



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان



ویرایش سوم (تابستان ۱۴۰۰)

تهیه و تدوین:

اداره نظارت و اعتباربخشی امور بیمارستانها با همکاری معاونت ها و مدیریت های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تبریز

بهره برداری از این چک لیست با ذکر منبع (اداره نظارت و اعتباربخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز) بلامانع میباشد.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست عناوین

صفحه	عناوین
۵	پیام ریاست دانشگاه
۶	پیام معاون درمان دانشگاه
۷	همکاران گروه تدوین
۸	مقدمه و نمودار فرآیند نظارت جامع
۹	چک لیست ارزیابی حوزه مدیریت و ریاست
۱۳	بهبود کیفیت
۲۰	ایمنی بیمار
۲۸	بخش های مراقبتهای ویژه (عمومی)
۳۵	بخش ICU
۳۷	بخش CCU
۳۸	اتاق عمل
۵۱	اورژانس
۵۷	مدیریت پرستاری
۶۲	مراقبت پرستاری
۷۱	آموزش سلامت
۷۹	سلامت مادران و نوزادان
۸۹	بخش NICU و نوزادان
۹۴	بیماریهای خاص (دیالیز)
۱۰۲	بیماریهای خاص (شیمی درمانی)
۱۰۵	واحدهای پرتو پزشکی
۱۱۰	هتلینگ بیمارستانی
۱۱۶	حقوق گیرندگان خدمت و رسیدگی به شکایات



۱۲۲	هموویزیولانس
۱۲۶	تغذیه و رژیم درمانی
۱۳۰	پیشگیری و کنترل عفونت
۱۴۲	بهداشت محیط و بسماندها
۱۵۳	بهداشت حرفه ای
۱۵۶	بخش روانپزشکی
۱۶۱	فیزیوتراپی
۱۶۴	مدیریت تجهیزات پزشکی
۱۶۹	مدیریت ملزومات پزشکی
۱۷۲	مدیریت دارویی
۱۷۶	مدیریت بحران و حوادث
۱۹۰	مدیریت تاسیسات
۱۹۵	ابنیه بیمارستان
۱۹۶	مددکاری اجتماعی
۲۰۰	مدیریت اطلاعات سلامت
۲۰۳	گردشگری سلامت
۲۰۸	مدیریت منابع انسانی
۲۱۱	طرح انطباق (عفاف و حجاب)
۲۱۹	آمار و فنآوری اطلاعات
۲۲۲	تعرفه و اقتصاد
۲۲۷	مجموعه آزمایشگاهها
۲۹۰	میکروب شناسی
۳۲۸	واحد عینک طبی

و هوالعلیم



در مسیری گام نهاده ایم بی پایان، زیرا که تعهد کیفیت و تخصص را پایانی نیست اما در این مسیر پرفراز و نشیب، همواره و در هر شرایطی خود را متعهد به کسب رضایت خداوند و رعایت ارزشهای انسانی و تلاش برای بهبود مستمر سازماندهی امور میدانیم .

بیمارستانها با ارزشترین سرمایه انسانی حوزه سلامت را همراه با تجهیزات و فناوریهای مدرن بکار میگیرند

تا با رعایت اخلاق حرفه ای و عدالت زمانی که جسم و روح انسانها در معرض آسیب است آن را درمان کرده و آسیب ها را از آنها دور کنند .

در راستای این موضوع مهم نظارت بر موسسات درمانی از اهمیت بسزایی برخوردار است چرا که عملکرد صحیح این مراکز با ارتقای سلامت مردم ارتباط تنگاتنگی داشته و در صورت وجود هرگونه نقص علاوه بر اینکه باعث افزایش هزینه درمان شده، آسیب های جبران ناپذیری بر پیکر جامعه وارد خواهد ساخت.

وجود یک سیستم قوی و فراگیر برای نظارت بر حسن عملکرد بیمارستانها و مراکز درمانی از حقوق عام جامعه می باشد، که امید است تیم نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانها با بهره گیری از کارشناسان خیره ستادی و محیطی و با بکارگیری از ابزارهای معتبر، استانداردهای کشوری و جهانی و با دقت تمام بر عملکرد بیمارستانها نظارت نموده و ضمن شناسایی مشکلات و موانع موجود، اقدامات مداخله ای لازم را با اهتمام مسئولین بیمارستانها و مشارکت و همراهی مدیران و کارشناسان ستادی برنامه ریزی و اجرا نماید.

در پایان بر خود وظیفه میدانم از تلاشهای همکاران و مسئولین بیمارستان های استان ، کارشناسان ستادی و مدیران ذیربط مجموعه دانشگاه ، بویژه مدیریت و کارشناسان ساعی نظارت و اعتباربخشی امور بیمارستانها در ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی و تهیه و تدوین این چک لیست بی بدیل و گنجینه ارزشمند سپاسگزاری نمایم.

با آرزوی توفیق - دکتر صومی

رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز

بنام خدا



یکی از مهمترین وظایف مدیریت، امر نظارت بر واحدهای تابعه است در این میان نظارت بر سیستم های درمانی با توجه مشتری ارزشمند که مهمترین موجودی خود یعنی جان خود را در اختیار سیستم های درمانی قرار داده است از اهمیت خاصی برخوردار است برابر ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تولید امر نظارت بر عهده وزارت مذکور و دانشگاههای علوم پزشکی واگذار گردیده است .

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز در راستای اهداف عالیه نظام سلامت و وزارت متبوع به مأموریت اصلی خود که اعمال نظارت بر کمیت و کیفیت عملکرد مراکز درمانی تحت پوشش اعم از دولتی و خصوصی می باشد ، سیاستگزاریهای لازم را جهت نظارت موثر بر عملکردهای بیمارستان استان انجام داده است و از اوایل سال ۱۳۹۷ مدل جدید نظارت بر امور بیمارستانها را تحت عنوان نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان را در دستور کار خود قرار داده است .

در این راستا معاونت درمان با مبنا قرار دادن آخرین استانداردهای ابلاغی وزارتی و استانداردهای ملی اعتباربخشی و با بهره گیری از کارشناسان نظارت معاونت های دانشگاه نسبت به تدوین چک لیست نظارت جامع که در نوع خود بی نظیر و نوآورانه است اقدام نموده است . چک لیست حاضر مجموعه کاملی از چک لیست مورد عمل معاونت ها و واحدهای مختلف دانشگاه در نظارت بیمارستانها است .

جا دارد از زحمات و تلاشهای تیم یکصد نفری نظارت جامع دانشگاه و حمایت و همراهی ریاست محترم دانشگاه و هیئت رئیسه محترم و معاونین قبلی درمان و مسئولین و مدیران محترم دانشگاهی و همچنین زحمات کارشناسان کوشای اداره نظارت و اعتباربخشی امور بیمارستانها که در مدیریت برنامه و تدوین و بازبینی ویرایش چک لیست نظارت بر عملکرد بیمارستانهای استان را عهده دار بوده اند سپاسگزاری نمایم .

دکتر رجایی

معاون درمان دانشگاه

معاونت ها و مدیریت های همکار در تهیه و تدوین چک لیست نظارت جامع

معاونت غذا و دارو

معاونت توسعه و مدیریت منابع فیزیکی

معاونت بهداشتی

معاونت پژوهشی

معاونت درمان

مدیریت نظارت و ارزیابی مواد و فرآورده های دارویی

مدیریت نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزومات پزشکی

مدیریت منابع فیزیکی و نظارت بر طرح های عمرانی

مدیریت منابع انسانی

گروه بهداشت محیط

گروه بهداشت حرفه ای

مدیریت آمار و فناوری اطلاعات

مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت بحران

مدیریت نظارت، اعتباربخشی و صدور پروانه

مدیریت امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

مدیریت امور آزمایشگاهها

مدیریت پرستاری

مدیریت تجهیزات پزشکی

اداره ارزیابی فناوری و تدوین تعرفه و اساندارد

نظارت بر عملکرد بیمارستانها و تطابق فعالیتهای آن با استانداردها، نقش بسزایی در ارتقای کمی و کیفیت خدمات دارد. این مهم در بیمارستانهای استان آذربایجان شرقی با مصوبه هیئت رئیسه محترم دانشگاه علوم پزشکی بصورت متمرکز و با همکاری همه معاونت ها و مدیریتهای دانشگاه و با برنامه ریزی و هدایت اداره نظارت و اعتباربخشی امور بیمارستانها در دور پنجم، در حال انجام میباشد. همه بازدیدهای نظارتی دانشگاه از بیمارستانها در قالب این برنامه ادغام و در تیمهای حدود ۳۰ نفری متشکل از کارشناسان خبره و باتجربه وهمچنین این چک لیست جامع انجام میگردد. تمامی چک لیستهای در حال استفاده منبعث از استانداردهای کشوری بوده و روایی و پایایی آن در پانل های مختلف خبرگان در جلسات متعدد مورد بررسی و آزمایش قرار گرفته و بصورت مداوم بازنگری میگردد.

این چک لیست ابزاری یاری رسان برای همکاران، مدیران و روسای بیمارستانها میباشد. از مدیران ارشد انتظار می رود با تسلط به استانداردهای مربوط در تمامی محورها، پیاده سازی آن را در راستای بهبود مستمر کیفیت و ارتقای ایمنی و رضایتمندی گیرندگان خدمت و کارکنان سرلوحه کاری خود قرار دهند.

تواتر اجرای برنامه در بیمارستانها ۶ ماهه بوده و پس از اجرای برنامه، کارنامه عملکرد بهمراه گزارش مشروح برای بیمارستان ارسال میگردد. بیمارستان موظف است برنامه عملیاتی و اقدامات مداخله ای خود را نسبت به نقاط قابل بهبود ارسال ظرف یک هفته تدوین و نمونه ای از آن را جهت راست آزمایی به معاونت درمان دانشگاه ارسال نماید. پس از بازدید دوم جهت بررسی اقدامات انجام یافته، گزارش بازدید دوم در کارگروه مربوطه که با حضور مسئولین بیمارستان و مدیران دانشگاه تشکیل میگردد بررسی و تصمیمات مداخله ای در سطح مدیران اتخاذ و به بیمارستان ابلاغ میگردد. نمودار فرآیند برنامه نظارت جامع جهت بهره برداری لازم بشرح ذیل میباشد:





حوزه مدیریت و ریاست



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

چک لیست ارزیابی رئیس بیمارستان

ردیف	سنجه ها	وزن
۱	بیمارستان در اجرای برنامه های ملی سلامت مشارکت میکند.	۲
۲	ریاست بیمارستان برای پیشگیری و ارتقاء سلامت بیماران، کارکنان و محیط زیست برنامه داشته و بر اساس آن عمل مینماید.	۳
۳	ریاست بیمارستان از دانش و مهارت لازم برای انجام ماموریت های محوله برخوردار است.	۳
۴	جلسات کمیته های بیمارستانی مطابق ضوابط مربوط و متناسب با ابعاد عملکرد مدیریتی بیمارستان با حضور ریاست بیمارستان برگزار میشود.	۳
۵	تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده اولویت بخشی به ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیماران است.	۳
۶	ریاست بیمارستان با همراهی مسئولین مرتبط با ایمنی، بازدیدهای مدون ایمنی را مطابق ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام میدهد.	۴
۷	تیم رهبری و مدیریت در روند ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیماران نقش مؤثر دارند.	۲
۸	ریاست بیمارستان در فرآیند رسیدگی به شکایات و پاسخگویی به مراجعین ایفای نقش میکند.	۳
۹	استفاده بهینه از ظرفیت گروه های پزشکی برای توسعه خدمات سرپایی، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و انجام می شود.	۴
۱۰	ریاست بیمارستان در خصوص فعالیت و استفاده بهینه از ظرفیت های بستری عادی، ویژه و سرپایی اطمینان حاصل مینماید.	۴
۱۱	ارائه خدمات در بازه زمانی مورد انتظار، از طریق پیگیری امور بیماران و براساس نوع خدمات بستری مدیریت میشود.	۳
۱۲	علل و عوامل بستری مجدد بیماران شناسایی و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر برنامه ریزی و اجرا میشود.	۴
۱۳	علل و عوامل ترخیص با رضایت شخصی شناسایی و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر برنامه ریزی و اجرا میشود.	۳
۱۴	استفاده از ظرفیت تخت های ویژه برای اعمال جراحی غیر اورژانسی مانع از دسترسی بیماران حاد در انتظار بستری در بخش های ویژه نمی شود.	۲
۱۵	حصول اطمینان از اجرای برنامه مقیمی و آنکالی پزشکان بیمارستان	۳
۱۶	سیاست های اصلی ابلاغ شده و برنامه های بیمارستان براساس آن تدوین و اجرا میشود.	۲
۱۷	سند استراتژیک بیمارستان هماهنگ با سیاست های اصلی تدوین، مصوب، ابلاغ و بازنگری میشود.	۴
۱۸	اثر بخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی، ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.	۴
۱۹	ثبات مدیریت در این بیمارستان حداقل ۴ سال است.	۱
	جمع	۵۷
	درصد تحقق استاندارد	

