن سیستم های الکتریکی و مکانیکی با توضیحات کامل در واحد تأسیسات تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

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 می نمایند.

سنجه ۵. اکسیژن سانترال بیمارستان با ظرفیت مورد نیاز بیمارستان فعال بوده و فشار اکسیژن بطور مستمر پایش و کنترل می شود.

سنجه ۶. کنترل و مصرف گازهای طبی براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد.

الف-۵-۴) برنامه ارزیابی، نگهداری و امنیت سیستم های الکتریکی، تدوین شده و اجرا می شود.

سنجه ۱. بیمارستان حداقل از دو شبکه انتقال نیروی برق شهری تغذیه می شود و در مواقع خاموشی یکی از دو خط شهری قابل استفاده می باشد.

سنجه ۲. بیمارستان حداقل دارای دو دستگاه ژنراتور برق اضطراری است که حداقل یکی از آنها دوگانه سوز بوده و آماده به کار می باشند.

سنجه ۳. دستورالعمل "کنترل عملکرد ژنراتورها و سیستم های تأمین کننده برق اضطراری" توسط حوزه فنی بیمارستان تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۴. مکان های استفاده از منبع تغذیه بدون وقفه^۳ جریان برق براساس اولویت های 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 می شوند.

¹Risk Assessment

²Hospital Safety Index

³Uninterruptible Power Supply

سنجه ۵. سیستم توزیع انرژی الکتریکی بیمارستان از نوع سیستم نقطه اتصال مستقیم به زمین^۱ است و سیستم نول و ارت آن از هم جدا هستند.
سنجه ۶. سیستم توزیع انرژی الکتریکی در بخش های مراقبت ویژه و اتاق عمل از نوع تابلو ایزوله^۲ می باشد و سیستم نول و ارت آن از هم جدا هستند.

الف-۵-۵) فرایندی جهت گزارش حوادث و یا موقعیت های خطر آفرین برای کارکنان وجود دارد.

سنجه ۱. روش اجرایی "گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین" با محوریت مسئول ایمنی و مشارکت کمیته خطر حوادث و بلایا تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. حوادث گزارش شده بیمارستان در زمینه های ساختمان، تاسیسات، برق اضطراری، سیستم اطلاعات بیمارستان^۳، خرابی تجهیزات اصلی و سایر موارد رخ داده در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بررسی، تحلیل و اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می شود.

الف-۵-۶) آمادگی بیمارستان برای پاسخ به فوریت ها و عوامل خطر آفرین برنامه ریزی شده است.

سنجه ۱. عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی بیمارستان براساس آخرین مراجع علمی تایید شده از سوی وزارت بهداشت، با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، ارزیابی و اولویت بندی شده و حداقل پنج عامل مهم خطر آفرین داخلی و خارجی شناسایی، و برنامه های آمادگی پاسخ به این عوامل تدوین و اجرا می شود.
سنجه ۲. برنامه های آمادگی با رویکرد تمامی عوامل خطر آفرین^۴ و براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، تدوین و اجرا می شود.
سنجه ۳. سامانه هشدار اولیه^۵ به منظور پاسخ دهی به عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شده و کسانی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.
سنجه ۴. روش اجرایی "افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه های فضای فیزیکی، تجهیزات، ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و نیروی انسانی" با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا با حداقل های 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.
سنجه ۵. دستورالعمل "تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه" با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شده و کسانی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.
سنجه ۶. نتایج اجرای برنامه های پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی حوادث و بلایا، مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته و براساس آن برنامه اقدام اصلاحی / برنامه بهبود تدوین و اجرا می شود.

الف-۵-۷) فعال سازی سامانه های مدیریت حوادث و بلایا، برنامه ریزی و اجرا می شود.

سنجه ۱. دستورالعمل "فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث" با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شده و کسانی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.
سنجه ۲. شرح وظایف، مسئولیت ها و اختیارات، جایگاه های سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان موجود است و افرادی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.
سنجه ۳. دستورالعمل "نحوه فعال سازی و غیر فعال سازی جایگاه های سامانه فرماندهی حادثه" با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شده و افرادی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.
سنجه ۴. دستورالعمل "فعال سازی روش های ارتباطی جایگزین در هنگام وقوع حادثه" با محوریت کمیته مدیریت خطر 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.
سنجه ۵. روش اجرایی "تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه"^۵ با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شده و افرادی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.

الف-۶) مدیریت ایمنی بیمار

با توجه ضرورت مشارکت تمامی اعضای سازمان و اهمیت استراتژیک ایمنی بیمار، استانداردها و سنجه های این محور در تمامی محورهای اعتباربخشی لحاظ شده است. بدیهی است پس از بارگذاری نتیجه خودارزیابی یا ممیزی نهایی اعتباربخشی بیمارستان در سامانه، امکان اخذ گزارش مستقل از عملکرد بیمارستان در موضوع ایمنی بیمار میسر می باشد.

¹ TN-S

² Isolated Tera (IT)

³ Hospital/Health Information System

⁴ All-Hazard

⁵ Early Warning System- EWS

الف-۷) مدیریت منابع انسانی

الف-۷-۱) نیروی انسانی مورد نیاز برای تمامی بخش ها و واحدها براساس شرح شغل تعیین شده، شناسایی و بکارگیری می شوند.

- سنجه ۱. برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی مورد نیاز برای تمامی بخش ها/واحدها براساس یک الگوی مبتنی بر شواهد علمی و منطبق با استراتژی های بیمارستان برای بازه های زمانی معین، با محوریت تیم مدیریت اجرایی صورت می پذیرد.
- سنجه ۲. بکارگیری کارکنان براساس برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی مورد نیاز و رعایت توازن در بکارگیری آنها، صورت می پذیرد.
- سنجه ۳. تخصیص و چینش نیروهای موجود بین واحدها/بخش ها در هر نوبت کاری، متناسب با برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی و حجم کاری و ویژگی های افراد موجود در بیمارستان، انجام می شود.

الف-۷-۲) بکارگیری کارکنان بر اساس شرح شغل و شرایط احراز انجام می شوند.

- سنجه ۱. شرح وظایف و شرایط احراز و سطح تحصیلات مورد نیاز هر شغل یا پست سازمانی در بیمارستان مشخص شده است.
- سنجه ۲. فهرست توانمندی های مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت های شغلی، برای هر یک از مشاغل بیمارستان تدوین و به روز است.
- سنجه ۳. یک فرد خبره و ذی صلاح، توانمندی های کارکنان جدید ورود را با فهرست واحد منابع انسانی در مورد توانمندی های مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت های یک شغل یا مسئولیت مشخص/جدید تطبیق داده و پس از احراز و تعیین محدوده صلاحیت بکار گمارده می شود.
- سنجه ۴. مسئول واحد منابع انسانی در خصوص جانشین پروری و انتقال تجربیات و اطلاعات کارکنان خروجی به سایر کارکنان با همکاری واحدهای مربوط، برنامه ریزی نموده و براساس آن عمل می شود.
- سنجه ۵. مسئول واحد منابع انسانی با همکاری مسئولین بخش ها/واحدهای بیمارستان در خصوص انطباق شرح شغل و شاغل و تطابق توانمندی های 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 می آید.
- سنجه ۶. انتخاب/انتصاب مدیران و مسئولان بخش ها/واحدها متناسب با فهرست ویژگی های تحصیلی، دانشی، مهارتی و تجربه افراد با جایگاه مربوط شواهد عملکردی آنها انجام می شود.

الف-۷-۳) مقررات اداری مالی داخلی بیمارستان تدوین و به کارکنان اطلاع رسانی شده و براساس آن اقدام می شود.

- سنجه ۱. بیمارستان مجموعه الکترونیکی مقررات داخلی در موضوع امور اداری و مالی را تدوین و در دسترس کارکنان قرار داده است.
- سنجه ۲. کارکنان از تکالیف، شرح شغل و حقوق و مزایا/آئین نامه های انضباطی و نحوه ارزشیابی و ارتقاء شغلی و ضوابط و مقررات خروج از خدمت (انتقال، اخراج، بازنشستگی) آگاهی دارند.
- سنجه ۳. روند ارتقاء شغلی برای تمامی رده های شغلی تدوین و ابلاغ شده، کارکنان از آن آگاهی دارند و بیمارستان براساس آن عمل می نماید.

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

- سنجه ۱. پرونده پرسنلی* کاغذی/الکترونیک تمام کارکنان حتی کارکنان بخش ها و واحدهای برون سپاری شده، در واحد منابع انسانی موجود است.
- سنجه ۲. دستورالعمل "محافظة از فیزیک پرونده های پرسنلی و کارکنان و صیانت از محرمانگی اطلاعات مندرج در آنها" تدوین شده، کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۳. اطلاعات مربوط به مرخصی کارکنان و سوابق حوادث شغلی احتمالی آنها، به تفکیک بخش ها / واحدها، در واحد منابع انسانی ثبت می شود.
- سنجه ۴. اصل محرمانه بودن و امنیت اطلاعات کارکنان رعایت می شود.

الف-۷-۵) فهرست کارکنان برای نوبت کاری شبانه روزی و شرایط غیر مترقبه در دسترس می باشد.

- سنجه ۱. فهرست نوبت کاری شبانه روزی هر ماه با ذکر نام و سمت کارکنان توسط بخش ها/ 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.
- سنجه ۲. هر یک از پرسنل بالینی مطابق بخشنامه هیئت دولت، در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمت می پردازند.
- سنجه ۳. 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 بخش ها /واحدها امکان پذیر است.

الف-۷-۶) ارزشیابی کارکنان در فواصل زمانی معین انجام می شود.

- سنجه ۱. ارزشیابی کارکنان در فواصل زمانی حداقل سالانه با برنامه ریزی واحد منابع انسانی و مشارکت مسئولین بخش ها/واحدها صورت می پذیرد.
- سنجه ۲. براساس نتایج ارزشیابی کارکنان، نقاط قوت و قابل بهبود آنان، مشخص شده و نتایج آن با همکاری مسئولین بخش ها/واحدها در طراحی برنامه آموزشی و ارتقاء شغلی کارکنان مد نظر قرار می گیرد.

الف-۷-۷) نظرات و پیشنهادات کارکنان در برنامه ریزی های بیمارستان اخذ و لحاظ می شود.

سنجه ۱. 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.

سنجه ۲. تیم مدیریت اجرایی گزارش تحلیلی رضایت سنجی کارکنان را بررسی و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت را تدوین و ابلاغ نموده و مسئول واحد منابع انسانی بر اجرای آن نظارت می‌نماید.

سنجه ۳. 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 می‌آورد.

الف-۷-۸) جبران خدمت و برنامه های انگیزشی مبتنی بر عملکرد کیفی کارکنان، برنامه ریزی و اجرا می شود.

سنجه ۱. مزایای غیر مستمر کارکنان، به صورت مبتنی بر عملکرد و با تاثیر معیارهای کیفی محاسبه و پرداخت می‌شود.

سنجه ۲. امکانات رفاهی برای کارکنان در نظر گرفته شده‌است و براساس شاخص‌های عملکردی فرصت‌های رفاهی و فرهنگی به صورت عادلانه در اختیار آنها قرار می‌گیرد.

سنجه ۳. عوامل کلیدی موثر بر کیفیت کاری کارکنان شناسایی شده و براساس معیارهای معین کارکنان نمونه معرفی و مورد تشویق قرار می‌گیرند.

الف-۷-۹) بیمارستان در خصوص ارتقای سلامت جسمی و اتفاقات مرتبط از کارکنان حمایت می نماید.

سنجه ۱. برنامه های ارتقای سلامت کارکنان در حیطه فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و تغذیه سالم، با رویکرد پیشگیرانه و آموزشی اجرا می‌شود.

سنجه ۲. اثر بخشی 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.

سنجه ۳. بیمارستان ساز و کار انجام بیمه حوادث شغلی و مسئولیت مدنی کارکنان را در خصوص حوادث و سوانح و خطاهای پزشکی فراهم آورده است.

الف-۷-۱۰) توانمندسازی کارکنان براساس آموزش‌های هدفمند، برنامه ریزی و اجرا می شود.

سنجه ۱. 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 موضوعات 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.

سنجه ۲. کارکنان، از مفهوم و نحوه تنظیم و اجرای برنامه توسعه فردی آگاهی داشته و هر یک از آنها دارای برنامه توسعه فردی* است.

سنجه ۳. برنامه ریزی آموزشی سالیانه براساس برنامه توسعه فردی و نیاز سنجی 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.

سنجه ۴. 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.

سنجه ۵. شاخص های ارزیابی اثر بخشی 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.

سنجه ۶. بیمارستان ضمن اطلاع‌رسانی کنگره ها و همایش‌های علمی به کارکنان، از حضور کارکنان در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم پزشکان حمایت می‌نماید.

سنجه ۷. در برنامه ریزی آموزشی بیمارستان، آموزش حین خدمت به منظور حفظ و ارتقای دانش و مهارت های کارکنان، پیش بینی شده و سالیانه اجرا می‌شود.

الف-۷-۱۱) آموزش مهارت‌های نجات دهنده و حفظ ایمنی بیماران برنامه ریزی و اجرا می شود.

سنجه ۱. برای کارکنان (پزشک/پرستار و سایر کارکنان مرتبط با بالین بیمار) دوره های آموزشی شناسایی عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار* و نحوه پیشگیری و کنترل آنها حداقل دو سال یکبار برگزار می‌شود.

سنجه ۲. برای پزشکان دوره های آموزش مهارت‌های تخصصی ضمن خدمت پیش بینی شده، که حداقل شامل احیای قلبی-ریوی پیشرفته نوزادان/کودکان و بزرگسالان می‌باشد.

سنجه ۳. کارکنان بالینی و افرادی که بیمارستان تعیین می‌کند دوره آموزش احیای قلبی-ریوی پایه را حداقل دو سال یک بار می‌گذرانند.

الف-۸) مدیریت تامین و تسهیلات اقامت

الف-۸-۱) تدارک، انبارش و توزیع ملزومات و تجهیزات به صورت برنامه ریزی شده انجام می شود.

سنجه ۱. خط مشی و روش "تهیه و توزیع ملزومات و تجهیزات" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. براساس نوع خدمات، فهرست تجهیزات ضروری هریک از بخش ها/واحدها تدوین شده است.

سنجه ۳. بخش/واحد پشتیبان، برای تامین موقت تجهیزات ضروری در شرایط اضطراری، به نحوی که تاخیری در فرآیند درمان بیماران رخ ندهد تعیین شده اند.

سنجه ۴. دستورالعمل "انبارش ایمن" * با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۵. مدیر/مدیر داخلی 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 می نماید، و در صورت نیاز اقدام اصلاحی/پیشگیرانه به عمل می آورد.

الف-۸-۲) بیمارستان خدمات خارج از زنجیره تامین خود را برای بیماران برنامه ریزی می نماید.

سنجه ۱. خدمات تشخیصی و درمانی خارج از زنجیره تامین بیمارستان با محوریت و هماهنگی بیمارستان به بیماران ارائه می شود و از ارجاع بیماران به خارج از بیمارستان بدون حمایت و برنامه ریزی بیمارستان ممانعت به عمل می آید.

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 می نماید.

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

سنجه ۱. بیمارستان امکانات شستشوی بهداشتی و ضد عفونی کردن دست ها را مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت فراهم نموده است.

سنجه ۲. وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش ها/واحدها در دسترس کارکنان بوده و راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از آن در بخش ها/واحدهای مرتبط مشاهده می شود.

سنجه ۳. امکانات بهداشتی * و سرویس های بهداشتی مطابق الزامات مربوط به میزان کافی در دسترس کارکنان و بیماران است.

الف-۸-۴) هدایت مراجعین در ورودی ها و داخل بیمارستان انجام می شود.

سنجه ۱. تابلوهای راهنما در خیابان اصلی و فرعی منتهی به بیمارستان وجود دارد.

سنجه ۲. تابلوهای اورژانس به صورت کاملا واضح و با قابلیت دید از خیابان با تامین نورپردازی برای دید در شب وجود دارند.

سنجه ۳. ورودی های اصلی بیمارستان، درمانگاه ها و اورژانس مستقل هستند.

سنجه ۴. تابلوهای راهنمای بلوک های ساختمانی وجود دارد.

سنجه ۵. تابلوهای راهنما در کلیه طبقات، ورودی بخش ها و واحدهای اداری، پاراکلینیکی و مالی وجود دارد.

سنجه ۶. علائم راهنمای بخش ها در داخل آسانسورها در معرض دید مراجعین نصب شده است.

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

سنجه ۱. آسانسورهای ویژه حمل بیمار به تعداد کافی * در بیمارستان وجود دارد.

سنجه ۲. پله فرار با علائم راهنمایی واضح، دارای نرده و پلکان در همه طبقات بیمارستان بدون هیچ مانعی قابل دسترسی است.

سنجه ۳. رمپ با شیب استاندارد * در مسیر ورودی به اورژانس و درمانگاه بیمارستان وجود دارد.

سنجه ۴. سرویس های بهداشتی با تسهیلات لازم * و مناسب برای معلولین و افراد ناتوان و افراد با نیازهای ویژه وجود دارد.

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

سنجه ۱. تخت های بستری بیماران دارای حداقل شرایط مورد انتظار * است.

سنجه ۲. سیستم مجهز به کنسول گازهای طبی در بالای هر تخت نصب شده و فعال است.

سنجه ۳. تشک بیماران دارای حداقل شرایط مورد انتظار * است.

سنجه ۴. البسه و پوشش های بیماران با شرایط بهداشتی * و مناسب تامین شده است.

سنجه ۵. ملحقات تخت خواب و پوشش های آن با شرایط بهداشتی تامین شده است.

سنجه ۶. میز غذای بیماران دارای حداقل شرایط مورد انتظار * است.

سنجه ۷. تهویه و درجه حرارت اتاق بیمار تنظیم* بوده و کنترل می شود.
سنجه ۸. نور طبیعی مناسب در روز و نور مصنوعی با شدت روشنایی استاندارد بین المللی* (میزان لوکس) در شب در اتاق بیمار تامین شده است.
سنجه ۹. تسهیلات رفاهی از جمله یخچال مواد غذایی*، تلویزیون و تلفن در هر اتاق بستری فراهم شده است.
سنجه ۱۰. مبل / صندلی تخت خواب شو برای همراهان در اتاق بیماران به تعداد تخت های بستری موجود است.

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

سنجه ۱. نمای داخلی بخش ها/ واحدها و مکان های عمومی بیمارستان سالم بوده و با استفاده از مصالح متناسب با کاربری مربوط ایجاد شده اند.
سنجه ۲. فضای انتظار مراجعین در لابی متناسب با تعداد مراجعین و دستورالعمل های ابلاغی در نظر گرفته شده است.
سنجه ۳. ورودی و لابی بیمارستان دارای مبلمان و امکانات رفاهی* متناسب با نیاز بیماران و مراجعین است
سنجه ۴. واحدهای پذیرش و ترخیص در معرض دید مراجعین می باشد، و فضای انتظار فرعی و اصلی متناسب با تعداد مراجعین وجود دارد.

الف-۸-۸) بیمارستان از وجود تسهیلات ارتباطات اضطراری اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. در بخش های بالینی خطوط ارتباطی یک طرفه جهت اعلام نتایج تهدید آمیز^۱ از طرف واحدهای پاراکلینیک وجود دارد.
سنجه ۲. برای هر تخت و هر سرویس بهداشتی در بخش های بستری، سیستم احضار پرستار به صورت سالم و فعال وجود دارد.
سنجه ۳. 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/مدیر داخلی کنترل می شود.