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

چک لیست ارزیابی مسؤل فنی و ایمنی بیمارستان

ردیف	سنجه ها	وزن
۱	بیمارستان در قبال عملکرد/ نقش کارکنان در وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت مبتنی بر فرهنگ ایمنی بیمار اقدام می نماید.	۳
۲	حصول اطمینان از شناسایی و گزارش وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت مطابق ضوابط	۲
۳	حصول اطمینان از اثربخشی برنامه های ارتقاء ایمنی بیمار در فواصل زمانی معین ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر اجرا میشود.	۴
۴	مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت سلامت، برنامه ریزی و اجرا میشود.	۵
۵	تیم رهبری و مدیریت برای توسعه اخلاق حرفه ای و ترویج فرهنگ بیمار محوری برنامه ریزی و اقدام مینماید.	۳
جمع		۱۷
درصد تحقق استاندارد		

چک لیست ارزیابی مدیر بیمارستان / مرکز

ردیف	سنجه ها	وزن
۱	مدیر بیمارستان در خصوص پدافند غیر عامل اقدامات امنیتی را برنامه ریزی و اجرا می نماید.	۳
۲	تدوین برنامه عملیاتی بهبود و اقدامات مداخله ای مؤثر بیمارستان برای نتایج رضایت سنجی بیماران و کارکنان	۴
۳	امکانات رفاهی بر اساس شاخص های مبتنی بر شواهد عینی و ضوابط مربوط، به کارکنان تعلق می گیرد.	۲
۴	استفاده بهینه از ظرفیت تخت های بستری عادی، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و بر اساس آن عمل می شود.	۳
۵	استفاده بهینه از ظرفیت تخت های بستری در بخش های ویژه، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و بر اساس آن عمل می شود.	۳
۶	استفاده بهینه از ظرفیت های اتاق عمل، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و بر اساس آن عمل می شود.	۳
۷	افزایش درآمد بیمارستان در چارچوب ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و مدیریت می شود.	۴
۸	جذب منابع مالی / سرمایه ای از محل مشارکت های مردمی / موسسه های خیریه بیمارستانی در چارچوب ضوابط مربوط صورت می پذیرد.	۳
۹	مدیریت هزینه های خدمات گلوبال، در چارچوب ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار صورت می پذیرد.	۳
۱۰	مدیریت هزینه ها در سهم هتلینگ از خدمات پرستاری، در چارچوب ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار صورت می پذیرد.	۳
۱۱	تامین کالا / ملزومات و تجهیزات با رعایت اصول هزینه اثربخشی، کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و انجام می شود.	۳



نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

۲	سیاستهای اصلی ابلاغ شده و برنامه های بیمارستان براساس آن تدوین و اجرا میشود.	۱۲
۲	مدیریت بیمارستان از مشخص بودن ارتباط سازمانی و پاسخگویی مسئولین در حیطه وظایف شان اطمینان حاصل مینماید.	۱۳
۲	نمودار سازمانی با روابط و سطوح مسئولیتها و اختیارات در بیمارستان تدوین و ابلاغ شده و ارتباط سازمانی بر اساس آن برقرار است.	۱۴
۳	مدیریت بیمارستان از دانش و مهارت لازم برای انجام ماموریتهای محوله برخوردارند.	۱۵
۴	سند استراتژیک بیمارستان هماهنگ با سیاستهای اصلی تدوین، مصوب، ابلاغ و بازنگری میشود.	۱۶
۲	نظرات و پیشنهادات تمامی ذینفعان برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن، با روشی مدون اخذ شده و در برنامه ریزیها مورد استفاده قرار میگیرند.	۱۷
۳	تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده استفاده از اطلاعات پردازش شده و شواهد سیستمی است.	۱۸
۱	سوابق و مستندات مدیریت، تحت کنترل بوده و قابل دسترسی است.	۱۹
۵	فضاهای درمانی مورد نیاز با توجه به ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار بصورت استاندارد تامین شده است.	۲۰
۲	هیچ موردی از اختلال / تاخیر در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع مشاهده نمیشود.	۲۱
۳	انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی به صورت مدون برنامه ریزی و انجام و بر عملکرد آنها نظارت میشود.	۲۲
۲	ارزیابی و انتخاب تامین کنندگان با لحاظ معیارهای معین برنامه ریزی شده و براساس آن اقدام میشوند.	۲۳
۲	کلیه بخش ها و واحدهای تشخیصی، درمانی و توانبخشی مطابق پروانه بهره برداری است.	۲۴
۲	ثبات مدیریت در این بیمارستان حداقل ۴ سال است	۲۵
۶۹	جمع	
	درصد تحقق استاندارد	



بهبود کیفیت

چک لیست ارزیابی اداره بهبود کیفیت

توضیحات	امتیاز مکتسبه	حداکثر امتیاز طیف امتیاز (۰-۰.۵-۱)	موارد ارزیابی (استاندارد)	ردیف	حیطه استاندارد
	0	5	ساختار سازمانی و زیرساخت های مورد نیاز دفتر بهبود کیفیت از سوی تیم رهبری و مدیریت تامین شده است.	۱	ساختار سازمانی دفتر بهبود
		1	فعالیت رئیس/کارشناس مسئول دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار بر اساس چارت سازمانی و بصورت عملی زیر نظر رئیس بیمارستان		
		1	فعالیت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار طبق چارت سازمانی و با هماهنگی مسئول ایمنی، زیر نظر رئیس/کارشناس مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار		
		1	تامین کارشناس/کارشناسان و سایر کارکنان مورد نیاز برای دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار شامل؛ کارشناس/کارشناسان بهبود کیفیت و اعتباربخشی، کارشناس حمایت از گیرندگان خدمت، کارشناس پیگیری امور بیماران، دبیران کمیته های بیمارستانی، متصدی رضایت سنجی		
		1	تامین تجهیزات سخت افزاری و امکانات نرم افزاری برای دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار شامل؛ کامپیوتر، اسکنر، پرینتر، و نرم افزار های کاربردی مورد نیاز		
		1	دسترسی رئیس/کارشناس مسئول دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار به سامانه آواب و نظارت بر ورود اطلاعات		
	0	5	فرآیندهای اصلی بیمارستان شناسایی و مدیریت می شوند.	۲	تصمیمات و اقدامات مبتنی بر شواهد و نظارت بر تحقق نتایج متوازن
		1	شناسایی و مکتوب نمودن فرآیندهای اصلی و مشخص کردن اجزاء فرآیندها		
		1	ترسیم توالی و تدوین تعامل بین فرآیندهای اصلی (نمودار فرآیند)		
		1	اجرای نمودن فرآیندهای مکتوب شده		
		1	تعریف شاخص های متناسب و معیارها/ حد مورد انتظار برای اندازه گیری فرآیندها		
		1	اندازه گیری شاخص های تعیین شده، مقایسه روند نتایج و تحلیل نتایج		
		1	تعیین و اجرای اقدامات مناسب/ اصلاحات فرآیندی		
		1	بازنگری و به روز رسانی فرآیندهای اصلی		
	0	5	نتایج عملکرد بالینی و غیر بالینی بیمارستان به طور مستمر پایش و مدیریت می شوند.	۳	
		1	محاسبه و تفسیر/ تحلیل شاخص های مورد نیاز/ ابلاغی بالینی و غیر بالینی در فواصل تعیین شده و ارائه پیشنهادهای کاربردی		
		1	ایجاد سیستم گزارش دهی مناسب برای دریافت گزارش های توصیفی بالینی و غیر بالینی مورد نیاز در زمان های مشخص		
		1	پایش عملکرد واحدهای بالینی و غیر بالینی بر اساس گزارش های بدست آمده و تفسیر/ تحلیل شاخص های مربوط		

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

		1	مقایسه نتایج پایش عملکرد با نتایج مورد انتظار/ از پیش تعیین شده/ ابلاغ شده	
		1	۷ تعیین و اجرای اقدامات/ برنامه ها/ سیاست های بهبود یا توسعه ای با توجه به روند نتایج ارزیابی عملکرد در حوزه های بالینی و غیر بالینی	
	0	3	برنامه های عملیاتی طراحی، پایش و مدیریت می شوند.	
		1	نظارت بر تدوین برنامه عملیاتی برای هر یک از اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی تعریف شده در سند استراتژیک، بطور سالیانه	۴
		1	لحاظ موازین ایمنی بیمار و رویکرد بهبود مستمر کیفیت در برنامه عملیاتی و بودجه بندی بیمارستان با هویتی مشخص و مستقل (یا پیوست)	
		1	تعیین فعالیت های لازم برای دستیابی به هر یک از اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی	
		1	مشخص نمودن مسئول اجرا، دوره زمانی اجرا و تعیین منابع مورد نیاز هر فعالیت (شامل منابع مالی، انسانی، اطلاعاتی و یا فیزیکی)	
		1	مشخص نمودن نحوه پایش اجرای هر فعالیت و پایش اجرایی شدن آن ها و تعیین مسئول برای هر برنامه عملیاتی	
		1	تدوین حداقل یک شاخص دستیابی به هدف و شاخص پیشرفت فیزیکی برای هر برنامه و اندازه گیری آن ها در بازه های زمانی مشخص	
		1	تهیه گزارش های پایش، اجرا و دستیابی به هدف در بازه های زمانی مشخص و ارائه به تیم رهبری و مدیریت	
		1	به روز رسانی برنامه های عملیاتی بر اساس نتایج پایش و اندازه گیری شاخص های مربوط	
	0	3	چالش ها و فرصت های بهبود شناسایی و اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر طراحی و بر اساس آن عمل می شود.	
		1	شناسایی و مکتوب نمودن چالش ها در دوره های زمانی معین به تشخیص مدیران/ مسئولان بیمارستان	۵
		1	تعیین فرصت های بهبود با توجه به امکانات و توانمندی های بیمارستان برای کاهش تاثیرات چالش های شناسایی شده	
		1	جمع آوری ایده های مناسب برای فرصت های بهبود پیش بینی شده و انتخاب ایده های کاربردی برای اجرا	
		1	اجرای ایده ها و ارزیابی موثر بودن آنها و در صورت نیاز ارائه پیشنهادات و اقدامات اصلاحی یا برنامه های بهبود	
	0	2	نظرات و پیشنهادات تمامی ذینفعان برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن، با روشی مدون اخذ شده و در برنامه ریزی ها مورد استفاده قرار می گیرند.	
		1	مشخص نمودن نحوه و بازه های زمانی برای دریافت نظرات و پیشنهادات هر یک از گروه های ذینفع	۶
		1	ارائه بازخورد، به واحدهای مختلف بیمارستان از نتایج نظرسنجی بدست آمده	
		1	استفاده از پیشنهادات دریافت شده از سوی ذینفعان در برنامه ها برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن	
	0	4	گروه ارزیابی داخلی تشکیل شده، ارزیابی داخلی را با رویکرد بهبود مستمر کیفیت انجام و اقدامات اصلاحی لازم، طرح ریزی و اجرا می شود.	

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

	۷	1	برنامه ریزی و اجرای خودارزیابی استاندارد های اعتباربخشی توسط مسئولین بخش ها/واحد های بیمارستان در فواصل زمانی مشخص
		1	تشکیل تیم ارزیابی داخلی بیمارستان با حضور تیم رهبری و مدیریت و انجام ارزیابی داخلی استانداردهای اعتباربخشی طبق برنامه مدون
		1	انجام بازدید های سرزده و نظارت مستمر بر عملکرد بخش ها/واحد ها در خصوص نحوه و میزان استقرار استانداردهای اعتباربخشی
		1	تعیین و اجرای اقدامات/ برنامه ها/ سیاست های بهبود یا توسعه ای با توجه به نتایج ارزیابی ها
	۸	0	جلسات کمیته های بیمارستانی مطابق ضوابط مربوط و متناسب با ابعاد عملکرد مدیریتی بیمارستان برگزار می شود.
		1	تنظیم، تصویب و ابلاغ آیین نامه داخلی برای هر یک از کمیته های بیمارستانی
		1	برگزاری جلسات کمیته ها مطابق آیین نامه مصوب و حداقل برابر دستورالعمل های ابلاغی و حداکثر متناسب و بر اساس ابعاد عملکردی
		1	تعیین دبیر و اعضای اصلی کمیته ها، متناسب با وظایف و تخصص های مورد نیاز، توسط تیم رهبری و مدیریت
		1	تعیین دستور کار جلسات کمیته ها در راستای اهداف و مأموریت هر کمیته و با توجه به مشکلات واقعی و جاری بیمارستان
		1	برگزاری جلسات کمیته ها با رعایت آیین نامه داخلی و اهداف هر کمیته
	۹	0	مصوبات کمیته های بیمارستانی شامل راه حل های واضح، مشخص و قابل اجرا برای حل مشکلات و تحقق نتایج مطلوب است.
		1	تعیین دستور کار جلسات کمیته ها، همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی و اهداف هر کمیته
		1	ارائه گزارش در ابتدای هر جلسه در خصوص اقدامات انجام گرفته و مشکلات رفع شده مطابق مصوبات جلسات پیشین
		1	همفکری اعضا و تصویب راه حل های واضح، کاربردی و مشخص، همسو با دستور کار جلسات و مباحث مطرح شده در جلسه
		1	مشخص بودن ارتباط بین مصوبات جلسات کمیته و مشکلات شناسایی شده
		1	تعیین دستور کار جلسه آتی در صورت نیاز
		1	تهیه صورتجلسات با رعایت فرمت ثابت، با تشخیص و طراحی بیمارستان
		1	بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای مصوبات کمیته ها
	۱۰	0	اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی، ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.
		1	اندازه گیری و تحلیل شاخص درصد اجرایی شدن مصوبات کمیته های بیمارستانی طبق مهلت زمانی تعیین شده توسط دفتر بهبود کیفیت
		1	ارزیابی میزان بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای تصمیمات کمیته ها توسط دفتر بهبود کیفیت
		1	ارائه گزارش های دوره های (حداقل فصلی) از فعالیت و کیفیت عملکرد کمیته ها به تیم رهبری و مدیریت توسط دفتر بهبود کیفیت

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

		1	انجام اقدامات اصلاحی در کمیته های بیمارستانی توسط تیم رهبری و مدیریت بر اساس نتایج سنجش اثربخشی هریک از کمیته ها	
	0	2	کمیته های بیمارستانی در روند ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی بیماران نقش مؤثر ایفا می نمایند.	
		1	اولویت بخشی به ارتقا مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در دستور کار و مصوبات کمیته های بیمارستانی	۱۱
		1	مشارکت فعال کمیته های مرگ و میر، انتقال خون، دارو و درمان و سایر کمیته ها در موضوعات مرتبط با ایمنی بیمار و ارتقای آن	
		1	کسب اطمینان از ایفای نقش مؤثر کمیته های بیمارستانی از ارتقا مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در ارزیابی اثر بخشی کمیته های بیمارستانی	
		1	وجود شواهد تایید کننده مبنی بر ایفای نقش مؤثر کمیته های بیمارستانی در ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در تمام سطوح عملکردی	
	0	3	اثربخشی برنامه های ارتقاء ایمنی بیمار در فواصل زمانی معین ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر اجرا می شود.	
		1	وجود برنامه مدون و در حال اجرا برای پیش اثربخشی ایمنی بیمار	۱۲
		1	وجود برنامه عملیاتی مداخلات اصلاحی اثربخش برای ارتقا ایمنی بیمار	
		1	تغییر مشهود در روند بهبود شاخص های ایمنی بیماران در سطح بیمارستان	
	0	2	مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت، برنامه ریزی و اجرا می شود.	
		1	تدوین خط مشی و روش "مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت"	۱۳
		1	آگاهی، تعهد و عملکرد تیم رهبری و مدیریت و سایر کارکنان مرتبط طبق خط مشی و روش مدیریت پیشگیرانه خطر	
	0	2	استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.	
		1	بررسی نتایج ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار توسط تیم رهبری و مدیریت و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه / برنامه بهبود	۱۴
		1	ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه / برنامه بهبود در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار	
		1	نهادینه سازی فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان ارزش سازمانی در سطوح مدیریتی و عملکردی	
	0	3	اولویت بخشی به ارتقاء کیفیت خدمات در سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.	
		1	اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت خدمات در تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت، کمیته های بیمارستانی و مدیریت بخش ها/واحدها	۱۵
		1	آگاه بودن کارکنان نسبت به مفاهیم و مصداق های ارتقای کیفیت خدمات در واحد خود	
		1	نهادینه شدن باورهای کیفی در بین مدیران و کارکنان بیمارستان در تمام سطوح عملکردی به عنوان یک ارزش سازمانی	
		1	تعهد تیم رهبری و مدیریت بیمارستان به ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملیاتی مختلف	

تعهد به اجرای برنامه های ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

		1	آگاهی و پایبندی کارکنان به اصول ایمنی بیمار در سطوح عملیاتی مختلف		
	0	3	علل و عوامل بستری مجدد بیماران شناسایی و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر برنامه ریزی و اجرا می شود.		اطمینان از استفاده بهینه از ظرفیت های بستری
		1	شناسایی موارد بستری مجدد بدون برنامه ریزی قبلی طی یک ماه پس از ترخیص از بیمارستان	۱۶	
		1	پایش روند شاخص بستری های مجدد در کل و به تفکیک عناوین مختلف مانند بخش، سرویس تخصصی، تشخیص نهایی بیماری، پروسیجرها		
		1	بررسی علل بستری مجدد و انجام تحلیل علل ریشه ای توسط تیم های مربوطه		
		1	انجام اقدامات اصلاحی مؤثر بر اساس نتایج بررسی ها و پایش نتایج اقدامات توسط تیم های مربوطه		
	0	2	علل و عوامل ترخیص با رضایت شخصی شناسایی و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر برنامه ریزی و اجرا می شود.		اطمینان از استفاده بهینه از ظرفیت های بستری
		1	اجرای صحیح روند ثبت ترخیص با رعایت و میل شخصی و ثبت دقیق علت هر یک از موارد	۱۷	
		1	تهیه فهرستی از علل و عوامل ترخیص با رعایت و میل شخصی و تفسیر و تحلیل نتایج، علل و روند تکرار علت ها		
		1	طرح ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه برای عواملی که می تواند منجر به ترخیص با رعایت با میل شخصی شود		
		1	بهبود روند ترخیص با رعایت و میل شخصی بر اساس اقدامات اصلاحی برنامه ریزی شده		
	0	2	بیمارستان در راستای طبابت مبتنی بر شواهد، پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.		برنامه های ملی سلامت
		1	وجود شواهدی دال بر تمرکز و برنامه ریزی تیم های پزشکی به ترویج طبابت مبتنی بر شواهد در سطح بیمارستان		
		1	انجام مطالعات مرتبط با طبابت مبتنی بر شواهد و یکسان سازی روش های پزشکی		
		1	برنامه ریزی و اجرای استانداردها و گایدلاین های ابلاغی وزارت بهداشت		
		1	ارزیابی دوره ای وضعیت بیمارستان از نظر طبابت مبتنی بر شواهد و انجام اقدامات برای بهبود وضعیت		
		1	تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در زمینه طبابت مبتنی بر شواهد		
	0	2	رضایت گیرندگان خدمت به صورت فصلی و با فاصله سه ماه، ارزیابی و بر اساس نتایج آن اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر اجرا می شود.		رضایت مراجعین و بیماران
		1	تدوین پرسشنامه روا و پایا رضایت سنجی از بیماران بستری، خانواده و سرپایی با محوریت دفتر بهبود کیفیت	۱۹	
		1	گزارش تحلیلی نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان به تیم رهبری و مدیریت توسط مسئول بهبود کیفیت		
		1	شناسایی موارد معنی دار اعم از موارد غیر قابل قبول و بیش از حد انتظار، ارائه گزارش نهایی به تیم رهبری و مدیریت		



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

		1	اقدام اصلاحی / تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت توسط تیم رهبری و مدیریت بر اساس گزارش تحلیلی	
	0	1	در فواصل زمانی مشخص، اثربخش بودن و کفایت اطلاعات ارائه شده به بیماران ارزیابی و اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.	تأمین تسهیلات برای اطلاع رسانی به گیرندگان خدمت
		1	وجود برنامه ای مشخص برای ارزیابی کفایت و اثربخشی اطلاعات ارائه شده به بیماران	
		1	ارائه گزارش نتایج ارزیابی به تیم رهبری و مدیریت و در صورت لزوم، طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه / برنامه بهبود کیفیت	
			۲۰	
	امتیاز نهایی	53	مجموع نمرات چک لیست	جمع بندی نمرات
۰۰۰		0	نمره کسب شده	



ایمنی بیمار

ایمنی بیمار

توضیحات	امتیاز (۰-۰.۵) مکتسبه	امتیاز (۰-۰.۵)	روش ارزیابی	آیتم ارزیابی	محور ارزیابی
		۱	<p>۱. وجود شاخص های برون ده و فرآیندی برای ارزیابی نحوه عملکرد بیمارستان در بعد ایمنی بیمار و اهداف بیمارستان.</p> <p>۲. گزارشات اندازه گیری عملکرد.</p> <p>۳. گزارشات نتایج محک زنی</p>	<p>بیمارستان شاخص های فرآیندی و نتیجه ای (پیامدی) خود را در طی زمان، با سایر "بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار" و / یا خدمات شناخته شده دلخواه یا استاندارد های معین مقایسه می نماید.</p>	<p>A3.3.1 -حاکمیت و رهبری</p>
		۱	<p>۱. خط مشی و روش های اجرایی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار.</p> <p>۲. گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار.</p> <p>۳. فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار.</p> <p>۴. لیست مداخلات تشخیصی درمانی که برای انجام نیاز به اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیماردارند، شامل موارد ذیل اما محدود به آنها نمی باشد: مداخلات تشخیصی درمانی تهاجمی، اعمال جراحی، بیهوشی، ترانسفوزیون خون، اقدامات و مداخلات پرخطر، درمان های پرخطر و پیوند اعضا.</p> <p>۵. برگه های رضایت نامه آگاهانه بیمار که در بخش های مرتبط موجود است.</p> <p>۶. برگه های رضایت نامه آگاهانه بیمار تکمیل شده و دارای تاریخ و ساعت و امضاء می باشد و در پرونده بیماران موجود است.</p>	<p>برگه رضایت نامه آگاهانه توسط بیمار یا فرد مجاز امضاء شده است. بیمار یا فرد مجاز از قبل در ارتباط با کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر مطلع شده اند.</p> <p>توضیحات توسط پزشک داده شده است. و بیمار با حضور و نظارت پرستار امضاء نموده است.</p>	<p>B2.1.1 - جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه</p>