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

سنجه ۱. اتاق/اتاق های ایزوله شامل ایزوله فشار منفی یا اتاق ایزوله با حداقل شرایط طبق بخش نامه ابلاغی وزارت بهداشت موجود است.
سنجه ۲. اتاق نگهداری وسایل تمیز و کثیف در همه بخش های بالینی و پاراکلینیک وجود دارد.
سنجه ۳. برای بیمارانی که امکان انتقال بیماری آنها وجود دارد (مانند HBS-Ag +) دستگاه جداگانه جهت دیالیز فراهم شده است.
سنجه ۴. فضاها و امکانات لازم برای زایمان طبیعی (فیزیولوژیک) برابر دستورالعمل وزارت بهداشت* تامین شده است.
سنجه ۵. اتاق معاینه در ورودی بلوک زایمان وجود دارد.
سنجه ۶. یک اتاق ویژه و ترالی پره اکلامپسی برای بیماران پره اکلامپسی با شرایط ابلاغ شده در دستورالعمل وزارت بهداشت، فراهم شده است.

الف-۸-۱۰) تفکیک فضاهای لازم در بخش ها/واحدها پیش بینی شده است.

سنجه ۱. محدوده فضای فیزیکی هر بخش مشخص بوده و از سایر بخش ها تفکیک شده است به نحوی که به عنوان گذرگاهی جهت دسترسی به سایر بخش ها استفاده نمی شود.
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.
سنجه ۳. در بخش روانپزشکی ورود به منطقه مراقبت از بیماران این بخش، کنترل شده و محصور است.
سنجه ۴. در بخش روانپزشکی یک محل مطمئن دارای تهویه جهت سیگار کشیدن موجود است.
سنجه ۵. یک محل مطمئن خارج از ساختمان جهت ملاقات بیماران در بخش روانپزشکی و عیادت کنندگان وجود دارد.
سنجه ۶. اتاق شیردهی مطابق با آخرین شرایط ابلاغی وزارت بهداشت و اتاق آموزش، شیردهی و امکانات لازم*، فراهم شده است.
سنجه ۷. اتاق درمان در بخش های بالینی به صورت فضای مستقل وجود دارد.
سنجه ۸. مکانی برای ستاد هدایت بحران^۲ با حداقل شرایط لازم* در نظر گرفته شده است.
سنجه ۹. در مجاورت سردخانه متوفیان، فضایی مسقف برای سوگواری همراهان در نظر گرفته شده و مسیر خروج اجساد مستقل از راهروهای اصلی است.
سنجه ۱۰. هرگونه تغییر کاربری در بیمارستان با در نظر گرفتن اصول ایمنی و تایید کمیته خطر حوادث و بلایا و مقررات مرتبط* انجام می شود.
سنجه ۱۱. وجود محل نگهداری کودک و یا مهد کودک نیمه وقت برای عیادت کنندگان پیش بینی شده است.

الف-۸-۱۱) امکانات و تسهیلات دیالیز فراهم شده است.

سنجه ۱. مشخصات فنی دستگاههای همودیالیز مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت است.
سنجه ۲. مشخصات فنی دستگاههای تصفیه اسمز معکوس آب همودیالیز مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت است.

¹ panic value

² Emergency Operation Center(EOC)

سنجه ۳. مشخصات فنی صافی های همودیالیز موجود در بخش همودیالیز، مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت است.

الف-۹) مدیریت غذائی^۱

الف-۹-۱) تهیه مواد اولیه و طبخ غذا تحت نظارت و برنامه ریزی کارشناس تغذیه، صورت می پذیرد.

سنجه ۱. کیفیت، ارزش و مشخصات تغذیه ای مواد غذایی اولیه خریداری شده توسط کارشناس تغذیه بررسی و تایید می شود.
سنجه ۲. آماده سازی، طبخ مواد غذایی، بسته بندی، توزیع و سرو غذا، تحت نظارت فنی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا انجام می شود.
سنجه ۳. وسایل و امکانات پخت غذا تامین شده و مدت، نحوه بکارگیری و تعویض به موقع آنها براساس برنامه مشخص انجام می شود.
سنجه ۴. فضایی مجزا، با رعایت اصول بهداشتی و امکانات لازم* در آشپزخانه برای تهیه محلول گاوآژ بیماران تحت نظر کارشناس تغذیه پیش بینی شده، و توزیع محلول گاوآژ با استفاده از ظروف یکبار مصرف گیاهی درب دار انجام می شود.

الف-۹-۲) توزیع غذا تحت نظارت و برنامه ریزی کارشناس تغذیه، صورت می پذیرد.

سنجه ۱. کارشناس تغذیه در خصوص رعایت اصول تغذیه ای در فرآیند توزیع غذا نظارت نموده و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی بعمل می آورد.
سنجه ۲. توزیع میان وعده ها یا غذا های گرم قبل و پس از ساعت عادی سرو غذا برای بیمار و همراه، برنامه ریزی و اجرا می شود.
سنجه ۳. غذا در ظرف چینی* سالم سرو شده، و از قاشق و چنگال استیل (بجز بخش روانپزشکی) استفاده می شود.

الف-۹-۳) امکان انتخاب نوع غذا با رعایت رژیم غذایی بیماران فراهم شده است.

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 اطلاع رسانی لازم انجام می پذیرد.
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 می شود.

الف-۹-۴) کیفیت غذای بیماران تحت نظارت و کنترل کارشناس تغذیه می باشد.

سنجه ۱. کیفیت غذای بیمارستان تحت نظارت و کنترل کارشناس تغذیه است و کیفیت و طعم* آن مورد رضایت بیماران و همراهان است.
سنجه ۲. مقدار غذای سرو شده تحت نظارت و کنترل کارشناس تغذیه بوده و متناسب با رژیم غذایی بیمار تنظیم می شود.
سنجه ۳. در هر وعده، در کنار غذای اصلی، پیش غذا* و آب / نوشیدنی برای بیماران سرو می شود.

الف-۹-۵) الزامات کیفی در صورت برون سپاری^۲ خدمات غذایی طبق ضوابط رعایت می شود.

سنجه ۱. فراخوان و شرایط احراز صلاحیت پیمانکاران در خصوص برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان مطابق ضوابط وزارت بهداشت، صورت پذیرفته است.
سنجه ۲. در صورت برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان مطابق ضوابط وزارت بهداشت، استانداردهای اعتباربخشی مرتبط با آشپزخانه اعم از تهیه، طبخ، بسته بندی و توزیع غذا* به عنوان تعهدات طرف دوم در قرارداد واگذاری لحاظ شده است.
سنجه ۳. در صورت برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان کارشناسان ناظر قرارداد* مطابق ضوابط وزارت بهداشت بر روند تهیه مواد اولیه غذائی، نگهداری، آماده سازی، طبخ، بسته بندی و انتقال و تحویل غذا به صورت روزانه و میدانی نظارت می نماید.

^۱ با توجه به اهمیت و تاثیر رژیم درمانی در امر مراقبت و درمان بیماران، سایر استانداردهای بالینی در موضوع تخصصی تغذیه در محور مراقبت های بالینی پیش بینی شده و تحت نظارت واحد تغذیه برنامه ریزی و اجرا می شود.

^۲ در صورت برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان مطابق ضوابط وزارت بهداشت، استانداردها و سنجه های مرتبط (در کتاب راهنما آدرس آنها تعیین شده است) در بیمارستان ارزیابی نمی شود و عملکرد آشپزخانه پیمانکار ملاک امتیاز دهی اعتباربخشی خواهد بود.

ب. مراقبت و درمان

ب-۱) مراقبت های عمومی بالینی

ب-۱-۱) ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار، در محدوده زمانی تعیین شده، انجام می شود.

سنجه. کارشناس پرستاری ارزیابی اولیه بیمار را در محدوده زمانی تعیین شده توسط بیمارستان انجام و فرم مربوط را تکمیل می نماید.

ب-۱-۲) پرستار، بیمار را در بخش پذیرش نموده و برای تداوم مراقبت در گزارش پرستاری موارد مورد انتظار را ثبت می نماید.

سنجه ۱. ساعت و تاریخ پذیرش در بخش، با مهر و امضای پرستار در فرم گزارش پرستاری ثبت می شود.

سنجه ۲. شکایت اصلی^۱، علت بستری و نحوه ورود بیمار (مانند صندلی چرخ دار) در بدو پذیرش در بخش، در گزارش پرستاری توسط پرستار ثبت می شود.

سنجه ۳. نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت هوشیاری، سلامت جسمی و وضعیت روحی بیمار در بدو پذیرش در بخش، در گزارش پرستاری، توسط پرستار ثبت می شود.

سنجه ۴. برنامه های درمانی و تشخیصی درخواست شده از سوی پزشک توسط پرستار، پی گیری و در فرم گزارش پرستاری ثبت می شود.

سنجه ۵. در بدو پذیرش، توضیحات و آموزش های لازم توسط پرستار به بیمار ارائه شده و در فرم گزارش پرستاری ثبت می شود.

ب-۱-۳) ارزیابی اولیه بیمار توسط پزشک، در محدوده زمانی تعیین شده، انجام می شود.

سنجه ۱. پزشک ارزیابی اولیه بیمار را در محدوده زمانی تعیین شده توسط بیمارستان، انجام و با قید ساعت، تاریخ، مهر و امضا، فرم شرح حال را تکمیل می نماید.

سنجه ۲. در صورتی که ارزیابی اولیه پزشکی نشان دهد که بیمار در گروه پر خطر* و اورژانس قرار دارد، همزمان با انجام اقدامات درمانی ضروری، ویزیت توسط پزشک از سرویس تخصصی* مربوط انجام می شود.

ب-۱-۴) اقدامات مراقبتی و درمانی براساس ارزیابی های اولیه، طراحی و اجرا می شود.

سنجه ۱. پزشک ضمن آگاهی از نتایج ارزیابی پرستاری تصمیمات درمانی و تشخیصی را اتخاذ می نماید.

سنجه ۲. پزشک دستورات تشخیصی، درمانی و مراقبتی، تسکینی، آرام بخشی را براساس نتایج ارزیابی اولیه و تشخیص/تشخیص های احتمالی اولیه در برگه دستورات پزشکی ثبت می نماید.

سنجه ۳. پزشک براساس نتایج ارزیابی های 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 می نماید و با آگاهی و مشارکت آنها طرح درمان اجرا می شود.

سنجه ۴. پزشک، داروهای درحال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش، بررسی و در مورد ادامه، قطع داروها و یا انجام مشاوره تصمیم گیری کرده و در صورت تایید تداوم مصرف دارو در برگه دستورات پزشکی بیمار ثبت می نماید.

سنجه ۵. شرایط تهدید کننده ایمنی* که در ارزیابی اولیه بیمار شناسایی شده است، توسط کارکنان درمانی برنامه ریزی و کنترل می شود.

سنجه ۶. کارکنان درمانی براساس ارزیابی اولیه خدمات خود مراقبتی و بازتوانی مورد نیاز بیماران را شناسایی، و طبق آن اقدام می نمایند.

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 می آورد.

ب-۱-۵) جداسازی بیماران عفونی، روان پزشکی و پر خطر اجتماعی برنامه ریزی و اجرا می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی "جداسازی بیماران روانپزشکی" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. روش اجرایی "جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به سایر بیماران" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۳. روش اجرایی "جداسازی بیماران با رفتار پر خطر اجتماعی"* با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

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

سنجه. قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی - درمانی شناسایی بیمار حداقل* با دو شناسه مطابق بخش نامه ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد.

ب-۱-۷) مراقبت های پزشکی مورد نیاز بیماران بستری به صورت مستمر و بدون وقفه ارائه می شود.

سنجه ۱. پزشکان متخصص مقیم بیمارستان بر اساس برنامه تحول نظام سلامت* به صورت شبانه روزی در بیمارستان حضور دارند و طبق وظایف محوله و بر اساس دستورالعمل ابلاغی فعالیت می نمایند.

سنجه ۲. برنامه مراقبت و درمان در تمامی روزهای هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل توسط پزشک مقیم/آنکال* با هدایت پزشک معالج استمرار داشته و تغییرات وضعیت بیمار و برنامه مراقبت، در پرونده بیمار ثبت می شود.

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

سنجه ۴. دستیابی بیماران به پزشکان دارای صلاحیت به ایام تعطیل، روزهای هفته یا ساعت خاصی از شبانه روز بستگی ندارد.

ب-۱-۸) مراقبت های پرستاری برای بیماران بستری به صورت مستمر و بدون وقفه ارائه می شود.

سنجه ۱. در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل شیفت، مراقبت از بیماران توسط پرستاران تداوم دارد.

سنجه ۲. در مواردی که پرستار حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می نماید با تعیین جانشین، مراقبت از بیماران تداوم دارد.

ب-۱-۹) مراقبت های پرستاری به شیوه موردی^۱ برنامه ریزی و ارائه می شود.

سنجه ۱. در هر نوبت کاری برای هر بیمار، پرستار مسئول مشخصی تعیین شده و خدمات و مراقبت های پرستاری مورد نیاز هر بیمار، با مسئولیت پرستار بیمار و کمک سایر اعضای تیم مراقبت* تامین می شود.

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 می شود.

ب-۱-۱۰) ارتباط با بیمار بر اساس اصول اخلاق حرفه ای و روش های ارتباطی موثر است.

سنجه ۱. پزشکان با روی گشاده، ضمن معرفی خود با بیماران ارتباط اطمینان بخش* برقرار نموده و پرسش های بیماران را پاسخگو هستند.

سنجه ۲. پرستاران با روی گشاده، ضمن معرفی خود با بیماران ارتباط اطمینان بخش برقرار کرده و پرسش های بیماران را پاسخگو هستند.

سنجه ۳. در حین ارائه خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، حریم شخصی، محرمانگی اطلاعات و ارزش های مورد قبول بیماران رعایت می شود.

ب-۱-۱۱) خدمات پاراکلینیکی و دارویی مورد نیاز بیماران بستری به صورت مستمر و بدون وقفه ارائه می شود.

سنجه ۱. خدمات پاراکلینیکی* مورد نیاز بیماران به صورت برنامه ریزی شده* در تمام ساعات شبانه روز ارائه می شود.

سنجه ۲. خدمات دارویی مورد نیاز بیماران به صورت برنامه ریزی شده* در تمام ساعات شبانه روز ارائه می شود.

ب-۱-۱۲) مراقبت های مستمر و یکپارچه با محوریت پزشک معالج ارائه می شود.

سنجه ۱. تمامی اقدامات تشخیصی، درمانی و مشاوره ها با محوریت و هماهنگی پزشک معالج* صورت گرفته و نتایج به ایشان اطلاع رسانی* می شود.

سنجه ۲. در صورت 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 پی گیری می شود.

سنجه ۳. خط مشی و روش "دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری" با حداقل های مورد انتظار* و مشارکت صاحبان فرآیند تدوین و همه کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

ب-۱-۱۳) بازنگری مستمر برنامه های مراقبتی، درمانی، تشخیصی براساس پاسخ بیمار به روند مراقبت و درمان صورت می پذیرد.

سنجه ۱. پزشک حداقل روزانه* وضعیت و پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه های مراقبتی و درمانی را در برگه سیر بیماری ثبت می نماید.

سنجه ۲. پزشک براساس پاسخ بیمار به برنامه های مراقبتی و درمانی، ارزیابی مجدد به عمل آورده و در صورت لزوم دستورات جدید را در برگه دستورات پزشک ثبت می نماید.

سنجه ۳. پرستار حداقل در پایان هر شیفت* وضعیت و پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه های مراقبتی را در فرم گزارش پرستاری ثبت می نماید.

سنجه ۴. پرستار براساس پاسخ بیمار به برنامه های مراقبتی و درمانی، ارزیابی مجدد را به عمل آورده و در گزارش پرستاری ثبت می نماید.

ب-۱-۱۴) مراقبت های بالینی با رویکرد مبتنی بر شواهد ارائه می شود.

سنجه ۱. حداقل پنج مورد از حالات شایع 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 قرار گرفته و پزشکان از آن آگاهی دارند و طبق آن عمل می نمایند.

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

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

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 می نمایند.

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 می نمایند.

سنجه ۳. اعزام بیماران به سایر مراکز براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت انجام می شود.

ب-۱-۱۶) توضیحات و آموزش های اثربخش به بیمار و خانواده ارائه می شود.

سنجه ۱. دستورالعمل "آموزش خود مراقبتی به بیماران در بخش های بالینی" با مشارکت پزشکان و پرستاران تدوین شده و کارکنان مربوط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. توضیحات و آموزش های لازم توسط پزشک در طول بستری و مراحل تشخیص و درمان به بیمار/خانواده ارائه می شود.

سنجه ۳. توضیحات و آموزش های لازم توسط پرستار در طول بستری و مراحل تشخیص و درمان به بیمار/خانواده ارائه می شود.

سنجه ۴. توضیحات و آموزش های لازم توسط سایر کارکنان بالینی* در طول بستری و مراحل ارائه خدمات مرتبط به بیمار و خانواده ارائه می شود.

سنجه ۵. مسئول آموزش بیمار* در سطح بیمارستان تعیین شده و اثربخشی آموزش های 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 می شود.

ب-۱-۱۷) اصول صحیح دارو دهی به بیمار رعایت می شود.

سنجه ۱. دارو دهی به بیماران با رعایت اصول صحیح دارو دهی طبق آخرین روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی* صورت می پذیرد.

سنجه ۲. نحوه شناسایی و نگهداری داروهای با "شکل، نام و تلفظ مشابه" طبق روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی صورت می پذیرد.

سنجه ۳. شناسایی، انبارش، نسخه نویسی و دارو دهی "داروهای پر خطر"* طبق روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی صورت می پذیرد.

ب-۱-۱۸) عملکرد تجهیزات پزشکی در بخش ها قبل از استفاده، ارزیابی می شود.

سنجه. کارکنان بالینی با هماهنگی واحد تجهیزات پزشکی، قبل از استفاده، از سالم و آماده به کار بودن تجهیزات، اطمینان حاصل می نمایند.

ب-۱-۱۹) بیمارستان از انجام مراقبت های پیشگیرانه برای عوارض ناشی از بی تحرکی طولانی مدت بیماران اطمینان حاصل می کند.

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

سنجه ۲. روش اجرایی "پیشگیری از ترومبو آمبولی وریدی و آمبولی ریوی" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

ب-۱-۲۰) بیمارستان از استفاده صحیح مهار فیزیکی و شیمیایی برای بیماران اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. روش اجرایی "استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی" با حداقل های مورد انتظار* تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. روش اجرایی "استفاده صحیح از روش های مهار شیمیایی" با حداقل های مورد انتظار* تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

ب-۱-۲۱) بیمارستان از آمادگی بیمار و تداوم مراقبت قبل و پس از مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی اطمینان حاصل می نماید.

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 می نمایند.

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 می نمایند.

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 می نمایند.

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 می نمایند.

سنجه ۵. دستورالعمل " اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکوپپی ها " تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

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 می نمایند.

ب-۱-۲۲) خدمات مراقبتی و درمانی به بیماران بستری در بخش های بالینی بطور یکسان ارائه می شود.

سنجه ۱. در بخش های مختلف بیمارستان با سطوح قابل مقایسه نیاز های بیماران، مراقبت های پرستاری از سطح یکسانی برخوردار است.