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

		<p>۱. خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران.</p> <p>۲. خط مشی شناسایی بیمار با استفاده از دو شناسه قبل از تجویز هر گونه دارو، اجرای هر گونه مداخله یا انجام مداخلات پرخطر.</p> <p>۳. لیست مداخلات پرخطر.</p> <p>۴. گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران.</p> <p>۵. فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران.</p> <p>۶. نمونه گیری سیستماتیک تصادفی از پرونده های پزشکی به منظور بررسی شناسه های بیماران.</p>	<p>فرآیند شناسایی مورد استفاده در کل بیمارستان مستلزم وجود حداقل دو شناسه برای شناسای بیماران است. این دو شناسه در تمامی اماکن و موقعیت هایی که توام با انجام مداخلات برای بیماران است مورد استفاده قرار می گیرد.</p>	<p>B3.1.1 B- جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه</p>
		<p>۱. استقرار سیستمی برای شناسایی آلرژی ها برای مثال سیستم کدبندی رنگی.</p> <p>۲. خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی آلرژی ها.</p> <p>۳. گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی آلرژی ها.</p> <p>۴. گزارشات/ مستندات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی.</p>	<p>سیستمی برای شناسایی آلرژی ها مستقر شده است.</p>	<p>B3.2.1 B- جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه</p>

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

		۱. خط مشی و روش های اجرایی برای اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران و مراقبین ایشان و کارکنان. ۲. گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران و مراقبین ایشان و کارکنان. ۳. گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی ذیربط.	بیمارستان دارای نظام ساختارمند اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران و مراقبین ایشان و کارکنان می باشد.	B5.3.1 جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه
		۱. استفاده چک لیست جراحی ایمن در اتاق های عمل برای تمامی بیماران تحت اعمال جراحی ۲. گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با راهنماهای جراحی ایمن. ۳. فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت از راهنماهای جراحی ایمن.	بیمارستان چک لیست جراحی ایمن را اجرا و از راهنماها از جمله چک لیست سازمان جهانی بهداشت در زمینه جراحی ایمن تبعیت می نماید.	C1.1.2 خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد
		۱. خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران. ۲. گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران. ۳. فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران.	در کل بیمارستان سیستم هایی برای تضمین شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران موجود است.	C1.1.3 خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

	۱	<p>۱. راهنماهای زایمان ایمن. ۲. چک لیست زایمان ایمن سازمان جهانی بهداشت. ۳. گزارشات مبنی بر آموزش کادر بالینی در خصوص زایمان ایمن. ۴. فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت کادر بالینی از راهنمای زایمان ایمن.</p>	<p>بیمارستان راهنماهای زایمان ایمن ۲ منجمه چک لیست زایمان ایمن سازمان جهانی بهداشت را اجرا می نماید.</p>	<p>C1.2.9 -C خدمات بالینی ایمن و مبنی بر شواهد</p>
	۱	<p>۱. خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران. ۲. گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران. ۳. گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران. ۴. نمونه تصادفی منظم از پرونده های پزشکی که فرآیند ارزیابی اولیه و مستمر و شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط و انجام مدیریت خطر پیشگیرانه سقوط به منظور کاهش احتمال خطر سقوط بیماران را مرور نموده باشد.</p>	<p>بیمارستان، به منظور شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط، ایشان را غربالگری و جهت کاهش احتمال خطر اقدام می نماید.</p>	<p>C1.2.10 -C خدمات بالینی ایمن و مبنی بر شواهد</p>

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

		۱	<p>۱. چارت سازمانی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت.</p> <p>۲. شرح وظایف و ابلاغ اعضای کمیته پیشگیری و کنترل عفونت.</p> <p>۳. نمونه تصادفی از صورت جلسات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت.</p> <p>۴. خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت.</p> <p>۵. گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت.</p> <p>۶. فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت.</p> <p>۷. گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت.</p>	<p>بیمارستان، دارای یک برنامه پیشگیری و کنترل عفونت اجرا شده، مشتمل بر چارت سازمانی، برنامه عملیاتی، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد.</p>	<p>C2.1.1 خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد -C</p>
		۱	<p>۱. خط مشی و روش های اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها و تولید ضد میکروبی.</p> <p>۲. گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها و تولید ضد میکروبی.</p> <p>۳. گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی و تولید ضد میکروبی.</p>	<p>بیمارستان به منظور کاهش مقاومت میکروبی، خط مشی و روش های اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیکها را بکار می بندد و برنامه فعال تولید ضد میکروبی دارد.</p>	<p>C2.2.5 خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد -C</p>
		۱	<p>۱. راهنماهای مدیریت بسته ای.</p> <p>۲. گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با مدیریت بسته ای.</p> <p>۳. گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با اجرای مدیریت بسته ای.</p>	<p>بیمارستان مراقبت بسته ای ۳ را برای مدیریت عفونت های بیمارستانی اجرا می نماید.</p>	<p>C2.2.9 خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد -C</p>

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

		<p>۱. خط مشی و روش های اجرایی برای برداشتن الکترولیت های با غلظت بالا از بخش های بستری و انبارش آن ها در مکانی ایمن.</p> <p>۲. گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای برداشتن الکترولیت های با غلظت بالا و انبارش آن در مکانی ایمن.</p> <p>۳. گزارشات اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی برای برداشتن الکترولیت های با غلظت بالا و انبارش آن در مکانی ایمن.</p>	<p>بیمارستان الکترولیت های با غلظت بالا را در مکان ایمنی نگهداری می نماید.</p>	<p>C5.1.2</p> <p>خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد</p>
		<p>۱. روش های اجرایی استاندارد انجام تلفیق داروئی در بیمارستان.</p> <p>۲. گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی انجام تلفیق داروئی.</p> <p>۳. گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی انجام تلفیق داروئی.</p> <p>۴. نمونه تصادفی از پرونده های پزشکی برای بررسی فرآیند انجام تلفیق داروئی در هنگام پذیرش بیماران.</p> <p>۵. نمونه تصادفی از پرونده های پزشکی برای بررسی فرآیند انجام تلفیق داروئی در هنگام انتقال و یا ترخیص بیماران.</p>	<p>بیمارستان انجام تلفیق داروئی را هنگام پذیرش، انتقال و ترخیص بیماران تضمین می نماید.</p>	<p>C5.2.3</p> <p>خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد</p>
		<p>خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود سازی تعداد غلظت های مختلف داروها.</p> <p>۲. گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود سازی تعداد غلظت های مختلف داروها.</p> <p>۳. گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود</p>	<p>بیمارستان تعداد غلظت های مختلف داروها را محدود و استاندارد می نماید.</p>	<p>C5.2.5</p> <p>خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد</p>

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

			سازی تعداد غلظت های مختلف داروها.	
		۱	<p>۱. خط مشی و روش های اجرایی سیستم اتوماتیک (خودکار) هشدار بالینی.</p> <p>۲. گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی فرآیند اندازه گیری سیستم اتوماتیک (خودکار) هشدار بالینی.</p> <p>۳. گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی سیستم اتوماتیک (خودکار) هشدار بالینی.</p>	<p>طراحی ساختار بیمارستان به منظور ایجاد محیط ایمن از جمله در کنترل عفونت ارتقاء یافته است.</p> <p>D1.2.2 محیط ایمن</p>
		۱۶	امتیاز / امتیاز مکتسبه:	جمع
			درصد امتیاز مکتسبه:	

توصیه ها:



مراقبت‌های ویژه

بخش های مراقبت ویژه

حیطه	ردیف	موارد ارزیابی (استاندارد) عمومی	روش ارزیابی	حداکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات عدم انطباق
عملکردی	۱	خط مشی 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 بر اساس آن عمل می نمایند.	مصاحبه، مستند و مشاهده	۳		
	۲	دستور العمل نحوه و اندیکاسیون های اعزام و انتقال موقت جهت اخذ خدمات خارج از بیمارستان با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.	مصاحبه، مستند و مشاهده	۳		
	۳	خط مشی مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.	مصاحبه، مستند و مشاهده	۳		
	۴	جایگاه رهبری بالینی بیماران در بخش های ویژه تعریف شده است و براساس آن عمل می شود. <input type="checkbox"/> مشخص بودن مسئولیت هدایت و رهبری بالینی بیماران <input type="checkbox"/> ویزیت روزانه بیماران بخش های ویژه و ثبت تاریخ و ساعت و مهر و امضاء پزشک <input type="checkbox"/> ثبت سیر بیماری توسط پزشک معالج یا پزشک متخصص مقیم بخش ویژه <input type="checkbox"/> هدایت اقدامات تشخیصی درمانی و مشاوره ها توسط رهبر بالینی مشخص (پزشک معالج یا متخصص مقیم بخش ویژه) در کلیه شیفت ها <input type="checkbox"/> انجام اولین ویزیت بیمار توسط پزشک معالج یا پزشک متخصص مقیم بخش ویژه در محدوده زمانی تعیین شده با توجه به شرایط بالینی بیمار	مصاحبه، مستند و مشاهده	۵		
	۵	در بخش مراقبت های ویژه، پزشکان متخصص طبق دستورالعمل ابلاغی به صورت شبانه روزی مقیم هستند و بر اساس وظایف محوله فعالیت می نمایند. <input type="checkbox"/> پزشک مقیم بخش دارای شرایط احراز طبق ماده ۴ دستورالعمل ارائه ی خدمات در بخش های مراقبت ویژه می باشد. <input type="checkbox"/> تنظیم برنامه شبانه روزی جهت حضور پزشکان متخصص مقیم بخش ویژه <input type="checkbox"/> اطلاع پزشکان متخصص مقیم بخش ویژه و حضور پزشکان متخصص مقیم بخش ویژه مطابق برنامه مکتوب <input type="checkbox"/> تعیین پزشک جانشین در صورت عدم حضور پزشک با اطلاع به بیمارستان و بخش *غ ق ا*: در بخشهایی که مشمول حضور پزشک مقیم بخش های ویژه نمی باشند(کمتر از ۶ تخت) این سنجه غیر قابل ارزیابی می باشد	مصاحبه، مستند و مشاهده	۳		
	۶	دستور العمل آمادگی بیمار قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن (برای جراحی ، اسکوپپی و...)	مصاحبه،	۳		

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			مستند و مشاهده	تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند...		عملکردی
		۳	مصاحبه، مستند و مشاهده	ایجاد محیط آرام و ساکت در بخش های ویژه : <input type="checkbox"/> شناسایی کنترل اصوات آزاردهنده (اعم از صداهای محیطی، استفاده از تلفن همراه، آلارم ها و ...) در بخش های ویژه <input type="checkbox"/> تامین امکانات و شرایط لازم <input type="checkbox"/> آگاهی و مشارکت کارکنان در حفظ سکوت و آرام بودن محیط بخش های ویژه	۷	
		۱۰	مصاحبه، مستند و مشاهده	قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی و درمانی، شناسایی بیمار حداقل با دو شناسه طبق دستورالعمل مربوطه صورت می پذیرد و کارکنان از آن آگاهی دارند و فرآیند صحیح شناسایی بیمار انجام می گردد	۸	
		۳	مصاحبه، مستند و مشاهده	پرسنل از دستور العمل ابلاغی تحویل و انتقال بیمار (روش ISBAR) اطلاع داشته و از این روش استفاده می کنند. (مشخصات، وضعیت، سوابق، ارزیابی و توصیه ها)	۹	
		۵	مصاحبه، مستند و مشاهده	ارزیابی اولیه بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی انجام شده و فرم ارزیابی اولیه بیمار توسط پزشک و پرستار در محدوده زمانی تعیین شده به طور کامل و صحیح تکمیل شده است. <input type="checkbox"/> ابلاغ محدوده زمانی اولین ارزیابی در بخش های ویژه <input type="checkbox"/> آگاهی پزشکان و پرستاران از محدوده زمانی اولین ارزیابی	۱۰	
		۲	مصاحبه، مستند و مشاهده	پرستار بر اساس پاسخ بیمار به برنامه های مراقبتی و درمانی، ارزیابی مستمر به عمل آورده و در گزارش پرستاری ثبت می کند. <input type="checkbox"/> تدوین خط مشی و روش اجرایی و ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی <input type="checkbox"/> آگاهی کارکنان بالینی و انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی	۱۱	
		۳	مصاحبه، مستند و مشاهده	پروتکل وزارت بهداشت مبنی بر رعایت بهداشت دست ها و احتیاطات استاندارد در بخش های ویژه موجود است و سرپرستاران و کارکنان بخش از آن آگاهی دارند <input type="checkbox"/> رعایت بهداشت دست ها و احتیاطات استاندارد در بخش های ویژه مطابق با پروتکل مصوب وزارت بهداشت انجام می گیرد. <input type="checkbox"/> سرپرستار و کارکنان بخش از نتایج ارزیابی رعایت بهداشت دست آگاهی دارند.	۱۲	
		۳	مصاحبه، مستند و مشاهده	لیست اقدامات تهاجمی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه طبق دستورالعمل ابلاغی در بخش موجود است و رضایت آگاهانه مطابق آن از بیماران یا همراه درجه اول ایشان اخذ می شود. (ارزیابی چند پرونده از نظر اخذ رضایت آگاهانه)	۱۳	
		۳	مصاحبه، مستند و مشاهده	دستور العمل مقادیر بحرانی پاراکلینیک مطابق با الزامات تعیین شده توسط وزارت بهداشت، تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند. (بررسی دفتر ثبت مقادیر بحرانی و مستندات پرونده بیماران)	۱۴	

		۳	مصاحبه، مستند و مشاهده	آمادگی های لازم، نوبت دهی و جوابدهی لیست موارد پاراکلینیکی (همودیالیز، اسکوپپی ها و آزمایشات تشخیصی خاص) در بخش موجود است و پرسنل از آن آگاهی داشته و طبق آن عمل می کنند.	۱۵
		۳	مصاحبه، مستند و مشاهده	عوامل مستعد کننده DVT، زخم فشاری (قبل، حین بستری و حین انتقال) و سقوط در طی بررسی بیماران کنترل و ثبت می شود. (سه مورد از بیماران کنترل گردند) <input type="checkbox"/> در نظر گرفتن ابزار معتبر پیش بینی عوامل فوق <input type="checkbox"/> ارزیابی گزارش پرستاری و برگه ارزیابی <input type="checkbox"/> آگاهی پرسنل از نحوه گزارش موارد اتفاق افتاده	۱۶
		۲	مصاحبه، مستند و مشاهده	فرآیند کار با بیماران عفونی تدوین شده و طبق آن عمل می شود. فرآیند جدا سازی بیماران عفونی به صورت صحیح انجام می شود. * (استانداردهای فضای اتاق ایزوله در حیطه فضای فیزیکی قابل بررسی می باشد)	۱۷
		۲	مشاهده	داروهای مخدر، آنتی دوت ها و داروهای پرخطر در گنجی مخصوص طبق دستورالعملهای ابلاغی وزارتی نگهداری می گردد و پرسنل از آن اطلاع دارند.	۱۸
		۳	مصاحبه، مستند و مشاهده	اصول ثبت صحیح اقدامات پرستاری (گزارش پرستاری) از طرف مدیریت پرستاری به بخش ابلاغ شده و پرسنل از آن آگاهی داشته و طبق آن عمل می کنند. (ارزیابی پرونده ها از نظر ثبت صحیح اقدامات پرستاری)	۱۹
		۳	مصاحبه، مستند و مشاهده	روش اجرایی دستورات تلفنی و شفاهی تدوین شده و پرسنل از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می کنند. (ارزیابی پرونده های بیماران)	۲۰
		۲	مصاحبه، مستند و مشاهده	پرسنل از آخرین گایدلاین احیای قلبی ریوی آگاهی داشته و طبق آن عمل می کنند. (بررسی برنامه ماهانه احیاء و شرح وظایف تیم احیاء)	۲۱
		۲	مصاحبه، مستند و مشاهده	پرسنل از موازین شرعی، اخلاقی و حرفه ای مراقبت های پایان حیات و دادن خبر بد به همراهان (Breaking Bad News) آگاهی داشته و رعایت می کنند.	۲۲
		۱	مصاحبه، مستند و مشاهده	پرسنل از شرایط اطلاع مرگ مغزی به مراکز مربوطه اطلاع دارند و شماره تماسهای لازم در دسترس می باشد.	۲۳

عملکردی

امتیاز عملکردی:

بخشهای مراقبت ویژه

حیطه	ردیف	موارد ارزیابی (استاندارد) عمومی	روش ارزیابی	حداکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات عدم انطباق
پیروی انسانی	۱	فهرست توانمندی های مورد نیاز برای انجام اولیه مهارت های (عمومی و اختصاصی و ارتباطی) و تصدی مسئولیت های شغلی، برای پرستاران بخش تدوین شده و به روز است. <input type="checkbox"/> تدوین فهرست توانمندی های مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت های شغلی <input type="checkbox"/> ارزیابی توانمندی های مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت شغلی	مستند	۲		
	۲	سرپرستار از نحوه برآورد نیرو آگاهی داشته و در برنامه نویسی آخرین دستورات عمل های ابلاغی رعایت شده است و برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت شبانه روزی است، برنامه ریزی انجام شده است.	مصاحبه، مستند و مشاهده	۲		
	۳	تقسیم بیماران در هر شیفت بر اساس سطوح مراقبتی و به روش مراقبت موردی در بخش انجام و ثبت می گردد.	مصاحبه، مستند و مشاهده	۲		
	۱	مانیتورینگ مرکزی، خط hot line و جعبه هشدار گازهای طبی در ایستگاه پرستاری موجود است.	مشاهده	۱		
امکانات، تجهیزات و تسهیلات	۲	در بخش های ویژه امکان انجام دیالیز بر بالین، بدون نیاز به انتقال بیمار میسر است. <input type="checkbox"/> وجود دستگاه همودیالیز سالم در بخش مراقبت ویژه <input type="checkbox"/> حضور یا اخذ مشاوره از پزشک فوق تخصص نفرولوژی یا متخصص داخلی آموزش دیده یا پزشک فوق تخصص مراقبت های ویژه برای تجویز مناسب همودیالیز	مشاهده و مستندات	۲		
	۳	در بخش های ویژه امکان انجام خدمات تشخیصی (سونوگرافی، اکوکاردیوگرافی و رادیوگرافی) بر بالین، بدون نیاز به انتقال بیمار میسر است. (وجود دستگاه سونوگرافی پرتابل سالم، وجود دستگاه اکوکاردیوگرافی پرتابل سالم، وجود دستگاه رادیوگرافی پرتابل سالم)	مشاهده و مستندات	۲		
	۴	در کنسول بالای تخت امکاناتی شامل تابلوی مشخصات بالای سر بیمار، دو عدد خروجی VAC، دو عدد O2، خروجی هوای فشرده ۱ عدد، پریز برق (حداقل ۴-۱۲)، سوکت، Nursing Call، پایه نگهدار پمپ تزریق، آویز سرم و نور مناسب هر تخت و فلومتر سالم موجود می باشد.	مشاهده	۱		
	۵	یخچال دارویی مجزا (به همراه ترمومتر و لیست داروهای یخچالی بخش) و پروتکل نحوه نگهداری داروهای تزریقی در بخش وجود دارد.	مشاهده	۱		

		۱	مشاهده	ترالی اورژانس براساس آخرین استاندارد مجهز شده است. مستندات نشان می دهند که پرستار مسئول از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می کند.	۶
		۱	مشاهده و مستندات	کلیه تجهیزات و داروهای مورد نیاز بیمار از طریق بیمارستان تهیه می گردد.	۷
		۱	مشاهده	دستگاه ABG یا وجود سیستم PTS جهت ثبت و انتقال نمونه گازهای خونی و در صورت امکان انجام تست های انعقادی در بخش های ویژه موجود است. (مشترک بین چند بخش ویژه)	۸
		۱	مشاهده	آسانسور تخت رو مجاور درب ورودی بخش ویژه موجود است.	۹
		۱	مشاهده	تاریخ مصرف دارو، ملزومات مصرفی و اتصالات بیمار کنترل شده و در زمان مقرر طبق دستورالعمل های ابلاغی تعویض / امحاء می شوند.	۱۰
		۱	مشاهده	انفوزیون های مهم و پرخطر (از قبیل TNG، دوپامین، انسولین، هپارین، آرامبخش ها، مخدرها و...) با استفاده از پمپ انفوزیون انجام می شوند.	۱۱
		۱	مشاهده	امکانات مهمی از قبیل ونتیلاتور، دفیبریلاتور با مانیتورینگ قلبی، دستگاه پالس اکسی متری دارای مانیتور مجزا، و پرستار آموزش دیده برای انتقال بیماران حاد و بحرانی وجود دارد.	۱۲
		۱	مشاهده	تخت سه شکن سالم و ونتیلاتور با تهویه تهاجمی و غیر تهاجمی به ازای هر تخت موجود است.	۱۳
		۱	مشاهده	در بخش ترالی Air Way Management شامل نبولایزر / بخور و ... موجود می باشد.	۱۴
		۱	مشاهده	وجود برونکوسکوپ برای بخش های ویژه آموزشی و ارجاعی لازم است. در بیمارستان های غیر آموزشی غ ق ا می باشد.	۱۵
		۴	مشاهده	سایر تجهیزات بخش شامل: پاراوان سربی حداقل دوعدد، پمپ انفوزیون سالم به ازای هر تخت حداقل ۲ عدد، ساکشن پرتابل سالم، کپسول اکسیژن پرتابل، اتصالات پیس اکسترنال سالم، برانکارد مجهز به کپسول اکسیژن و بد ساید، تشک مواج سالم به ازای هر تخت یک عدد و نگاتوسکوپ سالم در بخش موجود است.	۱۶
		۱	مشاهده	در پیش ورودی بخش، روشویی و هندراب نصب شده است و دارای قفسه کفش، ماسک و وسایل گانینگ می باشد.	۱
		۱	مشاهده	فضای بخش محصور می باشد و ارتباط بخش مراقبت ویژه با بخش های درمانی از جمله اتاق عمل، اورژانس و بخش های بستری و فضاهای تشخیصی مناسب می باشد.	۲
		۱	مشاهده	فضای هر تخت بستری ۱۲ مترمربع بوده و به وسیله پرده جداکننده جداسازی شده است و حریم و خلوت بیمار حین انجام کلیه اقدامات درمانی و مراقبتی حفظ می شود.	۳

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

۴	ایستگاه پرستاری اشرافیت مناسبی به فضای بستری بیماران دارد.	مشاهده	۱
۵	اتاق دارو و کار تمیز، فضای نگهداری ملافه و رخت تمیز همجوار ایستگاه پرستاری موجود است.	مشاهده	۱
۶	وجود حداقل یک اتاق ایزوله عفونی با ظرفیت ۳ تا ۷ تخت بستری با شرایط استاندارد (فشار منفی، دارای پیش ورودی سرویس و حمام، مجهز به امکانات گانینگ)	مشاهده	۲
۷	فضای پارک تجهیزات پزشکی حداقلامکان با دسترسی فوری به فضای بستری، رادیولوژی سیار، ساکشن سیار، ترالی احیاء و انبار تجهیزات و وسایل مصرفی بصورت جداگانه وجود دارد.	مشاهده	۱
۸	اتاق پزشک مقیم و اتاق استراحت پزشک در فضای کنترل شده بخش در ارتباط سریع و آسان به فضای بستری بیماران موجود است.	مشاهده	۱
۹	اتاق سرپرستار و رئیس بخش موجود است.	مشاهده	۱
۱۰	اتاق استراحت کارکنان در قسمت کنترل شده و فضای رختکن پرسنل مجهز به سرویس های بهداشتی در قسمت کنترل نشده بخش موجود است.	مشاهده	۱
۱۱	وجود اتاق کار کثیف به همراه پیش ورودی، وجود تی شویی به صورت مجزا در مجاورت آن و جمع آوری وسایل کثیف در قسمت کنترل نشده موجود است.	مشاهده	۱
۱۲	حمام با درب تخت رو (برای بیماران کمایی) به همراه سرویس بهداشتی با امکان ورود و بلچر جهت بیماران (در فضای کنترل شده) موجود است.	مشاهده	۱
۱۳	وجود راهرو مشاهده یا فضای انتظار همراهان مجهز به مانیتورینگ موجود است.	مشاهده	۱
۱۴	طراحی مناسب روشنایی فضای بستری (عدم تابش نور مستقیم به بیماران و ترجیحاً استفاده از چراغ موضعی کنسول)	مشاهده	۱
۱۵	دیوارها و مصالح مقاوم در برابر آتش سوزی بوده و از مصالح دودزا در صورت بروز سوختگی استفاده نشده است.	مشاهده	۱