سنجه ۲. در بخش های مختلف بیمارستان با سطوح قابل مقایسه نیاز های بیماران، مراقبت و درمان های پزشکی از سطح یکسانی برخوردار است.

سنجه ۳. ادامه مراقبت و درمان بیماران بستری در بیمارستان به تامین هزینه و قدرت پرداخت وی بستگی ندارد.

ب-۱-۲۳) ارزیابی تخصصی تغذیه بیماران براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد.

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

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

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

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 می شود.

سنجه ۵. ارزیابی وضعیت تغذیه اطفال*، براساس منحنی های رشد، توسط کارشناس تغذیه صورت پذیرفته و در پرونده وی ثبت می شود.

سنجه ۶. کارشناس تغذیه پاسخ بیمار به مراقبت های تغذیه ای را بررسی نموده و در صورت نیاز به تغییر رژیم غذایی بیمار، فرم پیگیری وضعیت تغذیه را تکمیل می نماید.

ب-۱-۲۴) غذای بیمار براساس رژیم تنظیم شده، تهیه و سرو می شود.

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 می نماید و غذای بیمار بر اساس آن سرو می شود.

ب-۱-۲۵) توضیحات، آموزش و اطلاعات لازم در زمان ترخیص به بیمار و همراه او ارائه می شود.

سنجه ۱. پزشک در زمان ترخیص، توضیحات و آموزش های لازم را به صورت شفاهی و به زبان قابل درک، به صورت جداگانه، به هریک از بیماران و همراه ایشان ارائه می نماید. و آموزش های ارائه شده در یک 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 می شود.

سنجه ۲. در زمان ترخیص، پرستار توضیحات و آموزش های لازم به صورت شفاهی به زبان قابل درک، به صورت جداگانه، به هریک از بیماران و همراه ایشان ارائه می نماید. و آموزش های ارائه شده در یک 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 می شود.

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 می نماید.

سنجه ۴. خلاصه پرونده شامل حداقل های مورد انتظار به صورت کامل، در زمان ترخیص* تکمیل و نسخه دوم یا کپی خوانای آن تحویل بیمار می شود.

ب-۱-۲۶) نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص اعلام می شود.

سنجه. دستورالعمل اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیمار / همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان، تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

ب-۲) مراقبت های اورژانس

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

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 بیمارستان های با ورودی بیش از سی هزار مراجعه در سال پزشک متخصص با ارجحیت تخصص طب اورژانس، داخلی، جراحی و در بیمارستان های تک تخصصی با ارجحیت تخصص مربوط مقیم بخش اورژانس می باشند.

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 حاضر شده و در تعیین تکلیف بیماران مشارکت می نمایند.

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

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

سنجه ۲. در تمام شیفت های کاری بخش اورژانس، پرستارانی با حداقل ۲ سال سابقه خدمت در بخش های بالینی و گذراندن دوره های آموزش تخصصی اورژانس شاغل هستند.

ب-۲-۳) تعیین تکلیف بیماران و مدیریت تخت های ویژه و عادی با اولویت خدمت رسانی به بیماران حاد و اورژانس انجام می شود.

سنجه ۱. مسئول مدیریت تخت^۱ در بیمارستان تعیین شده و با اختیارات کامل، با اولویت بستری نمودن بیماران حاد و اورژانس، اقدام می نماید.

سنجه ۲. پذیرش بیماران الکتیو در بخش های بستری مانع از انتقال بیماران بدحال از اورژانس به بخش های بستری نمی شود.

سنجه ۳. تعیین تکلیف بیماران برای ترخیص، ارجاع یا بستری در سایر بخش ها، حداکثر ظرف شش ساعت انجام می شود.

ب-۲-۴) خدمات پاراکلینیکی اورژانس، شناسایی شده و به صورت شبانه روزی به بیماران ارائه می شود.

سنجه ۱. کمیته اورژانس در خصوص شناسایی خدمات پاراکلینیک و سایر خدمات مورد نیاز اورژانس اقدام و برنامه ریزی های لازم در خصوص ارائه شبانه روزی این خدمات در اسرع وقت و با زمان بندی مشخص، صورت می پذیرد.

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

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

سنجه ۴. تصویربرداری اورژانس با دسترسی ایمن و آسان* فعال می باشد.

سنجه ۵. پی گیری و هماهنگی اقدامات پاراکلینیکی مورد نیاز بیماران بخش اورژانس توسط کارکنان انجام می شود و بیمار/همراه در فرآیندهای تشخیصی و مراقبتی دخالتی ندارند.

ب-۲-۵) فرآیند تریاژ مراجعین بخش اورژانس به صورت برنامه ریزی شده انجام می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی تریاژ تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. شواهد عملکرد تریاژ، در پرونده پزشکی بیمارانی که از طریق اورژانس، در بخش های مختلف بیمارستان بستری شده اند، وجود دارد.

ب-۲-۶) الزامات دسترسی به بخش اورژانس رعایت می شود.

سنجه ۱. ورودی بخش اورژانس از ورودی سایر بخش های بیمارستان مستقل است و دسترسی آن به خیابان اصلی برای ورود آمبولانس تسهیل شده و مراجعین به راحتی مسیر دسترسی به اورژانس را تشخیص می دهند.

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 می رود و در ورودی اورژانس بدون برخورد با ازدحام و شلوغی، بیمار را به اورژانس منتقل می نماید.

سنجه ۳. ورودی بخش اورژانس مسقف بوده و آمبولانس به طور کامل در زیر سقف قرار می گیرد و مسیر انتقال بیمار از اورژانس به واحدهای تصویربرداری و آزمایشگاه و سایر بخش ها مسقف است.

سنجه ۴. مسیرها و بخش های مختلف داخل و خارج بخش اورژانس به وسیله نشانه ها و راهنماهای مشخص، در تمام ساعات شبانه روز به راحتی قابل شناسایی هستند.

¹ Bed maneger

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.

ب-۲-۷) بیمارستان، در موارد اورژانس، بدون توجه به تامین هزینه مراقبت، خدمات سلامت مناسب ارائه می نماید.

سنجه ۱. بیمارستان در موارد اورژانس براساس قانون عمل نموده و بدون توجه به هزینه و پرداخت وجه از سوی بیمار یا همراه او، مراقبت های فوری سلامت را به بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس ارائه می نماید.

سنجه ۲. در صورتی که ارائه خدمات با توجه به نوع بیمارستان، مقدر 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 می شود.

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

سنجه ۱. کمیته تعیین تکلیف بیماران برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت فعالیت می نماید.

سنجه ۲. کمیته تریاژ بیمارستانی برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت فعالیت می نماید.

سنجه ۳. در کمیته اورژانس / مدیریت تخت نتایج پایش و ارزیابی شاخص های پنج گانه اورژانس تحلیل شده و در راستای بهبود عملکرد اورژانس با هماهنگی همه گروه های پزشکی مرتبط، اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت طراحی و اجرا می شود.

ب-۲-۹) شناسایی و رسیدگی به موقع به بیماران اورژانسی، به صورت برنامه ریزی شده مدیریت می شود.

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

سنجه ۲. پزشک مقیم در بیمارستان های مشمول برنامه تحول نظام سلامت براساس دستورالعمل های ابلاغی، در خصوص رسیدگی به بیماران بدحال در بخش های بستری؛ و مشارکت در تعیین تکلیف بیماران در بخش اورژانس، مرتبط با تخصص خود اقدام می نمایند.

سنجه ۳. روش اجرایی "انجام مشاوره های اورژانس" با مشارکت پزشکان تدوین شده و همه کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۴. خدمات پاراکلینیک اورژانس در بخش های بالینی بیمارستان تعریف شده و براساس آن آزمایشگاه، تصویر برداری و سایر خدمات تشخیصی به صورت شبانه روزی ارائه می شود.

ب-۲-۱۰) اقدامات نجات دهنده حیات بیماران، برنامه ریزی شده و به موقع اجرا می شود.

سنجه ۱. دستورالعمل "احیای قلبی ریوی" با حداقل های موردانتظار تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. لیست گروه احیاء* به صورت ماهیانه، در همه شیفت ها و بخش ها/واحدها وجود دارد و در صورت اعلام کد احیاء بلافاصله تیم حاضر می شود.

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 بخش ها، اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۴. ترالی اورژانس در دسترس کارکنان بخش های تشخیصی و درمانی می باشد به نحوی که در زمان کمتر از یک دقیقه امکان استفاده از محتویات آن برای احیای بیماران فراهم می باشد.

سنجه ۵. ترالی اورژانس مطابق آخرین آیین نامه ابلاغی وزارت بهداشت، حاوی تجهیزات و لوازم به صورت آماده استفاده در تمام اوقات است.

سنجه ۶. داروهای نجات بخش ترالی اورژانس در تمام ساعات شبانه روز تامین می شود.

ب-۳) مراقبت های حاد

ب-۳-۱) بیمارستان از مراقبت بیماران حاد بستری در بخش های ویژه اطمینان حاصل می نماید.

- سنجه ۱. خط مشی و روش " نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه " با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۲. خط مشی و روش " مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد " با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۳. مانیتور قلبی پرتابل و دفیبریلاتور، برای مواردی که نیاز به انتقال بیمار وجود دارد، جدا از ترالی اورژانس بوده و استفاده می شود.
- سنجه ۴. در بخش های ویژه امکان انجام دیالیز بر بالین، بدون نیاز به انتقال بیمار میسر است.
- سنجه ۵. در بخش های ویژه امکان انجام خدمات تشخیصی (سونوگرافی، اکوکاردیوگرافی و رادیوگرافی) بر بالین، بدون نیاز به انتقال بیمار میسر است.
- سنجه ۶. جایگاه رهبری بالینی بیماران در بخش های ویژه تعریف شده است، و بر اساس آن عمل می شود.

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

- سنجه ۱. در بخش مراقبت های ویژه بزرگسالان پزشکان متخصص* طبق دستورالعمل ابلاغی به صورت شبانه روزی مقیم هستند و براساس وظایف محوله فعالیت می نمایند.
- سنجه ۲. در بخش مراقبت های ویژه نوزادان و کودکان پزشکان متخصص* طبق دستورالعمل ابلاغی به صورت شبانه روزی مقیم هستند و براساس وظایف محوله فعالیت می نمایند.

ب-۳-۳) بیمارستان از انجام مراقبت برای بیمارانی که تحت آرام بخشی متوسط و عمیق قرار گرفته اند اطمینان حاصل می نماید.

- سنجه ۱. روش اجرایی "مراقبت از بیماران تحت آرام بخشی متوسط و عمیق" تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۲. روش اجرایی "ایجاد محیط آرام و ساکت برای بخش های بستری بیماران" تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

ب-۳-۴) بیمارستان از ارائه مراقبت های ویژه به بیماران حاد در انتظار انتقال به بخش های ویژه اطمینان حاصل می نماید.

- سنجه ۱. مراقبت های پرستاری بیماران حاد در انتظار انتقال به بخش های ویژه با شرایط مشابه* و قابل مقایسه با بخش های ویژه ارائه می شود.
- سنجه ۲. درمان بیماران حاد در انتظار انتقال به بخش های ویژه توسط پزشکان* با شرایط مشابه* و قابل مقایسه با بخش های ویژه ارائه می شود.
- سنجه ۳. بیماران حاد در انتظار انتقال به بخش های ویژه براساس خط مشی و روش " مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد" بیمارستان خدمات دریافت می نمایند.

ب-۴) مراقبت های بیهوشی و جراحی

ب-۴-۱) برنامه ریزی در خصوص پذیرش بیماران در اتاق های عمل با رعایت اولویت ها و حقوق گیرنده خدمت صورت می پذیرد.

- سنجه ۱. دستورالعمل "نحوه پذیرش بیماران در اتاق عمل" تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۲. اولویت بندی* بیماران از نظر اورژانسی، پرخطر، عفونی بودن و آسیب پذیری* در نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل صورت می گیرد.
- سنجه ۳. آمادگی بیماران قبل از ورود به اتاق عمل ارزیابی شده و هیچ یک از بیماران برای اطمینان از آمادگی در اتاق عمل منتظر نمی ماند.
- 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 صرفاً در اتاق عمل فعالیت می نمایند.
- 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 وقفه ای به اتاق های عمل منتقل می شوند.
- سنجه ۶. ساعت ناشتای آمادگی بیماران قبل از عمل جراحی براساس ساعات مجاز*، تنظیم می شود.
- سنجه ۷. بیمار توسط پرستار بخش به مسئول پذیرش* اتاق عمل تحویل داده می شود.

ب-۴-۲) نظافت، شستشو، گندزدایی و استریلیزاسیون فوری در اتاق های عمل با رعایت الزامات انجام می شود.

- سنجه ۱. دستورالعمل "نحوه نظافت، شستشو و گندزدایی اختصاصی محیط های اتاق های عمل" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۲. روش اجرایی "استریل فوری اقلام خاص" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

ب-۴-۳) نگهداری و انتقال نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه انجام می شود.

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

ب-۴-۴) استمرار مراقبت از بیمار از بدو ورود به اتاق عمل تا زمان تحویل بیمار به بخش بستری صورت می گیرد.

- سنجه ۱. "دستورالعمل ابلاغی* جراحی ایمن" برای اعمال جراحی در اتاق عمل رعایت شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند.
- 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 می شود.
- 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 می شود.
- سنجه ۴. پزشک متخصص بیهوشی، وضعیت بیمار را قبل، حین و بعد از عمل جراحی بررسی و در برگ بیهوشی و برگ مراقبت بعد از عمل جراحی ثبت، مهر و امضاء می نماید.
- سنجه ۵. مانیتورینگ قلبی و پایش میزان اکسیژن خون انجام و نتایج توسط پزشک متخصص بیهوشی در برگ بیهوشی به طور خوانا ثبت می شود.
- سنجه ۶. علائم حیاتی کنترل و نتایج توسط پزشک متخصص بیهوشی در برگه بیهوشی به طور خوانا ثبت می شود.
- سنجه ۷. پزشک جراح، شرح عمل، اقدامات و سایر مشاهدات را در برگ گزارش عمل جراحی؛ به طور خوانا ثبت، مهر و امضاء می نماید.
- سنجه ۸. متخصص بیهوشی تا زمان حضور بیمار در ریکاوری در اتاق عمل حضور دارد و دستور ترخیص بیمار را از ریکاوری صادر میکند.
- سنجه ۹. بیماران با شرایط ایمن* از اتاق عمل ترخیص و به بخش های مرتبط منتقل می شوند.

ب-۴-۵) اعمال جراحی، اسکوبی ها و سایر اقدامات تهاجمی در خارج از اتاق عمل با رعایت همه الزامات مراقبتی انجام می شود.

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

ب-۴-۶) مسئولیت های پایش و ارزیابی قبل و حین القای بیهوشی تعیین شده و اجرا می شود.

- 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 می شود.
- 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 می شود.

ب-۵) مراقبت های مادر و نوزاد

ب-۵-۱) پذیرش مادران باردار در بلوک زایمان براساس تریاژ طبق دستورالعمل ابلاغی انجام می شود.

سنجه ۱. "پذیرش مادران باردار براساس تریاژ انجام شده در بلوک زایمان" با رعایت الزامات ابلاغی وزارت بهداشت انجام می شود.
سنجه ۲. در محدوده زمانی از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان در صورت مراجعه اورژانس / غیر اورژانس به بیمارستان. براساس بخش نامه ابلاغی وزارت بهداشت، اولین ارزیابی توسط پزشک متخصص زنان* / ماما انجام می شود.

ب-۵-۲) در بلوک زایمان اتاق آمادگی - زایمان - بهبودی (LDR) ایجاد شده و فعال است.

سنجه ۱. در هر اتاق LDR* منحصرا به یک مادر، مراقبت ارائه می شود.
سنجه ۲. امکان حضور همراه در اتاق LDR فراهم است، و تسهیلات رفاهی* لازم جهت اقامت همراه فراهم می باشد.

ب-۵-۳) بیمارستان از مدیریت مراقبت های مادران باردار اطمینان حاصل می کند.

سنجه ۱. مراقبت های معمول از مادران باردار براساس دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت، انجام می شود.
سنجه ۲. خط مشی و روش "مدیریت مادران پرخطر در بلوک زایمان" براساس راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان، تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
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 براساس آن اقدام می شود.
سنجه ۴. "پایش مادر تا ۲ ساعت پس از زایمان" براساس دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت انجام می شود.
سنجه ۵. "مدیریت درد مادران باردار" براساس راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان انجام می شود.
سنجه ۶. اثربخشی مراقبت های 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 می شود.
سنجه ۷. پزشک متخصص زنان و زایمان طبق شیوه نامه ارتقاء حضور متخصص زنان و زایمان براساس بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت در بیمارستان مقیم می باشد و براساس وظایف محوله فعالیت می نمایند.

ب-۵-۴) بیمارستان از آموزش به مادران درخصوص مراقبت از خود و نوزادش اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. آموزش به مادران درخصوص خود مراقبتی براساس دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت انجام می شود.
سنجه ۲. توضیحات و آموزش های لازم در زمینه نحوه زایمان، روش های کاهش درد زایمان، مراقبت های 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 ارائه می شود.
سنجه ۳. پزشک / ماما، آموزش های لازم را در خصوص مراقبت های مادر پس از زایمان، به صورت شفاهی به زبان قابل درک به وی ارائه می نماید.
سنجه ۴. پزشک / ماما، آموزش های لازم را در خصوص مراقبت های نوزاد به صورت شفاهی به زبان قابل درک به وی ارائه می نماید. و یک نسخه مکتوب از آموزش ارائه شده تحویل بیمار، و تصویر آن به امضای بیمار و پزشک/ماما در پرونده بیمار نگهداری می شود.

ب-۵-۵) بیمارستان از مدیریت مراقبت های نوزادان اطمینان حاصل می کند.

سنجه ۱. شناسایی صحیح نوزاد در هنگام تولد، براساس الزامات ابلاغی وزارت بهداشت، انجام می شود.
سنجه ۲. مراقبت های معمول نوزاد براساس بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در بیمارستان، انجام میشود.
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 می شود.
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.
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 می نمایند.
سنجه ۶. برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد، براساس دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت انجام می شود.

سنجه ۷. اثربخشی مراقبت های نوزاد با استفاده از ابزار بررسی کیفیت خدمات بخش زایمان، ابلاغی وزارت بهداشت، سنجش و پایش می شود و اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا می شود.

ب-۵-۶) بیمارستان از تکمیل فرم های لیبر، زایمان و پس از زایمان اطمینان حاصل می کند.

سنجه ۱. برای هریک از مادران باردار بستری در اتاق لیبر، پارتوگراف براساس راهنمای ابلاغی تکمیل و در پرونده نگهداری می شود.
سنجه ۲. پزشک/ماما اقدامات مراقبتی و درمانی را در پرونده مادر باردار، به صورت خوانا با مهر و امضاء با ذکر تاریخ و ساعت ثبت می نماید.
سنجه ۳. برگه های لیبر و ۹ برگ* ابلاغی وزارت بهداشت تکمیل می شود.

ب-۵-۷) بیمارستان شرایط لازم جهت مراقبت های معمول نوزاد در زایمان های پر خطر را در هنگام زایمان فراهم می نماید.

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 می نماید، یک پزشک متخصص اطفال دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد، در اتاق زایمان / اتاق عمل (بیماران سزارین) حضور دارد.
سنجه ۲. حداقل یک نفر دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد در تمام شیفت های بلوک زایمان در تمامی ساعات شبانه روز و روزهای هفته در بیمارستان حضور دارد.

ب-۵-۸) بیمارستان شرایط شیردهی و امکانات مورد نیاز مادران را فراهم می کند.

سنجه ۱. اتاق آموزش، 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.
سنجه ۲. امکانات مورد نیاز مادران پس از زایمان وجود دارد.
سنجه ۳. امکان استفاده از شیردوش برقی، وسایل نگهداری و خورانش شیر دوشیده شده و وسایل استریل کردن ظروف مربوطه وجود دارد.

ب-۵-۹) بیمارستان در راستای ترویج زایمان طبیعی ایمن اقدامات برنامه ریزی شده به عمل می آورد.

سنجه ۱. روند شاخص سزارین؛ موید دستیابی بیمارستان به اهداف برنامه ترویج زایمان طبیعی است.
سنجه ۲. فرآیند خوش آیندسازی زایمان طبیعی براساس دستورالعمل ابلاغی ترویج زایمان طبیعی وزارت بهداشت در بیمارستان اجرا می شود.
سنجه ۳. خط مشی و روش اجرایی " اطمینان از رعایت اندیکاسیون های انجام سزارین " با استفاده از دستورالعمل های ابلاغی تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۴. کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن، آموزش کارکنان مرتبط با مراقبت های مادر و کودک را در کارگاه های بیست ساعته برنامه ریزی و اجرا نموده و برای شرکت کنندگان گواهینامه صادر می شود.
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.
سنجه ۶. کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن بر عملکرد کارکنان در زمینه رعایت دستورالعمل های مراقبت های مادر و کودک و آموزش مادران و اجرای اقدامات ده گانه* نظارت می نماید و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا می شود.
سنجه ۷. ترخیص مادران و شیرخواران به صورت همزمان انجام شده* و کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن بر اجرای آن نظارت می نماید.
سنجه ۸. کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن با تعیین مسئولیت ها بر اجرای قانون شیرمادر و کد بین المللی بازاریابی جانشین شونده های شیرمادر، و منع تبلیغات شیرمصنوعی و شیشه و گول زنگ، نظارت می نماید.
سنجه ۹. پایش های دوره ای، با زمان بندی مشخص در خصوص برنامه شیرمادر انجام شده و همکاری لازم با مرکز بهداشت شهرستان و استان در انجام ارزیابی مجدد صورت می پذیرد و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و ابلاغ می گردد.
سنجه ۱۰. کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن، نشریات آموزشی برای مادران را تهیه و با روش مشخص در اختیار مادران باردار قرار می دهد.

ب-۵-۱۰) بیمارستان از رعایت دستورالعمل "بیمارستان دوستدار مادر" اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. بیمارستان در راستای استقرار گام های ده گانه استاندارد دوستدار مادر برنامه ریزی و اقدام نموده است.

ب-۵-۱۱) بیمارستان از رعایت دستورالعمل "بیمارستان دوستدار کودک" اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. بیمارستان در راستای استقرار گام های ده گانه استاندارد دوستدار کودک برنامه ریزی و اقدام نموده است.

ج. مدیریت خدمات پرستاری

ج-۱) مهارت سنجی و بکارگیری کارکنان پرستاری

ج-۱-۱) نیازسنجی و احراز صلاحیت کارکنان پرستاری بخش های بالینی انجام می شود.

سنجه ۱. مدیریت پرستاری نسبت به محاسبه و برآورد منابع انسانی مورد نیاز با رویکرد مراقبت های یکپارچه در بخش های بالینی اقدام می نماید.

سنجه ۲. مدیریت پرستاری صلاحیت نیروهای پرستاری جدیدالورود را بررسی و در صورت تایید نسبت به بکارگیری و چینش آنها در بخش های بالینی اقدام می نماید.

سنجه ۳. مدیریت پرستاری به چیدمان صحیح نیروی انسانی در بخش ها و شیفتهای مختلف براساس نیاز بیماران و شرایط موجود اقدام می نماید.

سنجه ۴. مدیریت پرستاری به دنبال ارزیابی عملکرد کارکنان در حین انجام کار، براساس صلاحیت حرفه ای آنان در خصوص ادامه، ارتقاء و اتمام خدمت آنها اقدام می نماید.

ج-۱-۲) مدیر پرستاری از مهارت های عمومی بالینی کارکنان جدید ورود اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری، حداقل مهارت عمومی بالینی* کارکنان پرستاری جدید ارزیابی شده و احراز صلاحیت نهایی آنها توسط سرپرستار/کارشناس خبره* بخش صورت می پذیرد.

سنجه ۲. براساس برنامه ریزی، مدیر پرستاری حداقل مهارت های ارتباطی* کارکنان پرستاری ارزیابی شده و در صورت لزوم برنامه ریزی آموزشی فردی/گروهی طراحی و اجرا می شود.

ج-۱-۳) مدیر پرستاری از مهارت های تخصصی بالینی کارکنان جدید ورود پرستاری اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. مدیریت پرستاری معیارهای ارزیابی صلاحیت مهارت های تخصصی پرستاران را برای اشتغال در بخش های بالینی بیمارستان شناسایی، تدوین و صلاحیت کارکنان جدید ورود را بر همین اساس ارزیابی می نماید.

سنجه ۲. براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری، حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید ورود به بخش های ویژه (ICU) ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.

سنجه ۳. براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری، حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید ورود به بخش های ویژه (CCU) ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.

سنجه ۴. براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری، حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید ورود به بخش های ویژه (NICU) ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.

سنجه ۵. براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری، حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید ورود به بخش بیهوشی و اتاق عمل، ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.

سنجه ۶. براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری، حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید ورود به بخش اورژانس، ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.

سنجه ۷. براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری، حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید ورود به بخش های ویژه (PICU) ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.

سنجه ۸. براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری، حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید ورود به بخش های ویژه (BICU) ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.

سنجه ۹. براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری، حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید ورود به بخش های دیالیز ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.

ج-۱-۴) سیاست های آموزشی برای کادر پرستاری تعیین و ابلاغ می شود.

سنجه. سیاست های آموزشی* کارکنان پرستاری حداقل سالی یکبار تعیین و به همه بخش ها و واحدهای مرتبط ابلاغ و بر اجرای آن نظارت میشود.

ج-۱-۵) مدیریت پرستاری از پاسخگویی و اجرای صحیح وظایف محوله کارکنان پرستاری، اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. سرپرستاران، عملکرد پرستاران بخش را در زمینه "ارزیابی های اولیه پرستاری" پایش و کنترل نموده و با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی را برای بهبود عملکرد آنها تدوین و اجرا می نمایند.

سنجه ۲. سرپرستان، عملکرد پرستاران بخش را مطابق "مراجعه مراقبتی پرستاری" پایش و کنترل نموده و با مشارکت پرستاران، مداخلات اصلاحی را برای بهبود عملکرد آنها تدوین و اجرا می نمایند.

سنجه ۳. سرپرستان، عملکرد پرستاران بخش را در زمینه "روش ثبت صحیح اقدامات و مراقبت های پرستاری" پایش و کنترل نموده و با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی را برای بهبود عملکرد آنها تدوین و اجرا می نمایند.

ج-۲) مدیریت مراقبت های پرستاری

ج-۲-۱) نیازهای بخش های بالینی از نظر منابع مالی و فیزیکی مختلف تعیین و به مسئولین مربوط اعلام می شود.

سنجه ۱. مدیریت پرستاری بودجه سالانه لازم را براساس برنامه های عملیاتی و فعالیت های پرستاری، برآورد و ردیف های صرف بودجه را به صورت مکتوب درخواست نموده و پس از تصویب، و تخصیص عملیاتی می نماید.

سنجه ۲. نیازهای اعلام شده از طرف سرپرستان برای اجرای وظایف کاری تعیین شده، توسط مدیریت پرستاری اولویت بندی و درخواست شده و پیگیری لازم به منظور تامین منابع به عمل می آید.

ج-۲-۲) سیاست های آموزشی برای بیماران/همراهان تعیین و ابلاغ می شود.

سنجه. سیاست های آموزشی برای بیماران/همراهان به بخش های بالینی ابلاغ شده و مدیر پرستاری بر اجرایی شدن این سیاست ها نظارت مینماید.

ج-۲-۳) مدیریت پرستاری بر نحوه اداره امور بخش ها نظارت می نماید.

سنجه ۱. روش اجرایی "نظارت بر اداره امور بخش های بالینی" تدوین شده و مسئولین پرستاری از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. مدیریت پرستاری اطمینان حاصل می نماید که "ارزیابی اولیه پرستاری" توسط سرپرستان انجام شده و براساس آن مداخلات اصلاحی برای بهبود عملکرد سرپرستان انجام می شود.

سنجه ۳. مدیریت پرستاری "مراجعه مراقبتی پرستاری" را حداقل سالی یکبار، مشخص و به پرستاران ابلاغ می نماید و براساس آن، پایش و تحلیل عملکرد را انجام و با مشارکت سرپرستان مداخلات اصلاحی را طراحی نموده و بر اجرای آن نظارت می نماید.

سنجه ۴. مدیریت پرستاری "روش ثبت صحیح اقدامات و مراقبت های پرستاری" را حداقل سالی یک بار بازنگری و به کارکنان پرستاری ابلاغ می نماید و اطمینان حاصل می نماید که عملکرد پرستاران توسط سرپرستان ارزیابی شده و براساس آن مداخلات اصلاحی برای بهبود عملکرد سرپرستان انجام می شود.

سنجه ۵. مدیریت پرستاری بر نحوه اجرای مراقبت های موردی، بویژه تناسب سطح مراقبتی و توانمندی پرستاران نظارت و کنترل لازم بعمل می آورد.

سنجه ۶. روش اجرایی "نحوه تشویق و کنترل های انضباطی کارکنان پرستاری" تدوین شده است و کارکنان و مسئولین بخش ها از آن اطلاع داشته و براساس آن عمل می نمایند.

ج-۲-۴) مدیریت پرستاری بر نحوه مدیریت تخت، اعزام و انتقال بیماران در داخل و خارج بیمارستان نظارت می نماید.

سنجه ۱. گزارش سوپروایزری در ۲۴ ساعت گذشته در ارتباط با مدیریت تخت، تحلیل و در صورت نیاز مداخلات اصلاحی پیشنهاد و اجرا می شود.

سنجه ۲. مدیریت پرستاری با روش مشخص* بر روند جابجایی بین بخش های بیماران در داخل بیمارستان، نظارت می نماید و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه به عمل می آورد.

سنجه ۳. مدیریت پرستاری با روش مشخص بر روند انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان، نظارت می نماید و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه به عمل می آورد.

سنجه ۴. مدیریت پرستاری با روش مشخص بر روند اعزام به سایر مراکز، نظارت مینماید و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه به عمل می آورد.

سنجه ۵. مدیریت پرستاری با روش مشخص بر روند مشاوره های داخل و خارج از بیمارستان، نظارت می نماید و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه به عمل می آورد.

سنجه ۶. مستندات* مربوط به نحوه آمادگی، نوبت دهی، نحوه انجام/نتایج خدمات در واحدهای پاراکلینیک، در اختیار سرپرستان قرار گرفته است.

ج-۲-۵) مدیریت پرستاری بر نحوه تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها/واحدها نظارت می نماید.

سنجه. مدیریت پرستاری با روش مشخص بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها/واحدها، نظارت می نماید و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه به عمل می آورد.

د. مدیریت دارو و تجهیزات

د-۱) مدیریت دارویی

د-۱-۱) بیمارستان از دسترسی به دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی مورد نیاز بیمار اطمینان حاصل می نماید.

- سنجه ۱. کمیته دارو درمان با محوریت مدیریت دارویی، فارماکوپه دارویی بیمارستان را تدوین، و به تمامی گروه های درمانی و پزشکان اطلاع رسانی نموده و یک نسخه از آن در هر بخش موجود است.
- 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 می شود.
- 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 می شود.
- سنجه ۴. داروهای حیاتی براساس فهرست تدوین شده در فارماکوپه، در بخش های تشخیصی و درمانی وجود دارند و در دسترس می باشند.
- سنجه ۵. روش اجرایی " نحوه فعالیت داروخانه بیمارستان در ساعات شبانه روز" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۶. دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی مورد نیاز بیماران بستری در بخش ها 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 نمی شود.
- سنجه ۷. روش اجرایی "مدیریت کمبود دارویی در مقاطع زمانی موقت" تدوین شده و همه کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

د-۱-۲) انبارش ایمن دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی تحت نظارت مسئول فنی داروخانه صورت می پذیرد.

- سنجه ۱. دستورالعمل "انبارش ایمن داروها" با محوریت مسئول فنی داروخانه تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۲. داروهای یخچالی در یخچال هایی که در فواصل زمانی مشخص دمای آنها کنترل و ثبت می شود نگهداری می شوند.
- سنجه ۳. داروهای مخدر در انبار داروخانه در یک قفسه قفل دار محفوظ هستند.
- سنجه ۴. انبار داروخانه و فضای عمومی داروخانه دارای فضای فیزیکی مشخص و مجزا از سایر بخش ها/واحدها بوده و از دسترسی غیر مجاز محفوظ می باشد.

د-۱-۳) نسخه پیچی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی یک بار مصرف، تحت نظارت مسئول فنی و براساس دستور پزشک انجام می شود.

- سنجه ۱. مدیر دارویی/مسئول فنی بررند 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 برنامه ریزی اقدام می شود.
- سنجه ۲. انتقال اطلاعات دستورات دارویی توسط کارکنان درمانی از پرونده بیمار به سامانه اطلاعات بیمارستان به درستی انجام می شود و مدیر دارویی/مسئول فنی کنترل های لازم را در خصوص اطمینان از صحت و دقت درخواست ها اعمال می نماید در صورت لزوم از طریق کمیته دارو و درمان اقدام اصلاحی برنامه ریزی و اقدام می شود.
- سنجه ۳. نسخه پیچی دارو تحت نظارت مسئول فنی و براساس دستور پزشک انجام می شود.
- سنجه ۴. انتقال اطلاعات مصرف تجهیزات و ملزومات پزشکی یک بار مصرف* از پرونده به سامانه اطلاعات بیمارستان، با شرح کامل انجام می شود.
- سنجه ۵. داروهای پر خطر و سیتوتوکسیک تحت نظارت داروساز و با شرایط ایمن* آماده سازی می شوند.

د-۱-۴) تامین و توزیع دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی، تحت نظارت مسئول فنی و به صورت برنامه ریزی شده انجام می شود.

- سنجه ۱. روش اجرایی " خرید دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نماید.
- سنجه ۲. توزیع دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی تحت نظارت مسئول فنی انجام می شود.
- سنجه ۳. حمل و نقل دارو ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی، از انبار دارویی تا بخش ها به صورت ایمن و با رعایت اصول نگهداری آنها انجام می شود.
- سنجه ۴. مدیر دارویی در خصوص کیفیت نگهداری و میزان موجودی دارویی بخش ها 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 می شود.
- 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 می شود.

سنجه ۶. تحویل دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی صرفاً به افراد معین و ذیصلاح* تعیین شده در بخش های بالینی صورت می پذیرد.

د-۱-۵) بیمارستان از مصرف دارو ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی اطمینان حاصل می نماید.

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 می شود.
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 می نماید.
سنجه ۳. با محوریت کمیته دارو و درمان، فهرست داروهای پر خطر و سیتوتوکسیک برای هر یک از بخش ها تدوین و این داروها با نشان گذاری های هشداردهنده و شرایط ایمن، تحت نظارت سرپرستار / مسئول شیفت در یک قفسه مستقل نگهداری می شود.
سنجه ۴. داروهای مخدر در بخش ها، در قفسه های قفل دار محفوظ و مصرف آنها تحت کنترل می باشد.

د-۱-۶) روند تجویز و مصرف دارو^۱ DUE ملزومات و تجهیزات مصرفی به صورت مستمر ارزیابی می شود.

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 می نمایند.
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 می نمایند.
سنجه ۳. معرفی داروهای جدید و آموزش لازم در خصوص این داروها، توسط مدیریت دارویی برای تمامی گروه های درمانی و پزشکان انجام می شود.
سنجه ۴. فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی بیمارستان تدوین، به تمامی پزشکان اطلاع رسانی شده و یک نسخه از آن در هر بخش موجود است.
سنجه ۵. روش اجرایی " کنترل تجویز خارج از فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی " تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۶. کمیته دارو درمان با مشارکت مدیریت دارویی و پزشکان، تجویز و مصرف صحیح داروهای مهم و شایع مانند آنتی بیوتیکها را ارزیابی نموده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی لازم به عمل می آید.

د-۱-۷) بیمارستان در خصوص داروهای تاریخ گذشته و ریکال به صورت برنامه ریزی شده اقدام می نماید.

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 می شود.
سنجه ۲. روش اجرایی مدون "فراخوان دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی (ریکال)" تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
د-۱-۸) مدیریت دارویی به اطلاعات بیماران دسترسی دارد و با درخواست پزشک معالج بازنگری داروهای تجویز شده انجام می شود.

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.
سنجه ۲. متخصص داروسازی بالینی حداقل در بخش های ویژه، داروهای تجویز شده را بازنگری کرده و نظریه خود را در پرونده بیمار ثبت می نماید.

د-۱-۹) خطاهای دارویی به صورت برنامه ریزی شده کنترل می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی " مدیریت خطاهای دارویی " تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
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 بخش ها اعلام و به روز رسانی می شود.
سنجه ۳. کمیته دارو درمان، با محوریت مدیر دارویی/مسئول فنی بر روند خطاهای دارویی و عوارض جانبی نظارت می نماید و ضمن شناسایی موارد و الویت بندی گزارش های واصله اقدامات پیشگیرانه/اصلاحی تدوین و اجرا می نماید.
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 می نماید.

۲-۵ مدیریت تجهیزات پزشکی

۲-۵-۱) مدیریت، برنامه ریزی، پایش و ارزیابی عملکرد تجهیزات پزشکی انجام می شود.

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.

سنجه ۲. دستورالعمل "نگهداری و به روز رسانی شناسنامه تجهیزات پزشکی" تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۳. روش اجرایی "اقتصاد سنجی و نظارت بر به روز بودن و افزایش بهره وری تجهیزات پزشکی" با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۴. آموزش فنی کاربران برای استفاده صحیح و ایمن دستگاهها به صورت برنامه ریزی شده انجام می شود.

سنجه ۵. انبارش تجهیزات پزشکی غیر مصرفی مطابق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت انجام می شود.

سنجه ۶. اسقاط تجهیزات پزشکی مطابق با ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت انجام می شود.

سنجه ۷. روش اجرایی "سرویس، مدیریت سرویس ها و بازدیدهای دوره ای (pm) تجهیزات پزشکی" تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۸. بخش تجهیزات پزشکی با استفاده از آخرین ویرایش دستورالعمل های اداره کل تجهیزات پزشکی، دستورالعمل ها و چک لیست های بخش تجهیزات پزشکی را به روز نموده و نگهداری می نماید.

۲-۵-۲) راهنماهای کاربری تجهیزات پزشکی و کاربری سریع تجهیزات پزشکی به زبان فارسی بر روی دستگاه نصب می باشد.

سنجه ۱. بخش تجهیزات پزشکی براساس راهنمای اصلی تجهیزات، دفترچه راهنمای نگهداری و کاربری خلاصه شده ای را به زبان فارسی تهیه نموده و در دسترس کاربران قرار می دهد.