امتیاز نیروی انسانی:

امتیاز امکانات، تسهیلات و تجهیزات:

امتیاز فضای فیزیکی:

امتیاز کل:

امتیاز مکتسبه:

درصد کل تحقق استاندارد:

اختصاصی بخش ICU

حیطه	ردیف	موارد ارزیابی (استاندارد)	روش ارزیابی	حد اکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات عدم انطباق
تخصصی	۱	مراقبت های پرستاری کامل از بیماران بیهوش و بی حرکت توسط پرستاران و کمک بهیاران انجام می شود. (فیدینگ، انجام دهانشویه، ساکشن ترشحات، شستشوی پرینه، پانسمان محل های رگ گیری، مراقبت از چشمها، تغییر پوزیشن و بهداشت فردی)	مصاحبه، مستند و مشاهده	۳		
	۲	شستشو و ضدعفونی ونتیلاتور و سایر دستگاهها بصورت اصولی و طبق روش اجرایی تدوین شده انجام می گیرد.	مصاحبه و مشاهده	۱		
	۳	پرستاران در مورد نحوه کارکرد دستگاه ونتیلاتور، تنظیمات ابتدایی آن، مراقبت از لوله تراشه و تراکئوستومی، مراقبت های بعد از Weaning، اصول صحیح ساکشن کردن بیمار و عوارض ساکشن تراکیال از جمله پنومونی و... آگاهی دارند و در گزارش های پرستاری به درستی ثبت کرده اند.	مصاحبه، مستند و مشاهده	۳		
	۴	میزان آگاهی و عملکرد پرستاران در مورد اصول صحیح محاسبات دارویی، تهیه و رقیق نمودن، نگهداری، اثرات و عوارض جانبی داروها با هم منطبق است.	مصاحبه، مستند و مشاهده	۳		
	۵	میزان آگاهی و عملکرد پرستاران در مورد اصول صحیح خون گیری شریانی، تحلیل نتایج آزمایش گازهای خون شریانی و سایر آزمایش های خونی معمول با هم منطبق است.	مصاحبه، مستند و مشاهده	۳		
	۶	پرستاران در مورد ارزیابی سطح هوشیاری، پایش همودینامیک، بررسی عملکرد کلیوی، بررسی عملکرد تنفس و الگوهای تنفسی، تشخیص دیس ریتمی های شایع آگاهی دارند و به درستی آنها را ثبت می کنند.	مصاحبه، مستند و مشاهده	۳		
	۷	خط مشی نحوه مراقبت از بیماران بی قرار (مهاری فیزیکی و شیمیایی بیمار) در بخش های ویژه تدوین شده و پرسنل از آن آگاهی داشته و طبق آن عمل می کنند.	مصاحبه، مستند و مشاهده	۳		
	۸	پرستاران بر حسب مورد و تخصص بخش، در مورد نحوه مراقبت پرستاری از بیماران دارای چست تیوب، CVL، TPM، EVD و سایر اتصالات بیمار اعم از میکروست، آنژیوکت، فیدینگ تیوب، سوند ها و لوله های تنفسی آگاهی دارند و مطابق با دستورالعمل اجرا می کنند.	مصاحبه، مستند و مشاهده	۳		
	۹	پرستاران در مورد استقرار سیستم هموویژلانس، ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی، عوارض حین و بعد از ترانسفوزیون، اقدامات و مراقبت های لازم در بروز عوارض آگاهی داشته و به درستی ثبت می کنند.	مصاحبه، مستند و مشاهده	۳		

		۳	مصاحبه، مستند و مشاهده	پزشک و پرستار آموزش های لازم در زمینه درمان و مراقبت های موردنیاز را به شیوه های ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده و برگه آموزش به بیمار ثبت می کنند. <input type="checkbox"/> ارزیابی پرونده ها از نظر آموزش های ارائه شده <input type="checkbox"/> مصاحبه با بیماران <input type="checkbox"/> بررسی مستندات اثربخشی آموزشی در بخش مربوطه	۱۰	تخصصی
		۳	مصاحبه، مستند و مشاهده	فیزیوتراپی اندام ها و قفسه سینه در بیماران تحت ونتیلاتور، همی/اکوآدری پلژی و بیماران با سطح هوشیاری پایین توسط پرستاران و یا کارشناس فیزیوتراپی به صورت مداوم انجام می شود	۱۱	
		۳	مصاحبه، مستند و مشاهده	مراقبت از راه هوایی، لوله تراشه و لبها بیماران تحت ونتیلاتور توسط پرستاران انجام و در گزارش پرستاری ثبت می شود.	۱۲	
		۱	مستند	داروساز بالینی داروهای تجویز شده برای بیماران بخش های ویژه را از نظر تداخلات دارویی و ساعت تجویز داروها بررسی می کند	۱۳	
		۳	مصاحبه، مستند و مشاهده	در صورت بروز زخم فشاری، مراقبت تخصصی و بررسی پاسخ به درمان به عمل آمده و آموزش های ضروری به بیمار و خانواده آن حین انتقال یا ترخیص صورت می گیرد (مشاهده بیماران دارای زخم فشاری و بررسی مستندات در پرونده آنها). پرسنل از اصول مراقبت از پوست، ارزیابی اولیه و مستمر از نظر بروز صدمات فشاری، وضعیت (Position) مناسب بیمار بر حسب مورد، پیگیری درمان و انجام مراقبت تخصصی از زخم ها آگاهی دارند.	۱۴	
		۳	مصاحبه، مستند و مشاهده	طی بررسی مستمر توسط پرستاران، نیازهای بیماران بستری شناسایی شده و اقدامات مناسب با نیازهای بیماران انجام و در گزارش پرستاری ثبت می شود.	۱۵	
		۱	مستند	توالی منظم گزارش نویسی پرستاری در ICU، سیر بهبودی (بیشرفت یا پسرفت بهبودی) بیماران را نشان می دهد.	۱۶	

اختصاصی بخش CCU

حیطه	ردیف	موارد ارزیابی (استاندارد)	روش ارزیابی	حد اکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات عدم انطباق
تخصصی	۱	مراقبت های پرستاری کامل از بیماران بیهوش و بی حرکت توسط پرستاران و کمک بهیاران انجام می شود. (فیدینگ، انجام دهانشویه، ساکشن ترشحات ، شستشوی پرینه، پانسمان محل های رگ گیری ، مراقبت از چشمها، تغییر پوزیشن و بهداشت فردی و...)	مصاحبه و مشاهده	۳		
	۲	پرستار از بیماری های قلبی(پریکاردیت، افیوژن پریکارد، تامپوناد قلبی و...) آگاهی دارد.	مصاحبه و مشاهده	۲		
	۳	پرستار ریتم قلبی طبیعی را شناخته و از روشهای تشخیص و درمان آریتمی ها آگاهی دارد.	مصاحبه و مشاهده	۲		
	۴	پرستار از نحوه صحیح تزریق داروی ترومبولیتیک و عوارض جانبی آن اطلاع دارد و طبق آن عمل می کند.	مصاحبه و مشاهده	۲		
	۵	پرستار از مراقبت های بیمار مبتلا به آنژین صدری، MI، نارسائی قلبی و ادم ریه آگاهی دارد و طبق آن عمل می کند.	مصاحبه و مشاهده	۳		
	۶	پرستار از مراقبت های بیمار مبتلا به شوک کاردیوژنیک و نارسائی حاد کلیه آگاهی دارد و طبق آن عمل می کند.	مصاحبه و مشاهده	۳		
	۷	پرستار در مورد مراقبت های قبل و بعد بیمار تحت آنژیوپلاستی / آنژیوگرافی آگاهی دارد و طبق آن عمل می کند.	مصاحبه و مشاهده	۳		
	۸	پرستار در مورد مراقبت از بیمار تحت بالون پمپ و ضربان ساز آگاهی داشته و طبق آن عمل می کند.	مصاحبه و مشاهده	۲		
	۹	چست لیدهای متصل به بیمار، به لحاظ مراقبت از پوست روزانه تعویض می گردد.	مصاحبه و مشاهده	۱		
	۱۰	پرستار مراقبت های حین تجویز داروهای ترومبولیتیک آگاهی دارد و مطابق با آن عمل می کند.	مصاحبه و مشاهده	۲		

امتیاز عملکردی:

امتیاز نیروی انسانی:

امتیاز امکانات، تسهیلات و تجهیزات:

امتیاز فضای فیزیکی:

امتیاز تخصصی:

درصد کل تحقق استاندارد:

امتیاز مکتسبه:

امتیاز کل:



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



اتفاق عمل

اتاق عمل

ردیف	موارد ارزیابی (استاندارد)	روش ارزیابی	حداکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات عدم انطباق
۱	دستورالعمل "نحوه پذیرش بیماران در اتاق عمل" تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.	گام های اجرایی/توضیحات: ۱. تدوین دستورالعمل ۲. شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط ۳. اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی ۴. تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط ۵. آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	۵		
۲	ارزیابی آمادگی بیماران قبل از ورود به اتاق عمل	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. کسب اطمینان مسئول پذیرش اتاق عمل از آمادگی بیماران قبل از ورود به اتاق عمل ۲. عدم انتظار بیماران جهت انجام خدمات پاراکلینیک در اتاق عمل ۳. بررسی سابقه کنسلی اعمال جراحی به دلیل عدم آمادگی بیمار ۴. تطابق لیست اعمال جراحی الکتیو با لیست الکترونیک اعلام شده یک روز قبل ، از طرف بخش ها ۵. کنترل آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک باتوجه به مصوبه ی کمیته کنترل عفونت مرکز و بررسی مستندات ۶. پیش بینی بخش بستری بعد از عمل توسط متخصص بیهوشی موقع پره آپ بیماران (با توجه به وضعیت بیمار - سوابق و مشاوره ها و نظر پزشک معالج) ۷. رعایت اصول رضایت آگاهانه برای اعمال جراحی الکتیو	۵		
۳	مقیمی پزشکان متخصص بیهوشی صرفاً در اتاق عمل به صورت شبانه روزی	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. بررسی مستندات ۲. حضور پزشکان بیهوشی در اتاق عمل ۳. عدم فعالیت همزمان پزشکان مقیم متخصص بیهوشی اتاق عمل در واحدهای دیگر مرکز	۳		
۴	آمادگی لازم در پذیرش بیماران کاندید عمل اورژانسی و بیماران حاد پیش از ورود بیمار و انتقال بیمار به اتاق عمل بدون وقفه بلافاصله پس از ورود	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. مستندات اطلاع رسانی فوری بیماران کاندید عمل اورژانس، توسط بخش بستری به اتاق عمل ۲. بازبینی برنامه پذیرش بیماران الکتیو وانجام عمل اورژانس، توسط مسئول شیفت اتاق عمل ۳. انطباق زمان ثبت گزارش پرستاری و پذیرش بیماران اورژانسی در اتاق عمل و زمان شروع القای بیهوشی ۴. حضور پزشکان و کادر اتاق عمل و آمادگی کامل تجهیزات قبل از ورود بیمار	۴		