سنجه ۲. در بخش ها/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 ضد عفونی در مواقع ضروری) یا در پوشه ای در محل کاربری دستگاهها موجود است

۲-۵-۳) تامین تجهیزات پزشکی مصرفی و غیر مصرفی بیمارستان مطابق ضوابط ابلاغی برنامه ریزی شده است

سنجه ۱. خرید تجهیزات پزشکی غیر مصرفی بیمارستان مطابق ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت صورت می گیرد.

سنجه ۲. مسئول یا نماینده ای 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 می نماید.

۲-۵-۴) پایش، ارزیابی و کنترل کیفی تجهیزات پزشکی برنامه ریزی و انجام می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی "کنترل کیفی تجهیزات پزشکی یا آزمون کالیبراسیون" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

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 می نماید و بر چسب های الصافی مطابق با دستورالعمل ها و نتایج آزمون، الصاق شده است.

سنجه ۳. لیست شرکت های 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 می شود و گزارش انجام آزمون های کنترل کیفی و مستندات مرتبط در بخش تجهیزات پزشکی موجود می باشد.

سنجه ۴. در دستگاههایی که نتیجه حاصله از کنترل کیفی آنها مردود و یا مشروط اعلام شده است؛ 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 شده است.

سنجه ۵. برنامه زمان بندی شده جهت پایش، جمع آوری و تحلیل داده ها و مستند سازی تجهیزات پزشکی و نتایج آنها موجود است.

سنجه ۶. تجهیزات پزشکی معیوب با استفاده از سیستم فراخوان (ریکال) جمع آوری و از گردش کار خارج می شوند.

د-۲-۵) تعمیرات و سرویس های دوره‌ای به صورت برنامه‌ریزی شده انجام می‌شود.

۱. برنامه مکتوب نحوه انجام تعمیرات تجهیزات پزشکی از طریق شرکتهای نمایندگی و یا مجاز (ثالث) صورت می‌پذیرد.
۲. سوابق تعمیرات تجهیزات پزشکی در بخش تجهیزات پزشکی نگهداری می‌شود.
۳. سوابق سرویس های 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 دوره های بعدی بر روی تمام تجهیزات نصب می‌باشد.
۴. تجهیزات پزشکی بر قراردادهای سرویس و نگهداری سالیانه ی دستگاه‌های حیاتی و سرمایه ای نظارت نموده و سوابق مربوط، نگهداری می‌شود.
۵. روش اجرایی تأمین تجهیزات پشتیبان و یا تعمیر آنها در کوتاه ترین زمان ممکن و در طول شبانه روز و ایام تعطیلات با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

۵. پیشگیری و بهداشت

هـ-۱) مدیریت بهداشت محیط

هـ-۱-۱) کیفیت آب بیمارستان با استانداردهای کشوری آب آشامیدنی مطابقت دارد.

سنجه ۱. کلر سنجی به صورت روزانه و متناوب با استفاده از کیت های کلر سنجی مورد تایید وزارت بهداشت* انجام می گیرد.
سنجه ۲. آزمایشات میکروبی و شیمیایی* آب مطابق دستورالعمل انجام شده و سوابق آن موجود است.
سنجه ۳. آب مورد نیاز بیمارستان حداقل برای ۲۴ ساعت در مخزن اختصاصی ذخیره شده و در گردش می باشد و ماهیانه از نظر آلودگی میکروبی و روزانه از نظر کلر باقی مانده بررسی می شود و سوابق آن موجود است.
سنجه ۴. کنترل کیفی آب مصرفی دستگاههای دیالیز طبق دستورالعمل وزارت بهداشت انجام می شود.

هـ-۱-۲) صلاحیت بهداشتی کارکنان در واحدهای مرتبط با مواد غذایی، استریلیزاسیون، پسماند و رختشویخانه احراز می شود.

سنجه ۱. تصویرگواهینامه "دوره ویژه بهداشت عمومی" برای کارکنان تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی، استریلیزاسیون مرکزی، مدیریت پسماند و رختشویخانه براساس دستورالعملها و قوانین و معتبر از نظر زمان و مرجع صادر کننده در واحدهای مذکور وجود دارد.
سنجه ۲. تصویر کارت بهداشتی معتبر از نظر زمان و مرجع صادر کننده برای تمامی کارکنانی که در تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی در بیمارستان مشارکت دارند، در محل قابل رویت محل خدمت کارکنان مذکور نصب شده است.

هـ-۱-۳) ارزیابی مواد اولیه غذایی، روش حمل و نقل آنها مطابق ضوابط بهداشتی صورت می پذیرد.

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 می نمایند.
سنجه ۲. مواد اولیه غذایی* صرفاً به وسیله وسایط نقلیه مخصوص حمل و نقل مواد غذایی دارای شماره مجوز درج شده بر روی وسیله نقلیه* به صورت برجسب صادره از معاونت بهداشتی، مطابق آیین نامه اجرایی ابلاغی وزارت بهداشت* حمل می شوند.
سنجه ۳. بیمارستان از مواد غذایی بسته بندی مجاز و محصولات واحدهای تولیدی دارای پروانه های معتبر بهداشتی استفاده می نماید.

هـ-۱-۴) نگهداری مواد اولیه غذایی با رعایت اصول ایمنی و ضوابط بهداشتی صورت می پذیرد.

سنجه ۱. انبار/سردخانه اختصاصی برای نگهداری مواد غذایی مطابق آیین نامه* مربوط موجود است.
سنجه ۲. تمام مواد و فرآورده های غذایی بالاتر از سطح زمین و جدا از مواد شوینده نگهداری می شوند.
سنجه ۳. ثابت درجه حرارت یخچالها و فریزرهای نگهداری مواد غذایی دو نوبت در روز انجام می شود.
سنجه ۴. مکانیسم های ایمن و تمام خودکار برای ورود و خروج به یخچالها، فریزرها و سردخانه ها وجود دارد، درب یخچال از داخل قفل نمی شود و داخل یخچال کلیدی جهت توقف سرد کننده وجود دارد.

هـ-۱-۵) آماده سازی و طبخ، مطابق ضوابط بهداشتی انجام می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی "نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی آماده سازی و طبخ" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. ابزار، لوازم و ظروف مورد استفاده در مراحل آماده سازی، طبخ و توزیع دارای شرایط بهداشتی مطابق آیین نامه است.
سنجه ۳. مواد مصرفی که در تهیه غذا به کار می رود مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت* آماده می شود.
سنجه ۴. میوه و سبزیجات خام مصرفی مطابق دستورالعمل سالم سازی سبزیجات* آماده مصرف می شوند.
سنجه ۵. مواد غذایی فاسد شدنی، در یخچال و یا سردخانه نگهداری می شوند و غذای پخته و خام، شسته و نشسته جدا از هم نگهداری می شوند.
سنجه ۶. طبخ غذا در فضای مجزا از محل آماده سازی صورت می پذیرد.

هـ-۱-۶) توزیع و سرو غذا مطابق ضوابط بهداشتی انجام می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی "نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی توزیع و سرو غذا" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. بیمارستان از ترالی های گرم خانه دار مخصوص توزیع غذا یا آسانسور های مخصوص حمل مستقیم غذا از آشپزخانه به داخل بخشها، برخوردار است و غذاها با دمای مناسب بین بیماران و همراهان آن ها توزیع می شود و کنترل تصادفی و دقیق درجه حرارت غذا به روشی بهداشتی توسط کارشناس بهداشت محیط انجام می گیرد.

ه-۱-۷) آشپزخانه و فضاهای پشتیبانی آن و محل ارائه مواد غذایی، دارای معیارها و شرایط بهداشتی هستند.

- سنجه ۱. واحد بهداشت محیط در فواصل زمانی تعیین شده، بهداشت آشپزخانه و مواد 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 می شود.
- سنجه ۲. انبار، محل آماده سازی، محل پخت، محل توزیع و ظرفشویی چیدمان مناسب دارد و مسیر یک طرفه تمیز به کثیف رعایت میشود.
- سنجه ۳. سالن های غذا خوری و محل سرو غذا مطابق آیین نامه* مربوط است.
- 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 می کنند.
- سنجه ۵. شرایط محل فروش مواد غذایی مانند بوفه در داخل بیمارستان مطابق آیین نامه اجرایی ابلاغی وزارت بهداشت* بوده و مواد غذایی مجاز عرضه می نمایند.
- سنجه ۶. شرایط آبدارخانه بخش ها و واحدهای مختلف بیمارستان مطابق آیین نامه ابلاغی وزارت بهداشت* است.

ه-۱-۸) اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذایی برای بیماران بستری در بخش های ویژه و ایزوله رعایت می شود.

- سنجه ۱. روش اجرایی "رعایت اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذا به بیماران بستری در بخش های ویژه*" شامل تمامی موارد مرتبط از جمله پوشش کارکنان توزیع کننده، تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۲. بیمارستان جهت جلوگیری از انتقال عفونت از طریق ظروف غذا براساس بخش نامه ابلاغی وزارت بهداشت* از ظروف یک بار مصرف مورد تأیید، برای بیماران اتاق های ایزوله و واحدهای عفونی و بیماران بخش اورژانس استفاده می نماید.

ه-۱-۹) اصول بهداشتی نحوه تردد به آشپزخانه رعایت می شود.

- سنجه ۱. محدودیت تردد برنامه ریزی شده و از ورود افراد متفرقه به داخل آشپزخانه جلوگیری می شود.
- سنجه ۲. مسیرهای کثیف و تمیز در آشپزخانه رعایت می شوند و امکانات، تسهیلات لازم برای جلوگیری از انتقال آلودگی از کفش ها در ابتدای ورودی به واحدهایی نظیر محل طبخ، انبار و سردخانه مواد غذایی وجود دارد و رعایت می شود.

ه-۱-۱۰) ارزیابی مستمر بهداشت محیط در فضاهای فیزیکی بیمارستان برنامه ریزی و اجرا می شود.

- سنجه ۱. وضعیت بهداشت محیط بیمارستان مطابق بخش نامه ابلاغی وزارت بهداشت* توسط کارکنان واحد بهداشت محیط در فواصل زمانی برحسب نوع فعالیت در بخش ها و واحدهای مختلف بیمارستان با استفاده از چک لیست های مرتبط ارزیابی می شود.
- سنجه ۲. گزارش نتایج ارزیابی های مستمر بهداشتی در کمیته بهداشت محیط بیمارستان مطرح شده و در صورت لزوم، اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می شود.
- سنجه ۳. روش اجرایی "پیشگیری و کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان" تدوین شده و همه کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.
- سنجه ۴. واحد بهداشت محیط براساس راهنمای تهویه در بیمارستان ابلاغی وزارت بهداشت* ارزیابی های تهویه بخش ها/واحدها را انجام داده و گزارش آن به کمیته بهداشت ارائه و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا می شود و مسئول بهداشت محیط بر اجرای آن نظارت می نماید.
- سنجه ۵. اصول کنترل دخانیات* در بیمارستان رعایت می شود
- 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 می نماید.

ه-۱-۱۱) اصول بهداشتی ساختارهای فیزیکی مسیرهای عمومی و بخش ها / واحدها رعایت می شود.

- سنجه ۱. کف، دیوار و سقف همه قسمت های بیمارستان مطابق ضوابط بهداشتی* می باشد.
- سنجه ۲. پنجره های تمامی قسمت های بیمارستان مطابق ضوابط بهداشتی* می باشد.

هـ-۱-۱۲) اصول بهداشتی ساختارهای فیزیکی ومسیرهای تردد در اتاق عمل و استریلیزاسیون مرکزی رعایت می شود.

- سنجه ۱. مسیرهای ورود و خروج، تجهیزات و لوازم اتاق عمل با هم تداخل ندارند.
- سنجه ۲. امکانات لازم برای انتقال تجهیزات و لوازم اتاق عمل به صورت جداگانه برای وسایل استریل و غیر استریل وجود دارد.
- سنجه ۳. تهویه و هوای اتاق های عمل دارای شرایط بهداشتی است و به فیلترهای اولیه و نهایی هپا مجهز می باشد.
- سنجه ۴. مسیرهای کثیف و تمیز حداقل در بخش اتاق عمل و استریلیزاسیون مرکزی، رعایت می شوند.
- سنجه ۵. جانمایی اتاق استریلیزاسیون مرکزی و ارتباط مناسب آن با اتاق های عمل و بخش های ویژه رعایت شده است.
- سنجه ۶. محل شستشوی پوتین ها، کفش ها در اتاق های عمل با شرایط بهداشتی وجود دارد.

هـ-۱-۱۳) اصول بهداشتی در نظافت، شستشو و گندزدایی محیط رعایت می شود.

- سنجه ۱. کتابچه/مجموعه الکترونیکی راهنمای گندزدایی شامل روش های 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 می نمایند.
- سنجه ۲. دستورالعمل " نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش ها/واحدها " با حداقل های مورد انتظار، تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۳. دستورالعمل " نظافت و گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس " تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۴. برچسب گذاری محلول های گندزدایی انجام می گیرد.
- سنجه ۵. در بخش ها محل مشخصی برای تی شویی، نگهداری و شستشوی وسایل نظافت مستقل از اتاق کثیف وجود دارد.
- سنجه ۶. نظافت و گندزدایی سطوح و تجهیزات سردخانه متوفیان براساس دستورالعمل ابلاغی انجام می شود.
- سنجه ۷. شرایط بهداشتی و نظافت سرویس های بهداشتی عمومی رعایت می شود.
- سنجه ۸. شرایط بهداشتی و نظافت اتاق بیمار و لوازم مصرفی آن* رعایت می شود.
- سنجه ۹. شرایط بهداشتی و نظافت بخش ها /واحدها و فضاهای عمومی بیمارستان رعایت می شود.

هـ-۱-۱۴) شبکه جمع آوری فاضلاب بیمارستان از نظر تناسب با نیازها، با اصول فنی و بهداشتی مطابقت دارد.

- سنجه ۱. بیمارستان مطابق تفاهم نامه وزارت نیرو و وزارت بهداشت* و راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی عمل می نماید.
- سنجه ۲. پساب خروجی تصفیه خانه بیمارستان با استانداردهای اعلام شده از سوی سازمان حفاظت محیط زیست مطابقت دارد.

هـ-۱-۱۵) کنترل حشرات و جانوران موذی با رعایت نکات بهداشتی انجام می شود.

- سنجه ۱. برنامه کنترل حشرات و جانوران موذی با استفاده از روش های تلفیقی* با تاکید بر آشپزخانه، رختشویخانه و واحد استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل، انبارها، محل انجام فعالیت های ساختمانی بکار گرفته می شود.
- سنجه ۲. برنامه کنترل حشرات و جانوران موذی با رعایت اصول ایمنی، بهداشت و براساس جدول زمان بندی منظم برای تمام بخش ها/واحدهای بیمارستان انجام شده و اثربخشی سم پاشی ارزیابی شده و در صورت لزوم اقدام اصلاحی انجام می شود.
- 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.

هـ-۱-۱۶) اقدامات بهداشت و حفاظت پرتویی واحدهای پرتو پزشکی تشخیصی - درمانی در بیمارستان انجام می شود.

- سنجه ۱. مسئول فیزیک بهداشت بیمارستان از شرح وظایف محوله طبق ضوابط سازمان انرژی اتمی ایران* اطلاع دارد و براساس آن عمل می نماید.
- سنجه ۲. خط مشی و روش کسب اطمینان از اثر بخشی اقدامات بهداشت و حفاظت پرتوها با در نظر گرفتن حداقل های مورد انتظار و مشارکت صاحبان فرایند تدوین شده، کارکنان مرتبط از آن اطلاع داشته و براساس آن عمل می نمایند.

هـ- ۲) مدیریت پسماندها

هـ- ۲-۱) بیمارستان در خصوص مدیریت پسماند برنامه ریزی نموده، و بر اساس دستورالعمل ها اقدام می نماید.

سنجه ۱. برنامه عملیاتی مدیریت پسماند های پزشکی ویژه تدوین و اجرا می شود.
سنجه ۲. کمیته بهداشت محیط در خصوص کاهش میزان تولید و مدیریت پسماندها، سیاست گذاری و برنامه ریزی نموده در صورت لزوم اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می شود.
سنجه ۳. دستور کار یکسان سازی* و رفع ابهامات اجرای "ضوابط و روشهای اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" رعایت می شود.

هـ- ۲-۲) تفکیک پسماندها در بخش ها/واحدها طبق ضوابط بهداشتی انجام می شود.

سنجه ۱. دستورالعمل "تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی"، تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. دستورالعمل "تفکیک در مبدا پسماندهای تیز و برنده"، تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۳. دستورالعمل "تفکیک در مبدا پسماندهای شیمیایی و دارویی" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۴. دستورالعمل "تفکیک پسماند در مبدا پسماند عادی" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۵. دستورالعمل "تفکیک در مبدا پسماند رادیواکتیو و پرتوزا" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۶. کدبندی رنگی و برچسب گذاری پسماندهای تفکیک شده رعایت می شود.

هـ- ۲-۳) جمع آوری و نگهداری موقت پسماندها در بخش ها / واحدها طبق ضوابط انجام می شود

سنجه ۱. دستورالعمل "جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخش ها" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. هر بخش دارای ظروف مستحکم و ایمن^۱ مناسب جهت دفع پسماندهای تیز و برنده می باشد.
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.
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 می پذیرد.

هـ- ۲-۴) محل نگهداری موقت پسماندها، اتاقک زباله مطابق ضوابط در بیمارستان موجود است.

سنجه ۱. محل نگهداری موقت پسماندها در بیمارستان فعال است.
سنجه ۲. برای کاربر دستگاه بی خطر ساز، سرویس دستشویی، توالت و حمام مجزا و محل استراحت با شرایط بهداشتی پیش بینی شده است.
سنجه ۳. زمان نگهداری پسماندها در اتاقک، مطابق ماده ۴۵* رعایت می شود.

هـ- ۲-۵) بی خطر سازی، تصفیه و دفع بهداشتی پسماندها طبق دستورالعمل های ابلاغی انجام می شود.

سنجه ۱. دستورالعمل "بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده" تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
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.
سنجه ۳. حجم دستگاه بی خطر ساز، متناسب با مقدار پسماند عفونی و تیز و برنده تولید شده است و توزین پسماندها انجام می شود.
سنجه ۴. دستورالعمل "دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی" منطبق بر ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۵. کارشناس بهداشت محیط بیمارستان بر حسن اجرای مفاد قانون پسماندهای پرتوزا و رادیواکتیو نظارت می نماید.
سنجه ۶. در رابطه با اعضا و اندام قطع شده بدن و جنین مرده مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت* اقدام می شود.
سنجه ۷. دستورالعمل "نظارت بر عملکرد دستگاه های بی خطر ساز پسماند" تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند

سنجه ۸. ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی مطابق ماده ۱۳ قانون مدیریت پسماند در بیمارستان رعایت می شود.

هـ- ۲-۶) محلی مناسب در بخش برای شستشو و گندزدایی سطوح های زباله وجود دارد.

- سنجه ۱. محل مناسب جهت شستشو و گندزدایی سطوح های زباله داخل بخش، وجود دارد.
- سنجه ۲. تمامی تسهیلات و ظروف نگهدارنده پسماند مطابق ماده ۳۰ در بیمارستان رفع آلودگی و گندزدایی می شود.
- سنجه ۳. دستورالعمل "کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها" تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

هـ- ۲-۷) لیستی از انواع پسماندهای پزشکی ویژه یا خطرناک و محل تولید آنها موجود است.