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

	۵	<p>گام های اجرایی / توضیحات: ۱. وجود روند اولویت بخشی به اعمال جراحی اورژانس در نوبت دهی و پذیرش اتاق عمل ۲. وجود روند اولویت بخشی به بیماران پرخطر در نوبت دهی و پذیرش اتاق عمل ۳. وجود روند اولویت بخشی به بیماران آسیب پذیر در نوبت دهی و پذیرش اتاق عمل ۴. تدوین دستورالعمل و برنامه ریزی شرایط جراحی ایمن برای بیماران عفونی مسری در نوبت دهی و پذیرش اتاق عمل ۵. بررسی مستندات و تجهیزات لازم</p>	<p>اولویت بندی بیماران از نظر اورژانسی، پرخطر، عفونی بودن در نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل صورت می گیرد.</p>	۵
	۵	<p>گام های اجرایی / توضیحات: ۱. ثبت به موقع دستور ناشتایی در پرونده بیمار توسط پزشک معالج در دستورات قبل از عمل ۲. ارائه آموزش های لازم به بیمار در خصوص مدت و محدودیت های ناشتایی، توسط پرستار و پزشک معالج ۳. تنظیم زمان تقریبی پذیرش بیماران در اتاق عمل و بر همین اساس تعیین ساعات آغاز ناشتایی بیمار ۴. ساعات ناشتای بیماران به دلایل عدم حضور پزشک، عدم آمادگی اتاق عمل، تجهیزات و سایر عوامل طولانی نمی شود. ۵. آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل بخش در این زمینه</p>	<p>کنترل ساعت ناشتای آمادگی بیماران قبل از عمل جراحی براساس ساعات مجاز</p>	۶
	۴	<p>گام های اجرایی / توضیحات: ۱. همراهی پرستار مسئول در فرایند انتقال بیمار به اتاق عمل ۲. تحویل بیمار به مسئول پذیرش اتاق عمل توسط پرستار مسئول مراقبت بیمار براساس اصول تحویل ایمن بیماران ۳. انتقال بیمار با ویلچر یا برانکارد به اتاق عمل ۴. انتقال بیمار به صورت سرپایی ممنوع می باشد.</p>	<p>بیمار توسط پرستار بخش به مسئول پذیرش اتاق عمل تحویل داده می شود.</p>	۷
	۴	<p>گام های اجرایی / توضیحات: ۱. تدوین دستورالعمل ۲. شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط ۳. تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط ۴. اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی ۵. آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل ۶. انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ ۷. شناسایی نوع محلول های کاربردی برای نگه داری نمونه های پاتولوژی ۸. تحویل نمونه های پاتولوژی به همراه بیمار ممنوع می باشد.</p>	<p>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.</p>	۸

		۴	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. انجام فرآیند پذیرش بیمار در اتاق عمل طبق دستورالعمل پذیرش توسط پرستار یا کاردان/کارشناس اتاق عمل یا هوشبری ۲. کنترل مجدد هویت بیمار براساس اصول شناسایی صحیح بیمار ۳. ثبت و تایید فرم مراقبت قبل از عمل ۴. ثبت اتصالات , گرافی ها و موارد اضافی در توضیحات فرم مراقبت قبل از عمل توسط پرستار بخش و تایید آنها در اتاق عمل	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.	۹
		۳	گام های اجرایی/توضیحات: ۱. برنامه ی کاهش اضطراب بیماران از لحظه ی ورود به اتاق عمل تا زمان بیهوشی/جراحی بایستی با در نظر گرفتن سن , جنس و شرایط بیماران اجرا شود. ۲. آموزش به بیمار در زمینه ی کنترل اضطراب و استرس ۳. انطباق عملکرد پرسنل و پزشکان و تجهیزات با دستورالعمل تدوین شده	برنامه ی مداوم برای کاهش اضطراب بیماران از لحظه ی ورود به اتاق عمل تا زمان بیهوشی	۱۰
		۳	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. وجود برگه های ارزیابی و مشاوره ی پیش از بیهوشی بیماران در پرونده ۲. رعایت اصول و اخذ رضایت آگاهانه جراحی و بیهوشی برای اعمال جراحی الکتیو در مشاوره ی قبل از بیهوشی ۳. تامین منابع , امکانات و کارکنان مرتبط	پره آپ بیماران قبل از عمل جراحی به صورت منظم و برنامه ریزی شده انجام می شود.	۱۱
		۴	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. بررسی وضعیت بیمار قبل از بیهوشی و ثبت آن در برگ بیهوشی ۲. بررسی وضعیت بیمار حین بیهوشی و ثبت آن در برگ بیهوشی ۳. بررسی وضعیت بیمار بعد از بیهوشی و ثبت آن در برگ مراقبت بعد از عمل ۴. امضاء و مهر نمودن برگ بیهوشی و برگ مراقبت بعد از عمل قبل از خروج بیمار از اتاق عمل	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.	۱۲
		۳	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. مانیتورینگ مداوم قلبی بیمار از لحظه ورود بیمار به اتاق پروسیجر تا خروج از ریکاوری ۲. پایش میزان اکسیژن بیمار از لحظه ورود بیمار به اتاق پروسیجر تا خروج از ریکاوری ۳. ثبت نتایج حاصله در فواصل زمانی منظم در برگه بیهوشی بصورت خوانا ۴. استفاده از آلارم جداسوندگی دستگاه های مانیتورینگ	مانیتورینگ قلبی و پایش میزان اکسیژن خون انجام و نتایج توسط پزشک بیهوشی در برگ بیهوشی به طور خوانا ثبت می شود.	۱۳
		۲	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. کنترل مستمر علائم حیاتی بیمار از لحظه ورود بیمار به اتاق پروسیجر تا خروج از ریکاوری ۲. ثبت نتایج حاصله در فواصل زمانی منظم به صورت خوانا	علائم حیاتی کنترل و نتایج توسط پزشک متخصص در برگه بیهوشی به طور خوانا ثبت می شود.	۱۴

	۵	<p>گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. ثبت تشخیص قبل از عمل جراحی و نوع عمل جراحی در برگ گزارش عمل جراحی به صورت خوانا ۲. ثبت تشخیص بعد از عمل جراحی در برگ گزارش عمل جراحی به صورت خوانا ۳. ثبت شرح عمل در برگ گزارش عمل جراحی به صورت خوانا ۴. ثبت دستورات بعد از عمل جراحی در برگ دستورات با ذکر ساعت و تاریخ به صورت خوانا ۵. ثبت انجام نمونه برداری و بدون نیاز به نمونه برداری و شمارش گاز در برگ گزارش عمل جراحی به صورت خوانا توسط جراح و پرسنل</p>	<p>پزشک جراح، شرح عمل، اقدامات و سایر مشاهدات را در برگ گزارش عمل جراحی؛ به طور خوانا ثبت، مهر و امضاء می نماید.</p>	۱۵
	۴	<p>گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. حضور متخصص بیهوشی در اتاق عمل تا زمان ترخیص آخرین بیمار از ریکاوری ۲. ارزیابی بیمار قبل از خروج از ریکاوری توسط متخصص بیهوشی طبق راهنمای جراحی ایمن ۳. ثبت دستور خروج بیمار از اتاق عمل توسط متخصص بیهوشی در برگه مراقبت بعد از عمل ۴. تطابق مدت زمان ماندگاری بیمار در ریکاوری با اقدامات انجام شده و تکمیل فرم مراقبت بعد از عمل به صورت کامل</p>	<p>متخصص بیهوشی تا زمان اتمام عملها در اتاق عمل حضور دارد و دستور ترخیص بیمار می کند. را از ریکاوری را صادر میکند</p>	۱۶
	۳	<p>گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. رعایت نکات پیشگیری از جا ماندن ابزار و اسفنج های جراحی در زخم های جراحی ۲. دستور انتقال بیمار از ریکاوری به بخش مربوط توسط متخصص بیهوشی و ثبت زمان ترخیص توسط پزشک ۳. تحویل بیمار از اتاق عمل به بخش با رعایت اصول ایمنی و دستورات ویژه توسط یکی از کارکنان درمانی همگن واجد شرایط با ثبت زمان ۴. همراه داشتن مانیتورینگ (فشار سنج و پالس اکسی متر. امکانات اکسیژن تراپی) و استفاده از وسایل ایمن برای بیماران بدحال در حین انتقال ۵. رعایت پوشش مناسب و حریم خصوصی بیمار حین انتقال ۶. از برانکارد و تجهیزات ایمن و مجهز برای انتقال بیمار از اتاق عمل به بخش استفاده گردد.</p>	<p>بیماران با شرایط ایمن از اتاق عمل (پروسیجر) ترخیص و به بخش مرتبط منتقل می شوند.</p>	۱۷
	۳	<p>گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. اخذ گواهی دوره آموزشی احیای نوزاد توسط ماماهاى بخش زایمان/کارشناس مراقب نوزاد در اتاق عمل ۲. حضور یک نفر کارشناس مامایی دارای گواهی احیای پایه نوزاد در هر زایمان/ سزارین ۳. حضور حداقل یک کارشناس مراقب نوزاد در اتاق عمل دارای گواهی احیای پایه نوزاد</p>	<p>در هر زایمان حداقل یک نفر کارشناس مامایی دارای گواهی احیای پایه نوزاد از بخش زایمان به عنوان مسئول انحصاری نوزاد حضور دارد.</p>	۱۸

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/ مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

	۲	<p>گام های اجرایی / توضیحات: ۱. تأییدیه نقشه الکتریکی ساختمان از مراجع ذیصلاح ۲. ایزوله و سیستم توزیع انرژی الکتریکی در اتاق عمل ۳. تدوین و اجرای برنامه نگهداری و ارزیابی دوره ای از تابلوهای ایزوله ۴. مشاهده ی سیستم پشتیبانی برای مواقع قطع برق</p>	<p>سیستم توزیع انرژی الکتریکی در اتاق عمل از نوع تابلو ایزوله می باشد و سیستم نول و ارت آن از هم جدا هستند.</p>	۱۹
	۵	<p>گام های اجرایی / توضیحات: ۱. تدوین دستورالعمل ۲. شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط ۳. تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط ۴. اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط ۵. انطباق آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل ۵. انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ</p>	<p>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.</p>	۲۰
	۵	<p>گام های اجرایی / توضیحات: ۱. آگاهی کارکنان جراحی و بیهوشی از چک لیست و دستورالعمل راهنمای جراحی ایمن ۲. نصب چک لیست و راهنمای جراحی ایمن در اتاق عمل ۳. انطباق عملکرد کارکنان جراحی و بیهوشی براساس چک لیست و دستورالعمل جراحی ایمن ۴. تعیین فردی در هر عمل جراحی (الویت با متخصص و کارشناس بیهوشی) به عنوان مسئول چک لیست جهت قرائت و اخذ تأییدیه در سه مرحله جراحی ایمن ۵. وجود سیستم هشدار دهنده گازهای طبی در مراکز دارای سیستم سانترال</p>	<p>رعایت دستورالعمل ابلاغی جراحی ایمن "برای اعمال جراحی در اتاق عمل"</p>	۲۱
	۳	<p>گام های اجرایی / توضیحات: ۱. عدم دید مستقیم بیماران از محل انتظار به اتاق های عمل و ریکواری ۲. پیش بینی کارکنان معین پرستاری/هوشبری برای مراقبت از بیماران بدحال و سایر بیمارانی که نیاز به مراقبت مستمر دارند ۳. ارائه مراقبت های لازم طبق دستورات پرونده بالینی بیمار توسط مسئول مراقبت بیمار در اتاق عمل ۴. ثبت گزارش وضعیت بیمار و اقدامات درمانی/مراقبتی انجام شده در اتاق عمل توسط مسئول مراقبت بیمار در اتاق عمل</p>	<p>محل پذیرش اتاق عمل، دید مستقیم به اتاق های ریکواری و اتاق های عمل ندارد و در صورت انتظار، به بیمار مراقبت های لازم توسط کارکنان درمانی تا انجام عمل جراحی ارائه می شود.</p>	۲۲
	۵	<p>گام های اجرایی / توضیحات: ۱. وجود چک لیست کنترل وضعیت تجهیزات از نظر آماده به کار بودن ۲. وجود چک لیست کنترل وضعیت دارو و ملزومات مصرفی و رعایت دستورالعمل های مربوط ۳. کنترل صحت عملکرد تجهیزات در شروع هر شیفت توسط پرستار و تکنسین/کاردان/کارشناس هوشبری/اتاق عمل، در اتاق عمل و ریکواری ۴. کنترل دارو و ملزومات</p>	<p>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/متخصص بیهوشی تأیید می شود.</p>	۲۳