- 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 در اختیار بخشها و واحدهای مربوطه قرار گرفته و اقدامات احتیاطی لازم در خصوص مدیریت ایمن دفع آن انجام می شود.
- سنجه ۲. لیست پسماندهای پزشکی ویژه به تفکیک محل تولید در اختیار بخشها و واحدهای مربوطه قرار گرفته و اقدامات احتیاطی لازم در خصوص مدیریت ایمن دفع آن انجام می شود.

هـ- ۲-۸) ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه بی خطر سازی پسماند انجام می شود.

- سنجه ۱. ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه بی خطر سازی پسماندها انجام می شود.
- سنجه ۲. ارزیابی میکروبی، مکانیکی و شیمیایی دستگاه بی خطر ساز انجام می شود.

هـ-۳-۱) مدیریت استریلیزاسیون

هـ-۳-۱) بیمارستان از صحت عملکرد دستگاه‌های استریل کننده اطمینان حاصل می کند.

سنجه ۱. چرخه زمان، دما و فشار دستگاه‌های استریل کننده توسط کاربران استریلیزاسیون مرکزی^۱ به صورت دوره‌ای ارزیابی و کنترل می شود.
سنجه ۲. آزمون اسپور به صورت هفتگی برای استریل کننده ها انجام می شود.
سنجه ۳. آزمون اسپور در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده و پس از هر بار تعمیر کلی انجام می شود.
سنجه ۴. آزمون بووی-دیک، روزانه قبل از شروع کار دستگاه بر روی استریل کننده‌های دارای سیکل پری و کیوم انجام می شود
سنجه ۵. آزمون اسپور در هر بار جای گذاری اسباب و تجهیزات حاوی ایمپلنت در دستگاه‌های استریل کننده، انجام می شود.
سنجه ۶. شاخص های شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته یا پک استریل استفاده می شوند.
سنجه ۷. شاخص های شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته یا پک استریل استفاده می شوند.
سنجه ۸. ثبت شماره کد مخصوص هر استریل کننده، نتایج انجام آزمون های 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، هر نوع اقدام و خدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه و آزمون‌های کالبراسیون برای هر دستگاه استریل کننده، موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری می شود.

هـ-۳-۲) بیمارستان از گندزدایی و استریل کردن اقلام حساس به حرارت اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. روش اجرایی "گندزدایی و استریل اقلام حساس به حرارت" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. در صورت استفاده از محلول استریل کننده، جهت اطمینان از صحت عملکرد و اعتبار محلول، از سواپینگ استفاده می شود و تاریخ آماده سازی محلول و تاریخ انقضای مصرف محلول حاضر روی ظرف حاوی آن ثبت شده است.
سنجه ۳. آماده سازی محلول استریل کننده، و به کارگیری آن توسط کارکنان آموزش دیده و در شرایط تهویه مناسب و ایمن صورت می گیرد.

هـ-۳-۳) بیمارستان از روش‌های شستشو، پاک سازی و گندزدایی ابزار و وسایل، قبل از استریلیزاسیون اطمینان حاصل می نماید.

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 می شود.
سنجه ۲. تجهیزات مولد آب پرفشار برای شستشو و هوای پرفشار برای خشک کردن در دسترس و قابل استفاده است.
سنجه ۳. بسته بندی براساس دستورالعمل اتوکلاو اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت^۲ انجام می شود.
سنجه ۴. دستورالعمل "گندزدایی ابزارهای جراحی با استفاده مجدد" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۵. برچسب هر بسته ای که استریل می شود، 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 انقضای استریل و محتوای بسته، ست یا وسیله است.
سنجه ۶. کنترل کیفی آب استریلیزاسیون مرکزی مطابق دستورالعمل راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی کشور انجام می شود.

هـ-۳-۴) مراقبت از وسایل استریل شده با شرایط ایمن انجام می شود.

سنجه ۱. هرگونه جایابی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه های در بسته، تالی های کم‌مدار، کانتینرهای درب دار انجام می شود.
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 با سطوح صاف؛ و براساس دستورالعمل اتوکلاو انجام می شوند.
سنجه ۳. دستورالعمل "نحوه بازخوانی^۲ ابزار و وسایل استریل از بخش‌ها"^۳ تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می شود.
سنجه ۴. روش اجرایی "نحوه رهگیری وسایل و تجهیزات استریل بکار رفته بیمار" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می شود.

هـ-۳-۵) شرایط و تفکیک فضاهای فیزیکی کثیف، تمیز و استریل، در بخش استریلیزاسیون مرکزی انجام می شود.

سنجه ۱. حداقل گردش هوا ۶ تا ۱۰ بار در ساعت صورت می پذیرد.
سنجه ۲. به منظور تفکیک کامل فضاهای فیزیکی قسمت های کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی انجام و نشانه گذاری شده است، به نحوی که وسایل مورد استفاده در هر یک از سه فضای کثیف، تمیز و استریل، منحصراً در همان قسمت استفاده می شوند.
سنجه ۳. در واحد استریلیزاسیون مرکزی مسیر عبور یک طرفه از محیط کثیف به تمیز و استریل، نشانه گذاری شده و جداسازی آنها رعایت میشود.
سنجه ۴. فضایی که اتوکلاو/استریل کننده در آن قرار دارد، از محلی که سایر فعالیتهای بخش در آن انجام می شود مستقل می باشد.

¹ CSSD

² Recall

هـ-۴) مدیریت خدمات رختشویخانه

هـ-۴-۱) تفکیک و جمع آوری، لباس ها و ملحفه ها با رعایت اصول ایمنی و مطابق موازین بهداشتی انجام می شود.

- سنجه ۱. روش اجرایی "جمع آوری، تفکیک و جابجایی لباس ها و ملحفه های کثیف از بخش ها" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۲. روش اجرایی "جمع آوری، تفکیک و جابجایی لباس ها و ملحفه های آغشته به مواد آلوده خطرناک یا مایعات بدن" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۳. دستورالعمل "رعایت موازین کنترل عفونت در هنگام کار با لباس ها و ملحفه های آلوده" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۴. دستورالعمل "احتیاط در خصوص اجسام تیز و برنده جا مانده در لباس ها و ملحفه های کثیف" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۵. کمیته بهداشت محیط درخصوص مدیریت خدمات رختشویخانه، اعم از برنامه های اجرایی و روش های انجام آن، سیاست گذاری و برنامه ریزی می نماید و بر روند ارائه خدمات نظارت نموده، در صورت لزوم اقدام اجرایی / برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می شود.

هـ-۴-۲) ترالی حمل لباس ها، ملحفه و اقلام پارچه ای تمیز و کثیف در بخش ها مجزا و قابل تشخیص هستند

- سنجه ۱. ترالی حمل لباس ها، ملحفه و اقلام پارچه ای تمیز و کثیف کاملاً از یکدیگر مجزا و قابل تشخیص هستند.
- سنجه ۲. محلی برای شستشوی ترالی ها در این واحد وجود دارد و شستشو و گندزدایی ترالی ها به طور روزانه انجام می شود.
- سنجه ۳. البسه عفونی و غیر عفونی و آغشته به مواد دفعی در بخش ها به طور جداگانه جمع آوری و با اصول بهداشتی به رختشویخانه حمل می شود.

هـ-۴-۳) شستشو، خشک نمودن و ذخیره سازی لباس ها و ملحفه ها مطابق موازین بهداشتی انجام می شود.

- سنجه ۱. نظارت بر کاربرد صحیح مواد شوینده و گندزدا در رختشویخانه انجام می شود.
- سنجه ۲. درجه شستشوی ماشین های رختشویی برای تمامی البسه و ملحفه ها و سایر پارچه ها متناسب با جنس، نوع آنها و دستورالعمل کارخانه رعایت می شود. و کنترل و اندازه گیری درجه حرارت آب، زمان شستشو ماشین های رختشویی انجام می شود.
- سنجه ۳. دستورالعمل "ذخیره، توزیع و تحویل لباس / ملحفه تمیز" تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

هـ-۴-۴) شرایط بهداشتی محیط رختشویخانه براساس دستورالعمل های ابلاغی است.

- سنجه ۱. جهت اطمینان از رعایت ضوابط و مقررات وزارت بهداشت و شرایط 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 می شود.
- 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 می شود 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.
- سنجه ۳. محل استقرار رختشویخانه و مسیر ارتباطی آن با بخش های مختلف بیمارستان مناسب است.
- سنجه ۴. کف سالن رختشویخانه سالم، بادوام، قابل شستشو، غیر قابل نفوذ به آب و بدون ترک خوردگی است.
- سنجه ۵. دیوارهای رختشویخانه سالم، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، تمیز، روشن، قابل شستشو و ضد عفونی، بدون خلل و فرج، تا ارتفاع حداقل ۱/۸ متر از کف از جنس مقاوم و صیقلی است.
- سنجه ۶. سقف رختشویخانه سالم، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، تمیز و به رنگ روشن می باشد.
- سنجه ۷. مساحت رختشویخانه متناسب با حجم کار بیمارستان است.
- سنجه ۸. محل استراحت با شرایط بهداشتی برای کارکنان رختشویخانه وجود دارد.

هـ-۴-۵) امکانات و تسهیلات بهداشتی، مطابق ضوابط بهداشت محیط در رختشویخانه موجود است.

- سنجه ۱. سرویس بهداشتی، رخت کن و محل استراحت با شرایط بهداشتی موجود است.
- سنجه ۲. کارکنان از سینک دستشویی مجهز به صابون مایع، دستمال کاغذی و ظروف آشغال پدال دار استفاده می نمایند.
- سنجه ۳. انبار با شرایط بهداشتی برای نگهداری و ذخیره مواد شوینده، پاک کننده و گندزدا موجود است.

هـ- ۴-۶) شرایط بهداشتی و ایمنی تأسیسات، تجهیزات و ماشین آلات واحد رختشویخانه رعایت می شود.

۱. نصب و راه اندازی تأسیسات، تجهیزات و ماشین آلات این واحد براساس توصیه های کارخانه سازنده، انجام می شود.
۲. سرویس و خدمات نگهداری ماشین های رختشویی و خشک کن ها شامل قطعات مورد معاینه در طی سرویس و خدمات دوره ای دستگاه ها انجام می شود.
۳. حداقل دو دستگاه ماشین لباس شویی تمام اتوماتیک براساس برآوردهای ظرفیت مورد نیاز بیمارستان موجود و فعال است.
۴. دستگاه اطوی برقی دارای سوئیچ خودکار قطع جریان برق است.
۵. جهت شستشو منحصرًا از ماشین های رختشویی صنعتی استفاده می شود که ظرفیت آن متناسب با برآورد حجم کار و تعداد تخت بیمارستانی محاسبه شده از سوی بیمارستان است.

هـ- ۴-۷) میزان لباس ها و ملحفه ها و سایر اقلام پارچه ای مورد نیاز برآورد شده و تحت نظام سرجمع داری اموال در انبار می باشد.

۱. نظام سرجمع داری اموال به منظور تفکیک لباس ها و ملحفه های در گردش از لباس ها و ملحفه های موجود در انبار موجود است.
۲. محل نگهداری و ذخیره لنژ تمیز و کثیف تداخل نداشته و دارای شرایط بهداشتی است.
۳. براساس برآوردهای آماری بیمارستان، میزان لباس، ملحفه و اقلام پارچه ای مورد نیاز برای شرایط بالاترین ضریب اشغال تخت و بحران به صورت مدون تعیین شده و براساس آن تامین می شود.

هـ- ۴-۸) محیط رختشویخانه از نظر نور، سروصدا، رطوبت، تهویه و دما مناسب می باشد.

۱. محیط رختشویخانه از نظر نور مطابق ضوابط و مقررات مندرج در آئین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان می باشد.
۲. محیط رختشویخانه از نظر میزان صدا مطابق ضوابط و مقررات مندرج در آئین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان می باشد.
۳. محیط رختشویخانه از نظر رطوبت مطابق ضوابط و مقررات مندرج در آئین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان می باشد.
۴. محیط رختشویخانه از نظر دما مطابق ضوابط و مقررات مندرج در آئین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان می باشد.
۵. محیط رختشویخانه از نظر تهویه هوا مطابق ضوابط و مقررات مندرج در آئین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان می باشد.

هـ- ۴-۹) محدودیت های محیط رختشویخانه طبق ضوابط رعایت می شود.

۱. هیچگونه ماده آشامیدنی، خوردنی و یا دخانیات در داخل محیط رختشویخانه خورده، آشامیده و یا استعمال نمی شود.
۲. مسیرهای کثیف و تمیز تفکیک شده و افراد متفرقه حق ورود به داخل واحد رختشویخانه را ندارند.

هـ-۵) بهداشت حرفه ای و سلامت کارکنان

هـ-۵-۱) ارزیابی و کنترل مواجهه با عوامل زیان آور محیط کار، برنامه ریزی و انجام می شود.

- سنجه ۱. حداقل یکبار در بیمارستان، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار شامل روشنایی، ارتعاش، پرتوهای غیر یونیزان، میدان های الکتریکی و مغناطیسی، صدا، شرایط جوی متناسب با فعالیت بخش ها/واحدها انجام می شود.
- سنجه ۲. حداقل یکبار 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 بخش ها/واحدها انجام می شود.
- سنجه ۳. حداقل یکبار در بیمارستان، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور بیولوژیک* محیط کار متناسب با فعالیت بخش ها/واحدها انجام می شود.
- سنجه ۴. حداقل یکبار در بیمارستان، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور استرس شغلی* محیط کار متناسب با فعالیت بخش ها/واحدها انجام می شود.
- سنجه ۵. حداقل یکبار در بیمارستان، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل ارگونومیک محیط کار متناسب با فعالیت بخش ها/واحدها انجام می شود.
- سنجه ۶. حداقل یکبار در بیمارستان، بررسی و اقدامات اصلاحی و بهسازی سیستم های تهویه متناسب با فعالیت های بخش ها/واحدها انجام می شود.

هـ-۵-۲) بیمارستان از انجام کنترل ایمنی و سلامت شغلی همه گروه های ذینفع اطمینان حاصل می نماید.

- 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.
- سنجه ۲. بیمارستان نسبت به شناسایی، اجرا و کنترل ایمنی و سلامت شغلی همه گروه های ذینفع از جمله پیمانکاران، تامین کنندگان، مشتریان و بازدید کنندگان از محیط کار اقدام نموده است.

هـ-۵-۳) مدیریت مخاطرات شغلی متناسب با فعالیت بخش ها و واحدهای مختلف انجام می شود.

- سنجه ۱. ارزیابی و ارزشیابی مخاطرات شغلی متناسب با فعالیت بخش ها و واحدهای مختلف انجام می شود.
- سنجه ۲. مدیریت کنترل مخاطرات شغلی در محیط کار بر اساس ارزیابی و ارزشیابی به عمل آمده، انجام می شود.
- سنجه ۳. بیماری های شغلی به تفکیک هر بخش/واحد شناسایی و ارزیابی شده و کارکنان مرتبط در خصوص این بیماری ها و روش های پیشگیری از آنها آموزش دیده اند و براساس آن عمل می کنند.
- سنجه ۴. ثبت، بررسی و تحلیل حوادث و شبه حوادث شغلی، شکواییه ها و نظرات بهداشت حرفه ای و طب کار در واحدهای مختلف انجام می شود.
- 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.

هـ-۵-۴) مدیریت ایمنی مواد شیمیایی در بیمارستان انجام می شود.

- 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.
- سنجه ۲. برچسب گذاری مواد شیمیایی برابر دستورالعمل های ابلاغی انجام می شود.
- سنجه ۳. استفاده صحیح از برگه های اطلاع رسانی در خصوص ایمنی مواد (SDS) انجام می شود.
- سنجه ۴. برنامه ایمنی شیمیایی برای انبارها (حمل و نقل، انباشت، چیدمان، توزیع، مصرف و دفع بهداشتی) تنظیم شده است.

هـ-۵-۵) کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار در امر بهبود ایمنی و سلامت کارکنان برنامه ریزی و مشارکت می نماید.

- سنجه ۱. کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار براساس دستورالعمل اجرایی ابلاغی وزارت بهداشت فعال است.
- سنجه ۲. کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار برنامه ریزی آموزشی کارکنان در زمینه ایمنی و سلامت کارکنان انجام، اثربخشی آموزش های ارائه شده در کمیته، بررسی و مداخلات لازم انجام می شود.

هـ-۶) پیشگیری و کنترل عفونت

هـ-۶-۱) بهداشت دست ها مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت رعایت و بر اجرای آن نظارت می شود.

سنجه ۱. خط مشی و روش " ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان /پرستاران و سایر کارکنان بالینی " با حداقل های مورد انتظار تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می شود.
سنجه ۲. بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص بهداشت دست ها * توسط کارکنان مرتبط رعایت می شود.
سنجه ۳. براساس چک لیست، میزان رعایت و پذیرش^۱ بهداشت دست در تمام بخش ها/واحدهای درمانی ارزیابی می شود.
سنجه ۴. اسکراب دست منطبق با آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، جهت تمام اقدامات تهاجمی انجام می شود.

هـ-۶-۲) کارکنان از وسایل حفاظت فردی به صورت ایمن استفاده می نمایند.

سنجه ۱. دستورالعمل "استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت" با حداقل های مورد انتظار تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می شود.
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 می نمایند.

هـ-۶-۳) مدیریت مواجهه شغلی برای کارکنان برنامه ریزی و اجرا می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی "مدیریت مواجهه شغلی" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. کمیته کنترل عفونت نتایج مواجهه شغلی را بررسی و اقدامات اصلاحی /بهبود کیفیت تدوین و اجرا می نماید.

هـ-۶-۴) خطر انتقال شایع عفونت به بیماران ، ناشی از ارائه خدمات مراقبتی به صورت برنامه ریزی شده پیشگیری و کنترل می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی یا محل نمونه برداری" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. روش اجرایی "پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد می شود،" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۳. روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونتهای کتترهای عروقی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۴. روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونتهای کتترهای ادراری" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۵. روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت اقدامات درمانی و اسکوپي ها" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۶. روش اجرایی "مصرف منطقی آنتی بیوتیکها" حداقل شامل پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعملهای مصرف آنتی بیوتیک برای عفونتهای مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی، تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۷. روش اجرایی "حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۸. در موارد الزام برای انجام کشت* براساس دستورالعمل ابلاغی اقدام می شود.
سنجه ۹. معیارهای "ایزولاسیون، بیماران با بیماری های واگیر احتمالی" طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت رعایت می شود.

هـ-۶-۵) بیمارستان از نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت پیروی می نماید.

سنجه ۱. روش اجرایی "شناسایی و گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. اطلاعات لازم از طریق نرم افزار گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی در ایران^۲ به صورت ماهیانه گزارش دهی می شود.

¹ Compliance

² National Nosocomial Infections Surveillance

سنجه ۳. بررسی و تحلیل روند عفونتهای بیمارستانی در کمیته 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.

سنجه ۴. نتایج مقاومت های 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.

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.

سنجه ۶. کمیته کنترل عفونت، گزارش بیماری‌های واگیر را مطابق مقررات الزامی شده‌است را شناسایی و توسط تیم کنترل عفونت به مراجع ذیربط گزارش دهی می‌نماید.

ه-۶-۶) ممیزی کنترل عفونت از بخش‌ها/واحدها انجام شده و نتایج به واحدها و مدیران ارشد گزارش می‌شود.

سنجه ۱. ممیزی بخش‌ها/واحدها در موضوع اصول کنترل عفونت براساس چک لیست های معین* انجام می‌شود.

سنجه ۲. تیم کنترل عفونت نتایج اطلاعات عفونتهای بیمارستانی و ممیزی های انجام شده را به کمیته کنترل عفونت و مسئولان بخش‌ها/واحدهای مربوطه گزارش می‌دهند.

ه-۶-۷) شاخص‌های لازم برای کاهش خطر عفونت‌های بیمارستانی تعیین، پایش و مداخلات اصلاحی صورت می‌گیرد.

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.

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.

و. مدیریت خدمات پاراکلینیک

و-۱) مدیریت آزمایشگاه

و-۱-۱) مدیریت نمونه‌های آزمایشگاه با رعایت اصول کیفی به صورت برنامه‌ریزی شده، انجام می‌شود.

۱. فهرست آزمایش‌های مستلزم ناشتایی و سایر آمادگی‌های لازم مشخص شده و آمادگی بیمار متناسب با آن بررسی و اقدام می‌شود.
۲. مدت پایداری انواع نمونه و آزمایش‌ها تا زمان انجام آزمایش مشخص شده و رعایت می‌شود.
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.
۴. در بخش نمونه برداری آزمایشگاه، در خصوص جمع‌آوری نمونه توسط بیمار* آموزش‌های لازم ارائه می‌شود.
۵. معیارهای پذیرش (رد و قبول) نمونه‌های ارسالی از سایر بخش‌ها و مراکز خارج از آزمایشگاه تعیین شده و براساس آن اقدام می‌شود.

و-۱-۲) مدیریت آزمایش‌های ارجاعی به صورت برنامه‌ریزی شده انجام می‌شود.

۱. فهرست آزمایش‌های فعال و ارجاعی به آزمایشگاه‌های طرف قرارداد مشخص شده و براساس آن اقدام می‌شود.
۲. ملاک انتخاب آزمایشگاه طرف قرارداد برای آزمایش‌های ارجاعی مشخص شده و براساس آن اقدام می‌شود.
۳. نحوه کسب اطمینان بیمارستان از کیفیت عملکرد آزمایشگاه طرف قرارداد برای آزمایش‌های ارجاعی تعیین، و براساس آن اقدام می‌شود.
۴. قرارداد مشخصی که ارتباط و مسئولیت دو آزمایشگاه را مشخص نماید مطابق با دستورالعمل ارجاع نمونه‌های بالینی منعقد و مفاد آن رعایت می‌شود.
۵. دستورالعمل "نحوه بسته بندی، انتقال امن و ایمن نمونه، زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه‌های ارجاعی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

و-۱-۳) دستورالعمل‌های انجام آزمایش براساس ضوابط ابلاغی برای همه بخش‌های آزمایشگاه تدوین و اجرا می‌شود.

۱. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می‌شود، تدوین و براساس آن عمل می‌شود.
۲. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می‌شود تدوین، و براساس آن عمل می‌شود.
۳. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه میکروبی‌شناسی انجام می‌شود تدوین، و براساس آن عمل می‌شود.
۴. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می‌شود تدوین، و براساس آن عمل می‌شود.
۵. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه انگل‌شناسی انجام می‌شود تدوین، و براساس آن عمل می‌شود.
۶. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه سروایمنولوژی و هورمون انجام می‌شود تدوین، و براساس آن عمل می‌شود.
۷. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه PCR و ژنتیک انجام می‌شود تدوین، و براساس آن عمل می‌شود.
۸. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه پاتولوژی، انجام می‌شود تدوین، و براساس آن عمل می‌شود.

و-۱-۴) کنترل کیفیت آزمایش‌ها در همه بخش‌های آزمایشگاه به صورت برنامه‌ریزی شده انجام می‌شود.

۱. کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف در بخش بیوشیمی به صورت مدون و در هر نوبت کاری انجام و ضمن ثبت و تفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آید.
۲. کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف در بخش هماتولوژی به صورت مدون و در هر نوبت کاری انجام و ضمن ثبت و تفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آید.
۳. کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف در بخش میکروبی‌شناسی به صورت مدون و در هر نوبت کاری انجام و ضمن ثبت و تفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آید.
۴. کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف در بخش بیوشیمی ادرار به صورت مدون و در هر نوبت کاری انجام و ضمن ثبت و تفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آید.
۵. کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف در بخش سروایمنولوژی و هورمون به صورت مدون و در هر نوبت کاری انجام و ضمن ثبت و تفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آید.
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.

سنجه ۷. کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش پاتولوژی به صورت مدون و در هر نوبت کاری انجام ضمن ثبت و تفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می آید.

سنجه ۸. آزمایشگاه در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت شرکت می نماید و براساس نتایج بدست آمده، اقدامات اصلاحی به عمل می آورد.

سنجه ۹. روش اجرایی نظارت مستمر بر تعیین و تغییر محدوده مرجع آزمایش ها تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می شود.

و-۱-۵) کنترل کیفیت ابزار پایه و آب آزمایشگاه انجام می شود.

سنجه ۱. ابزار پایه حداقل شامل فتومتر، ترازو، سمپلر، تجهیزات برودتی و گرمایشی دارای برنامه مدون کنترل کیفی می باشد.

سنجه ۲. کیفیت آب آزمایشگاهی با استفاده از روش هدایت سنجی ارزیابی و سپس مورد استفاده قرار می گیرد

و-۱-۶) اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش ها صورت می پذیرد.

سنجه ۱. دامنه یا مقادیر بحرانی^۱ آزمایش ها براساس اجماع نظر متخصصین رشته های تخصصی بیمارستان شناسایی و در معرض دید کارکنان نصب شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند.

سنجه ۲. کارکنان آزمایشگاه قبل از کنترل مجدد نتایج بحرانی، با استفاده از خطوط تلفن یکطرفه* اقدام به اعلام اضطراری نتیجه به بخش می نمایند.

و-۱-۷) پاسخ دهی آزمایش های روتین و اورژانس مدیریت می شود.

سنجه ۱. فهرست آزمایش های روتین و جدول زمان بندی پاسخ آنها تعیین، و اطلاع رسانی شده و براساس آن عمل می شود.

سنجه ۲. فهرست آزمایش های اورژانس و جدول زمان بندی پاسخ توسط آزمایشگاه با همکاری گروه های بالینی تعیین، اطلاع رسانی و رعایت می شود.

سنجه ۳. نظارت و پایش منظم جهت اطمینان از رعایت چارچوب زمانی انجام آزمایش های روتین و اورژانس، صورت می شود.

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* برنامه ریزی و اجرا می شود.

و-۲) مدیریت تصویربرداری

و-۲-۱) اطلاعات مراجعین تصویر برداری اخذ شده و براساس آن اقدامات لازم انجام می پذیرد.

سنجه ۱. 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 می گیرد.
سنجه ۲. توضیحات لازم درخصوص آمادگی های* قبل از انجام پروسیجرهای مختلف، به صورت شفاهی و کتبی به بیماران ارائه می شود.
سنجه ۳. توضیحات و آموزش های لازم در زمان انجام تصویربرداری به بیمار برحسب مورد توسط پزشک متخصص رادیولوژی/کارکنان فنی بخش ارائه می شود.

و-۲-۲) بخش تصویربرداری دارای فضای مستقل، محصور و ایمن می باشد.

سنجه ۱. بخش تصویربرداری دارای فضای مستقل فیزیکی و دارای هشدارهای ایمنی لازم می باشد.
سنجه ۲. 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.
سنجه ۳. چراغ های هشداردهنده در بالای درب ورودی اتاق های تصویر برداری وجود دارد و هماهنگ با تابش دستگاهها عمل می نمایند.

و-۲-۳) مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی دربخش تصویر برداری به صورت برنامه ریزی شده ارائه می شود.

سنجه ۱. بیهوشی و آرام بخشی بیماران، در واحد تصویر برداری توسط پزشک متخصص بیهوشی با رعایت الزامات* مراقبت های بیهوشی انجام می شود.
سنجه ۲. دستورالعمل "نحوه استفاده از مواد حاجب" تدوین شده است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

و-۲-۴) نتایج تصویر برداری پس از کسب اطمینان از ارزیابی های به عمل آمده، در زمان معین گزارش می شود.

سنجه ۱. کیفیت تصاویر بررسی شده و در صورت هرگونه عدم انطباق اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه اعمال می شود.
سنجه ۲. 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 می نماید.
سنجه ۳. گزارش تصویر برداری ها ی تایید شده توسط رادیولوژیست در موارد غیر اورژانس حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت در پرونده بیمار قرار می گیرد.
سنجه ۴. اطلاعات دموگرافیک بیمار* و مشخصات مرکز بر روی تمام تصاویر خروجی از بخش تصویر برداری وجود دارد.
سنجه ۵. فهرست اقداماتی که توسط/تحت نظارت مستقیم متخصص رادیولوژی انجام می شود تعیین شده و براساس آن اقدام می شود.

و-۳) مدیریت فیزیوتراپی

و-۳-۱) خدمات فیزیوتراپی با دسترسی مناسب برای بیماران وجود دارد.

سنجه ۱. دسترسی به خدمات فیزیوتراپی توسط تأمین کننده داخلی یا برون سپاری با رعایت الزامات و استانداردهای بخش فیزیوتراپی، میسر است.
سنجه ۲. خدمات فیزیوتراپی مورد نیاز بیماران در بخش های ویژه و سایر بیماران بصورت روزانه* انجام می شود.

و-۳-۲) در دفتر ثبت بخش فیزیوتراپی، موارد مورد انتظار ثبت می شود.

سنجه. در دفتر ثبت موارد انجام فیزیوتراپی، نام و مشخصات بیمار، شماره بخش و اتاق بیمار (جهت بیماران بستری)، نام بیماری، ضایعات و محدودیت های ایجاد شده برای بیمار از نظر توانبخشی، ذکر نوع فیزیوتراپی درخواست شده، تاریخ درخواست برای درمان، پزشک معالج، تاریخ شروع درمان، تاریخ پایان درمان، سابقه مراجعه به بخش فیزیوتراپی برای ضایعه ثبت می شود.

و-۳-۳) حداقل موارد مورد انتظار در انجام خدمات فیزیوتراپی در پرونده بیمار ثبت می شوند.

سنجه. در خصوص خدمات فیزیوتراپی به بیماران بستری، تمام موارد ارزیابی بیمار در شروع درمان، محدودیت های بیمار جهت یادآوری به کادر مراقبتی، برنامهء درمان، ارزشیابی درمان ارائه شده (درصد بهبود حاصل شده به بهبود قابل انتظار پزشک معالج)، توصیه های بعد از ترخیص در پرونده بیمار ثبت می شود.

و-۳-۴) افراد معلول، دسترسی آسان به بخش فیزیوتراپی دارند.

سنجه. امکان دسترسی آسان به بخش فیزیوتراپی برای افراد معلول فراهم شده است.

۴-۱) طب انتقال خون

۴-۱) روش های آزمایشگاهی بانک خون با روش های معتبر و تحت کنترل، برنامه ریزی می شود.

سنجه ۱. دستورالعمل انجام آزمایش های سازگاری از جمله: Antibody screening و Cross match خون و فرآورده های خونی تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. دستورالعمل انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم به روش لوله ای، و آزمایش Rh(D) به روش لوله ای، تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۳. دستورالعمل انجام آزمایش های جستجوی انتی های غیرمنتظره، انجام آزمایش انتی گلوبین مستقیم تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۴. دستورالعمل تهیه سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرمز، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون، تهیه گلبول قرمز های حساس شده، تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۵. کنترل کیفی روزانه انتی سرم های مورد استفاده در بانک خون انجام می شود.

سنجه ۶. پس از آماده سازی خون و فرآورده های 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.

سنجه ۷. داده های مربوط به درخواست و ثبت نتایج آزمایشات قبل از تزریق و گزارش عوارض تزریق خون ثبت رایانه ای شده و در نرم افزار و سامانه های الکترونیکی مورد تایید سازمان انتقال خون وارد می شود. خون و فرآورده های خونی واجد بارکد (شماره اختصاصی) هستند که در صورت استفاده از بارکدخوان در بیمارستان این فرآورده ها قابل پیگیری می باشد.

۴-۲) حمل و نقل خون و فرآورده های خونی در داخل و خارج بیمارستان با رعایت اصول فنی انجام می شود.

سنجه ۱. حمل و نقل خون و فرآورده های خونی از مرکز پخش سازمان انتقال خون به بیمارستان و داخل بیمارستان با رعایت زنجیره سرد و ایمن انجام می شود.

سنجه ۲. فرد مسئول حمل و نقل فرآورده های خونی دارای کارت یا گواهی نامه آموزشی معتبر و تاریخ دار از سازمان انتقال خون است.

۴-۳) مدیریت مصرف خون و فرآورده های خونی با توجه به تاریخ انقضاء، وجود دارد.

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 می شود.

سنجه ۲. براساس روش اجرایی مشخص، نگهداری خون و محصولات خونی به نحوی است که پیش از انقضای تاریخ به مصرف برسد.

۴-۴) نگهداری و آماده سازی خون و فرآورده های خونی طبق ضوابط انجام و تحت برنامه های کنترل کیفی انجام می شود.

سنجه ۱. ثبت دما برای تمام تجهیزات سرمایشی انجام می شود و جدول مبتنی براطلاعات تاریخ، ساعت، کارشناس مسئول چک آلام و نتیجه ارزیابی حداقل هفتگی آلام وجود دارد و ثبت لازم صورت می گیرد.

سنجه ۲. ثبات درجه حرارت یخچال های بانک خون از نوع خودکار هستند و حداقل یک بار در روز بررسی می شود.

سنجه ۳. پلاکتها در دمای $2-4^{\circ}\text{C}$ تا 20°C با تکان آرام و با استفاده از روتاتور ذخیره می شوند.

سنجه ۴. ذوب پلاسما مطابق دستورالعمل سازمان انتقال خون با استفاده از دستگاه ذوب پلاسما یا بن ماری مستقل از آزمایشگاه صورت می گیرد.

۴-۵) ارزیابی های لازم برای خون و محصولات خونی ارسالی و برگشتی از بخش انجام می شود.

سنجه ۱. در زمان ارسال کیسه های خون و فرآورده به بخش های 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 می شود.

سنجه ۲. کمیته طب انتقال خون در خصوص پایش میزان خون های برگشتی از بخش به بانک خون اقدام و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا می نماید.

و-۴-۶) در بیمارستان طرح سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس) اجرا می شود.

سنجه ۱. در بیمارستان نظام مراقبت از خون (سیستم هموویژلانس) اجرا می شود و بیمارستان دارای گواهی استقرار نظام مراقبت از خون از سازمان انتقال خون می باشد.

سنجه ۲. بیمارستان از فرم های استاندارد به منظور درخواست خون و فرآورده های خونی استفاده می نماید و تمامی مندرجات آن تکمیل می شود.

سنجه ۳. بیمارستان از فرم های استاندارد نظارت بر تزریق خون و فرآورده های خونی استفاده می نماید و تمامی مندرجات آن تکمیل می شود.

سنجه ۴. فرم درخواست پلاکت فرزیس و فرم نظارت بر تزریق پلاکت فرزیس به طور کامل تکمیل می شود.

سنجه ۵. فرم درخواست خون و فرآورده های خونی در موارد اورژانس به طور کامل تکمیل می شود

سنجه ۶. پزشکان، پرستاران و پرسنل بانک خون، گواهی مربوط به گذراندن دوره آموزشی هموویژلانس مورد تایید سازمان انتقال خون را دارند.

و-۴-۷) عوارض ناخواسته احتمالی تزریق خون به صورت برنامه ریزی شده مدیریت می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی "مدیریت عوارض ناخواسته احتمالی به دنبال تزریق خون" تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی تزریق خون برای تمامی عوارض ناخواسته به طور کامل تکمیل می شود و حداکثر ظرف ۲ روز به دفتر هموویژلانس سازمان انتقال خون ارسال می شود.

سنجه ۳. عوارض ناخواسته انتقال خون و فرآورده های خونی در کمیته طب انتقال خون مطرح و پس از بررسی علل ریشه ای، اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا می نماید.

و-۴-۸) نتایج کنترل کیفی خارجی و نتایج ممیزی های پایگاه انتقال خون در آزمایشگاه بانک خون تحلیل و اعمال می شود.

سنجه ۱. آزمایشگاه بانک خون در برنامه کنترل کیفی های خارجی^۱ مربوط به آزمایشات ایمونوهماولوژی شرکت می نماید و نتایج حاصله بررسی و در صورت لزوم، اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا می نماید.

سنجه ۲. نتایج ممیزی خارجی پایگاه انتقال خون توسط مسئول فنی تحلیل، و اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا می شود و نتایج اقدامات به پایگاه انتقال خون استان ارسال می شود.

و-۴-۹) آماده سازی بیمار برای تزریق خون به صورت برنامه ریزی شده و رعایت اصول ایمنی بیمار انجام می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی "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 می نمایند.

سنجه ۲. روش اجرایی نحوه تزریق خون و فرآورده ها، تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

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 می نمایند.

ز. مدیریت اطلاعات

ز-۱) مدیریت اطلاعات سلامت

ز-۱-۱) بیمارستان از شرایط و معیارهای دسترسی به اطلاعات بیمار، اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. روش اجرایی "شرایط و معیارهای دسترسی درون سازمانی، برون سازمانی به اطلاعات بیمار*" با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

ز-۱-۲) بیمارستان از خلاصه برداری و امحاء پرونده های پزشکی پس از دوره ی زمانی تعیین شده اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. خلاصه برداری و امحاء پرونده های پزشکی پس از دوره ی زمانی تعیین شده طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت انجام می شود.

ز-۱-۳) بیمارستان از مدیریت طراحی و بروز رسانی فرم های بیمارستانی مورد نیاز اطمینان حاصل می نماید.

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 می پذیرد، و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

ز-۱-۴) تطبیق پرونده های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات سلامت با فهرست بیماران پذیرش شده کنترل می شود.

سنجه. کنترل و مطابقت پرونده های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات با فهرست بیماران پذیرش شده انجام می شود.

ز-۱-۵) بیمارستان برای بازبینی پرونده بیمار دارای یک فرآیند مشخص است.

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 پرونده ی پزشکی را جهت اطمینان از خوانا بودن، کامل بودن محتوای پرونده پزشکی و رعایت ترتیب قرارگرفتن اوراق تهیه نموده است.

سنجه ۲. پرونده های پزشکی قبل از ارسال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت توسط منشی بخش و براساس چک لیست ممیزی اوراق پرونده پزشکی مورد بازبینی قرار می گیرند و نتایج حاصل از بازبینی پرونده های پزشکی به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند بازخورد داده می شود.

سنجه ۳. روش اجرایی "سازماندهی درونی پرونده های پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار" با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۴. پرونده های پزشکی پس از ارسال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت توسط این واحد و براساس چک لیست مجددا مورد بازبینی قرار می گیرند و نتایج به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند، بازخورد داده می شود.

سنجه ۵. واحد مدیریت اطلاعات حداکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص بیماران بررسی کمی و کیفی پرونده ها را انجام داده و با مشارکت سرپرستاران و پزشکان بخش های بالینی نسبت به رفع نواقص پرونده های پزشکی اقدام می نماید.

ز-۱-۶) سیستم بایگانی برای پرونده های بستری، اورژانس و سرپایی با رعایت الزامات وجود دارد.

سنجه ۱. بایگانی پرونده های بستری، اورژانس و سرپایی متناسب با شرایط واحد مدیریت اطلاعات سلامت (فضای بایگانی، تعدادپذیرش و ترخیص و درخواست پرونده پزشکی) وجود دارد.

سنجه ۲. شرایط محل نگهداری پرونده های پزشکی منطبق با دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت* می باشد.

سنجه ۳. واحد مدیریت اطلاعات سلامت پرونده های پزشکی بیماران (سرپایی، بستری، اورژانس) را حداقل براساس مدت زمان های ذکر شده در قسمت بایگانی جاری و راکد نگهداری می کند.

سنجه ۴. فرآیند بایگانی به گونه ای است که در ساعات فعالیت واحد مدیریت اطلاعات، بایگانی پرونده های پزشکی توسط پرسنل آموزش دیده کمتر از ده دقیقه امکان پذیر است

سنجه ۵. روش اجرایی "محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بایگانی اطلاعات" تدوین، کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۶. واحد مدیریت اطلاعات درخصوص پرونده های مفقود/آسیب دیده برابر مقررات پی گیری لازمه را به عمل آورده و نتایج بدست آمده به اطلاع تیم مدیریت اجرایی رسانده می شود.

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 شده است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

ز-۱-۷) بیمارستان برای هر بیمار یک پرونده پزشکی تشکیل می دهد.

سنجه ۱. در پرونده های بستری، اورژانس و سرپائی*، مشخصات بیماران، برگه رضایت بیمار، شرح حال، شرح اقدامات پزشکی و پرستاری، آزمایش ها و تصویربرداری، ثبت نتیجه نهایی و خلاصه پرونده تکمیل شده است و یک شماره ی پرونده اختصاصی دارد* و از نظر دسترسی و سایر مقررات مربوط با پرونده های بستری انطباق دارند.

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.

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 شده است.

ز-۱-۸) ثبت داده ها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) با رعایت حداقل های تعیین شده صورت می گیرد.

سنجه ۱. ثبت داده های مربوط به اطلاعات شناسنامه ای و بخش های بیمارستانی و فعالیت بخش ها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با رعایت حداقل های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می شود.

سنجه ۲. داده های ثبت شده مربوط به اطلاعات شناسنامه ای و بخش های بیمارستانی و فعالیت بخش ها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با وضعیت موجود بیمارستان مطابقت دارد.

سنجه ۳. کنترل ثبت و بروزسانی داده های 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.

ز-۱-۹) ثبت داده ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی، با رعایت حداقل های مورد نظر وزارت بهداشت صورت می گیرد.

سنجه ۱. ثبت داده ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی مطابق مجموعه حداقل اقلام اطلاعاتی^۱ قابل دسترسی در سایت گروه آمار و فناوری اطلاعات درمان دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت صورت می گیرد و با پرونده کاغذی بیماران مطابقت دارد.

سنجه ۲. کنترل محتوای داده ها و صحت آمارها و گزارش های دریافتی از سیستم اطلاعات بیمارستانی به طور منظم انجام می شود.

ز-۱-۱۰) اطلاعات پرونده های پزشکی تکمیل می شود.

سنجه ۱. فرم های پرونده اصل می باشد و تمام عناصر اطلاعاتی موجود در فرم ها به طور کامل تکمیل شده است.

سنجه ۲. تشخیص نهایی توسط پزشک معالج در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، و خلاصه پرونده به طور دقیق ثبت شده است.

سنجه ۳. از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارش های پزشکی حداقل شامل شرح حال، سیر بیماری، شرح عمل و مشاوره ها در کل بیمارستان استفاده می شود.

سنجه ۴. فرم شرح حال شامل مشخصات دموگرافیک بیمار (جمعیت شناختی)، شکایت اصلی بیمار، 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.

ز-۱-۱۱) در صورت اعزام به سایر مراکز، گزارش اقدامات انجام شده برای بیمار به اطلاع بیمارستان مقصد رسانده می شود.

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 می شود.

ز-۱-۱۲) بیمارستان دارای سیستم کدگذاری رنگی^۲ می باشد.

سنجه. بیمارستان برای هجده برگ ابلاغی پرونده ها از سیستم کدگذاری رنگی استفاده می نماید.

ز-۱-۱۳) کدگذاری اقدامات تشخیصی و درمانی در پرونده بیماران براساس دستورالعمل کشوری انجام می شود.

سنجه ۱. برای تمامی پرونده های پزشکی، قبل از بایگانی پرونده، کدگذاری تشخیص نهایی پرونده ها براساس کتاب طبقه بندی بین المللی بیماری ها و اقدامات درمانی انجام می شود.

سنجه ۲. در کدگذاری پرونده ها، علاوه بر کدگذاری تشخیص نهایی، کدگذاری همه تشخیص ها و اقدامات درمانی (علل خارجی حوادث و مسمومیت ها، و علت زمینه ای مرگ)، براساس دستورالعمل کشوری صورت می پذیرد.

¹ Minimum Data Set(MDS)

² Color coding

سنجه ۳. از اطلاعات کدگذاری شده تشخیصی و اقدامات درمانی جهت گزارش دهی در فواصل تعیین شده و انجام تحقیقات استفاده می شود.
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 شده است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

ز-۱-۱۴) کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در راستای اهداف و مأموریت های تعریف شده فعالیت دارد.

سنجه ۱. تکمیل صحیح هجده برگ اصلی پرونده بیماران، در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بررسی و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی انجام می شود. همچنین ایجاد هرگونه فرم های بیمارستانی جدید توسط واحدها و بخش ها منوط به تایید این کمیته رسیده و سوابق آن در صورتجلسات کمیته وجود دارد.

سنجه ۲. سوابق بررسی مشکلات و رفع نیازهای بخش ها/واحدها در خصوص سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی در صورتجلسات کمیته موجود است.

سنجه ۳. کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بیمارستان حداقل یکبار در ماه تشکیل جلسه می دهد.

ز-۲) فناوری اطلاعات

ز-۲-۱) سیستم اطلاعات بیمارستان^۱ مطابق ضوابط و مقررات وزارت بهداشت در دسترس است.

سنجه ۱. بیمارستان، دارای گواهی نامه ارزیابی عملکردی سیستم اطلاعات بیمارستانی، معتبر از نظر زمان از وزارت بهداشت است.
سنجه ۲. نرم افزارهای مورد استفاده بیمارستان، از کدهای ابلاغی، سامانه مکسا^۲ (مرجع کدینگ سلامت ایران) استفاده می نمایند.
سنجه ۳. در قرارداد پشتیبانی سیستم اطلاعات بیمارستانی الزام شرکت ارائه دهنده خدمت بر فراخوانی سرویس های تبادل اطلاعات با سپاس شامل سرویس های روکش اسناد بیمارستانی، نتایج تست های آزمایشگاهی، مدیریت تخت های بیمارستانی، ثبت آنفولانزا، سکت های قلبی و ثبت مرگ آورده شده است
سنجه ۴. تجهیزات تصویربرداری بیمارستان دارای خروجی دیجیتال^۳ و مطابق استاندارد است و سیستم اطلاعات بیمارستانی امکان اتصال به سیستم ارتباطی ذخیره تصاویر^۴ را دارد.
سنجه ۵. حداقل یک دستگاه رایانه متصل به سیستم اطلاعات بیمارستانی برای ثبت داده ها در بخش های بالینی و غیر بالینی وجود دارد و دارای برنامه پیشگیرانه نگهداشت و سرویس دوره ای می باشد.

ز-۲-۲) ثبت یافته های تشخیصی و درمانی در سیستم اطلاعات بیمارستان صورت می گیرد.

سنجه ۱. سیستم اطلاعات بیمارستان، قابلیت پشتیبانی فیلدهای اطلاعاتی فرم های استاندارد از جمله فرم پذیرش بیمار، فرم ثبت علائم حیاتی، فرم شرح حال بیمارستانی را دارد.
سنجه ۲. ثبت اطلاعات مربوط به تمام اقدامات درمانی و دستورات پزشک با واژگان، اصطلاحات و کدهای استاندارد در سیستم اطلاعات بیمارستان انجام می شود.
سنجه ۳. ثبت شرح عمل و شرح بیهوشی طبق فرمت و ساختار تعیین شده در سیستم وجود دارد و امکان گزارش فرم فراهم است.
سنجه ۴. ثبت نتایج آزمایشات بیمار و داروهای مصرفی در پرونده الکترونیکی بیماران با رعایت حداقل های^۵ تعیین شده وزارت بهداشت صورت می پذیرد.
سنجه ۵. تشخیص نهایی بیمار، حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از ترخیص انجام شده و در پرونده الکترونیکی بیمار با کدینگ معتبر ثبت شده است.

ز-۲-۳) ثبت اطلاعات بیماران، و ارائه دهندگان خدمات در سیستم اطلاعات بیمارستان صورت می گیرد.

سنجه ۱. اطلاعات هویتی و شماره ملی بیماران بستری، در پرونده الکترونیکی بیمار تا زمان ترخیص ثبت می شود.
سنجه ۲. بیمارستان اطلاعات مربوط به زایمانها اعم از طبیعی، سزارین را در سامانه " ثبت اطلاعات سلامت مادر و نوزاد" ثبت می نماید.^۵
سنجه ۳. در سیستم اطلاعات بیمارستانی برای هر بیمار شماره های نظام پزشکی، نظام پرستاری و نظام مامائی ارائه دهندگان خدمات سلامت ثبت می شود.

ز-۲-۴) سیستم اطلاعات بیمارستانی دارای گواهینامه معتبر سامانه پرونده الکترونیک سلامت میباشد.

سنجه ۱. سیستم اطلاعات بیمارستانی دارای گواهینامه معتبر "مطابقت با استانداردهای سپاس"^۱ از وزارت بهداشت است.
سنجه ۲. ثبت داده ها در سیستم اطلاعات بیمارستان مطابق دستورالعمل ها و راهنماهای فنی سامانه پرونده الکترونیکی سلامت (سپاس) صورت می گیرد.
سنجه ۳. تعداد پرونده های ارسالی به سپاس در ماه های مختلف، دقیقاً به تعداد بیماران بستری ترخیص شده از بیمارستان است.
سنجه ۴. محتوای کیفی پرونده های الکترونیکی سلامت مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت است و کارنامه منظم دوره ای از وضعیت کیفی محتوای پرونده بیماران تهیه می شود.
سنجه ۵. کارکنان مرتبط با سیستم اطلاعات بیمارستانی دارای مجوز کار با سامانه پرونده الکترونیک، از وزارت بهداشت هستند.

^۱ Hospital information system

^۲ موجود در تارنمای Coding.behdasht.gov.ir

^۳ Digital Imaging and Communications in Medicine

^۴ Picture Archiving Communication System

^۵ <http://www.Iman.health.gov.ir>

ز-۲-۵) امنیت داده ها در برابر دسترسی غیر مجاز به سیستم اطلاعات بیمارستان حفظ می شود.

سنجه. روش اجرایی "حفظ امنیت سیستم، امانت داری و جلوگیری از دخل و تصرف در داده، تعیین سطوح دسترسی افراد، بخش ها و واحدها، محرمانه ماندن اطلاعات الکترونیکی" بر اساس دستورالعمل های ابلاغی تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

ز-۲-۶) برنامه نگهداشت نرم افزارها و سخت افزارهای بیمارستان وجود دارد و اجرا می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی "پشتیبانی از سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری بیمارستان" تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. روش اجرایی "نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان" تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

ح. رعایت حقوق گیرنده خدمت

ح-۱) اطلاع رسانی و ارتباطات

ح-۱-۱) بیمارستان از اطلاع رسانی و رعایت منشور حقوق بیمار اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. منشور حقوق بیمار در بیمارستان در مکان هایی که در معرض دید* مراجعه کنندگان و گیرندگان خدمت می باشد، نصب شده است.
سنجه ۲. کارکنان از منشور حقوق بیمار آگاهی دارند و به آن عمل می نمایند.
سنجه ۳. کمیته اخلاق پزشکی آموزش های مفهومی و کاربردی را در زمینه رعایت حقوق گیرنده خدمت و منشور حقوق بیمار برای گروه های مختلف بالینی و سایر کارکنان برگزار می نماید.
سنجه ۴. 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.

ح-۱-۲) بیمارستان، در خصوص راهنمایی صحیح و به موقع گیرندگان خدمت اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. خط مشی و روش "راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان" با حداقل های مورد انتظار* تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. وجود واحد اطلاعات و پذیرش در لابی به نحوی که دید و دسترسی مناسب داشته، و فرد مطلع و مسلط به مهارت های ارتباطی جهت راهنمایی بیماران در این ایستگاه حضور دائم دارد.
سنجه ۳. 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، اطلاع رسانی می شود.
سنجه ۴. بیمارستان دارای وب سایت روزآمد* و حداقل دارای اطلاعات لازم در خصوص نحوه پذیرش، خدمات، تعرفه ها، قراردادهای بیمه و اطلاعات پزشکان معالج است.
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 می کند.
سنجه ۶. مسئول آموزش همگانی* در سطح بیمارستان تعیین شده و بیمارستان با رویکرد پیشگیری و تشخیص به موقع در خصوص بیماری های فشارخون، دیابت و سرطان برنامه های اطلاع رسانی و آموزش همگانی برای مراجعین طراحی و اجرا می نماید.

ح-۱-۳) بیمارستان شناسایی رده های مختلف کارکنان را برای گیرندگان خدمت تسهیل می نماید.

سنجه ۱. کارکنان بیمارستان، کارت شناسایی خوانا، عکس دار و قابل رویت از فاصله یک متری را روی سینه نصب نموده اند.
سنجه ۲. اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت به بیمار، در اولین برخورد خود را به بیمار معرفی نموده و رتبه حرفه ای و سمت خود در تیم مراقبتی را به اطلاع بیمار و همراه وی می رسانند.
سنجه ۳. بیمارستان استانداردهای ملی پوشش بیماران، کارکنان را رعایت می نماید.
سنجه ۴. بیمارستان استانداردهای ملی پوشش فراگیران* را مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت رعایت می نماید.

ح-۱-۴) اطلاع رسانی در خصوص نحوه دسترسی به پزشک معالج به گیرندگان خدمت صورت می پذیرد.

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 می نمایند.

ح-۱-۵) امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه و آگاهانه برای گیرندگان خدمت فراهم شده است.

سنجه ۱. 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، روش های جایگزین ممکن و پیش آگهی را به زبان ساده و قابل درک، در اختیار بیمار/ولی قانونی وی، با رعایت مدت زمانی که امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه برای ایشان فراهم باشد، قرار می دهند.
سنجه ۲. 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 فرآورده های خونی؛ رضایت آگاهانه* اخذ می شود.

ح-۲) تسهیلات و حمایت ها

ح-۲-۱) محرمانگی اطلاعات بیماران در بیمارستان رعایت می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی "حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن اطلاع داشته و به آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. بیمارستان استفاده از هرگونه علائم یا نوشته ایی که تشخیص بیماری و یا سایر اطلاعات درمانی را آشکار نماید، ممنوع کرده و تیم مدیریت اجرایی بر رعایت آن نظارت می نماید.

ح-۲-۲) کنترل استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان در قسمت های مختلف بیمارستان صورت می گیرد.

سنجه ۱. شرایط استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیر بالینی در شیفت های موظف کاری از سوی تیم مدیریت اجرایی تدوین و ابلاغ شده است و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش های ویژه بیمارستان و اتاق عمل، کت لب ممنوع می باشد و سرپرستار بخش بر اجرای صحیح آن نظارت می نماید.

ح-۲-۳) بیمارستان از ارائه خدمات، منطبق بر موازین شرعی، قانونی و اصول حرفه ای پزشکی اطمینان حاصل می کند.

سنجه ۱. خط مشی و روش "رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت" با رعایت حداقل های مورد انتظار* و مشارکت بیماران و خانواده آنها تدوین شده، و کارکنان از آن آگاهی داشته و به آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. 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 می باشد.
سنجه ۳. ارائه 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 می شود. به ویژه در مواردی که بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری است* و خود بیمار یا همراه وی درخواست می نماید، به نحوی که مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت نشود، رعایت این موازین مد نظر قرار گرفته می شود.
سنجه ۴. نیازهای عبادی گیرندگان خدمت توسط پرستاران هر بخش شناسایی و تسهیلات لازم برای ایشان فراهم می شود.
سنجه ۵. دستورالعمل "نحوه حفاظت از اموال گیرنده خدمت" تدوین شده، کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند و در این خصوص به بیماران اطلاع رسانی می شود.

ح-۲-۴) بیمارستان از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر، حمایت می نماید.

سنجه ۱. 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 می نمایند.
سنجه ۲. روش اجرایی "نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه" بر اساس قوانین و مقررات و حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر ساس آن عمل می نمایند.

ح-۲-۵) تسهیلات و امکانات مورد نیاز همراهان و مراجعین به بیمارستان ارائه می شود.

سنجه ۱. در صورت نیاز بیمار به همراه، امکانات اقامت*، برای ایشان فراهم می شود.
سنجه ۲. امکانات رفاهی لازم* برای مراجعین و همراهان فراهم می شود.

ح-۲-۶) اقدامات، تسهیلات و امکانات لازم برای بیمارانی که مراحل پایانی زندگی را می گذرانند، اختصاص داده می شود.

سنجه ۱. کارکنان درمانی شرایطی فراهم می نماید که گیرنده خدمت در حال احتضار، در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است برخوردار شود.
سنجه ۲. 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 می گذرانند در حد امکانات و شرایط انجام می دهند.

ح-۲-۷) بیمارستان به گیرنده خدمت حق می دهد تا از پزشک دیگری نظرخواهی نماید.

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 می شود.

ح-۲-۸) بیمارستان در صورت درخواست گیرنده خدمت، تصویر تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی را دسترس وی قرار میدهد.

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 می شود (مسئول مدارک پزشکی بر اجرای این سنجه نظارت می نماید).

ح-۲-۹) بیمارستان رضایت گیرنده خدمت را مورد سنجش و تحلیل قرار می دهد.

سنجه ۱. در فواصل زمانی معین و حداقل فصلی، رضایت بیماران و همراهان از بخش های مختلف بستری و سرپایی، از طریق پرسشنامه ای* که روایی و پایایی آن تایید شده است، مورد سنجش قرار می گیرد.

سنجه ۲. تیم مدیریت اجرایی گزارش تحلیلی رضایت سنجی از گیرندگان خدمت و یا همراهان آنها را بررسی و در صورت لزوم مداخلات اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت را تعیین و ابلاغ می نماید و بر اجرای آن نظارت می کند.

ح-۲-۱۰) نظام کارآمد رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات در بیمارستان وجود دارد.

سنجه ۱. 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 می نمایند.

سنجه ۲. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت/مسئول معادل، گزارش تحلیل ریشه ای نارضایتی بیمار، خانواده بیمار/کارکنان را حداقل سه ماهه تهیه و پس از بررسی و تایید کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریت اجرایی گزارش می دهد.

سنجه ۳. تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرآیند مرتبط با شکایت های وارده در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود/بازنگری فرآیندها بعمل آورده و در صورت وجود خسارت، نسبت به جبران آن اقدام و از متقاضی حمایت می نماید.

سنجه ۴. 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 می شود.