		مصرفی مورد نیاز بخش قبل از شروع هر شیفت با استفاده از چک لیست ۵. تأیید توسط مسئول/سرپرستار	
۲۴	۲	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. ارزیابی تجهیزات، دستگاه بیهوشی و اتصالات و گازهای طبی پیش از القای بیهوشی ۲. بررسی و تأیید ارزیابی تجهیزات، دستگاه بیهوشی و اتصالات و گازهای طبی پیش از القای بیهوشی برای هر بیمار توسط متخصص بیهوشی ۳. روشن بودن آلارم مانیتورینگ دستگاه ها	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.
۲۵	۲	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. آگاهی کارکنان به اصول مراقبت مادران تا دو ساعت پس از زایمان طبق دستورالعمل ۲. آرایه مراقبت مستمر به مادران تا دو ساعت پس از زایمان / سزارین	پایش مادر حداکثر تا ۲ ساعت پس از سزارین براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت انجام می شود
۲۶	۴	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. شناسایی صحیح نوزاد در هنگام تولد مطابق با فرایند تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد مندرج در نسخه ابلاغی ۲. استفاده از مچ بند شناسایی برای مادر و نوزاد در بدو پذیرش مادر ۳. ثبت مشخصات مربوط به نوزاد پس از زایمان / سزارین بر مچ بند نوزاد ۴. نشان دادن نوزاد و اعلام جنسیت به مادر در اولین فرصت پس از تولد ۵. نصب مچ بند نوزاد بلافاصله پس از تولد در اتاق زایمان/اتاق عمل ۶. انتقال هم زمان مادر و نوزاد به بخش پس از زایمان/ سزارین ۷. شناسایی نوزاد در هنگام انجام هرگونه اقدام مراقبتی	شناسایی صحیح نوزاد در هنگام تولد، براساس الزامات ابلاغی وزارت بهداشت، انجام می شود.
۲۷	۴	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. دسترسی کارکنان مرتبط به فایل الکترونیک بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم ۲. آگاهی کارکنان مرتبط از محتوای بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم ۳. مراقبت های معمول از نوزاد منطبق با فرایندهای مندرج در فصول بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم ۴. ثبت مراقبت های معمول از نوزادان در پرونده	مراقبت های معمول نوزاد براساس بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در بیمارستان، انجام می شود.
۲۸	۴	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. آگاهی کارکنان از دستورالعمل برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد ۲. آگاهی کارکنان از سیاست تغذیه با شیر مادر در بیمارستان ۳. برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد ۴. شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد براساس دستورالعمل ابلاغی	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.

	۲	<p>گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. وجود برنامه شیفت همکاری پزشکان واجد گواهی احیاء پیشرفته نوزاد در بلوک زایمان ۲. حضور پزشک متخصص اطفال در زایمان های پرخطر و زایمان هایی که نیاز به عملیات احیای نوزاد پیش بینی می شود.</p>	<p>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.</p>	۲۹
	۲	<p>گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. وجود چک لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش اتاق عمل ۲. انجام ارزیابی مهارت های تخصصی پرستاران جدیدالورود به بخش اتاق عمل توسط سرپرستار/کارشناس خبره ۳. بکارگیری کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش اتاق عمل پس از احراز صلاحیت نهایی ۴. در صورت عدم احراز مواردی از مهارت های مورد نیاز، اجرای برنامه آموزشی، ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت نهایی</p>	<p>براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش های اتاق عمل ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.</p>	۳۰
	۳	<p>گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. انجام فرآیند نیازسنجی و شناسایی، نیازهای آموزشی سالیانه کارکنان پرستاری ۲. اولویت بندی نیازهای آموزشی سالیانه کارکنان و متناسب با نیازهای مراقبتی بیماران توسط مدیر پرستاری ۳. نظارت مدیر پرستاری و سرپرستار بر اجرای برنامه ریزی آموزشی و تأمین منابع آموزشی و کمک آموزشی مورد نیاز</p>	<p>سیاست های آموزشی کارکنان پرستاری حداقل سالی یک بار تعیین و به همه بخش ها/واحد های مرتبط ابلاغ و بر اجرای آن نظارت می شود.</p>	۳۱
	۳	<p>گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. براساس آیین نامه تأسیس و بهره برداری از بیمارستان، در تهیه هوای اتاق عمل شرایط بهداشتی شامل برقرار بودن فشار مثبت نسبت به فضاهای بیرون، تعویض هوا حداقل ۱۵-۲۰ بار، مجهز بودن به فیلترهای اولیه برای گرد و غبار و فیلتر نهایی هپا موجود است. ۲. مجهز بودن سیستم تهویه اتاق عمل به فیلترهای اولیه و نهایی هپا ۳. بررسی مستندات مربوط به فیلتر های تخصصی طبق دستورالعمل مربوط</p>	<p>تهویه هوای اتاق های عمل دارای شرایط بهداشتی است و به فیلترهای اولیه و نهایی هپا مجهز می باشد.</p>	۳۲
	۳	<p>گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. بازدید حداقل یک بار در طول شش ماه از سیستم های تهویه اتاق عمل توسط کارشناس بهداشت حرفه ای ۲. ارزیابی آلاینده های شیمیایی، بیولوژیکی و شرایط جوی و کارایی تهویه اتاق عمل ۳. انجام اقدامات</p>	<p>حداقل یکبار در طول شش ماه بررسی و اقدامات اصلاحی و بهسازی سیستم های تهویه متناسب با فعالیت بخش ها/واحد ها انجام می شود.</p>	۳۳

		اصلاحی براساس ارزیابی انجام شده در بخش اتاق عمل	
۳۴	۴	گام های اجرایی / توضیحات: ۱. پیش بینی تمهیدات لازم و استفاده از امکانات و تجهیزات مناسب ۲. رعایت عدم تداخل مسیرهای کثیف و تمیز در بخش اتاق های عمل و استریلیزاسیون مرکزی	مسیرهای کثیف و تمیز حداقل در بخش اتاق عمل و استریلیزاسیون مرکزی، رعایت می شوند.
۳۵	۲	گام های اجرایی / توضیحات: ۱. وجود محل شستشوی پوتین ها، کفش ها در اتاق های عمل ۲. شرایط بهداشتی در محل شستشوی پوتین ها، کفش ها در اتاق های عمل ۳. آگاهی کارکنان و پرسنل مرتبط	محل شستشوی پوتین ها، کفش ها در اتاق های عمل با شرایط بهداشتی وجود دارد.
۳۶	۵	گام های اجرایی / توضیحات: ۱. آگاهی کارکنان استریلیزاسیون مرکزی و اتاق عمل در خصوص کاربرد شاخصهای شیمیایی در هر بسته یا پک استریل ۲. وجود و ثبت شاخصهای شیمیایی در هر بسته یا پک استریل ۳. الصاق شاخصهای شیمیایی در پرونده بیمار ۴. رعایت اصول آسپتیک در استفاده از پکهای استریل شده	اطمینان از استریلیزاسیون صحیح پک های استریل شده
۳۷	۳	گام های اجرایی / توضیحات: وجود تجهیزات مازاد در اتاق پروسیجر جراحی همواره یک تهدید بالقوه ایمنی محسوب می شود ۱. حذف تجهیزات معیوب از اتاق پروسیجر ۲. وجود فضای فیزیکی مناسب جهت انبارش تجهیزات و وسایل مصرفی مازاد ۳. برنامه ریزی برای حذف تجهیزات و وسایل مازاد	عدم وجود تجهیزات و وسایل مازاد در اتاق های عمل به خصوص در اتاق عمل جراحی عفونی
۳۸	۳	گام های اجرایی / توضیحات: ۱. حداقل یکبار اندازه گیری عوامل زیان آور محیط کار ۲. شناسایی عوامل زیان آور محیط کار ۳. کنترل عوامل زیان آور محیط کار، در موارد بالاتر از حد مجاز، براساس نتایج ارزیابی شده	حداقل یکبار در اتاق های عمل، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور آلاینده های بیولوژیک، شیمیایی، فیزیکی محیط کار متناسب با فعالیت بخش انجام می شود.
۳۹	۵	گام های اجرایی / توضیحات: ۱. وجود امکانات لازم جهت اسکراب جراحی مطابق با راهنمای رعایت بهداشت دست در اتاق های عمل بستری و سرپایی ۲. وجود لیست اقدامات تهاجمی در بخش های بستری و سرپایی مطابق با آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت ۳. انجام اسکراب دست توسط پزشکان، پرستاران، تکنسین ها قبل از اعمال جراحی و اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی ۴. اطلاع از شاخص درصد رعایت صحیح اسکراب دست ۵. عدم استفاده از لاک، ناخن	اسکراب دست منطبق با آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، جهت تمام اقدامات تهاجمی انجام می شود.

			مصنوعی و ناخن بلند و زیور آلات و رعایت اصول بهداشت دست موقع اسکراب و محیط کار	
		۵	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. اطلاع رسانی به کارکنان اعم از پزشک و کادر درمانی در خصوص ممنوعیت ورود تلفن همراه و کتاب و جزوه به داخل فضاهای درمانی اتاق عمل ۲. رعایت عدم استفاده از تلفن همراه و کتاب و جزوه در بالین بیماران در داخل فضاهای درمانی بخش اتاق عمل ۳. بررسی مستندات مربوط به موارد عدم رعایت	۴۰ ورود تلفن همراه و کتاب و جزوه در داخل فضاهای اتاق عمل، ممنوع می باشد و سرپرستار بخش بر اجرای صحیح آن نظارت می نماید.
		۵	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. رعایت پوشش بیمار متناسب با خدمات تخصصی و موازین شرعی و اخلاق پزشکی در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی ۲. استفاده از کادر همگن در ارائه خدمات درمانی بیماران در اتاق عمل	۴۱ 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.
		۵	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. برآورد نیروی انسانی براساس تعداد اتاق عمل فعال ۲. چینش نیروها بر اساس برنامه ی لیست عمل های جراحی اعلام شده از بخش ها ۳. تطابق تعداد نیروها با برنامه ی عمل های جراحی ۴. به کار گیری نیروهای کاردان / کارشناس در واحد CSR ۵- مدیریت CSR توسط کاردان / کارشناس اتاق عمل یا پرستار	۴۲ چینش نیروهای هر یک از اتاق های عمل قبل از شروع عمل جراحی برنامه ریزی و اجرا میشود.
		۲	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. برآورد نیروهای انسانی ریکاوری در برنامه ی تنظیمی ماهانه پرسنل ۲. مشاهده ی مستندات	۴۳ کاردان / کارشناس هوشبری ریکاوری براساس تعداد عمل های جراحی و تعداد بیماران موجود است. (یک کاردان/ کارشناس : دوبیمار)
		۳	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. متخصص بیهوشی به طور همزمان نمی تواند مسئولیت بیش از دو بیمار را بپذیرد. ۲. در خصوص بیماران کلاس سه و بالاتر متخصص بیهوشی نمی تواند مسئولیت بیش از یک بیمار را بپذیرد. ۳. مشاهده شروع و پایان عمل و حضور تا ترخیص بیمار از ریکاوری	۴۴ متخصص بیهوشی براساس تعداد عمل های جراحی و تعداد بیماران موجود است
		۵	گام های اجرایی/ توضیحات: ۱. پرسنل مربوطه به صورت مستمر آموزش های لازم را دریافت می کنند. ۲. کادر خدمات به صورت ثابت و دوره دیده مخصوص اتاق عمل می باشند. ۳. تعداد پرسنل به ازای هر ۳ اتاق عمل فعال یک نفر می باشد. ۴. کادر خدمات بجز در کارهای خدماتی در قسمتهای دیگر اتاق عمل به کار گرفته نمی شوند.	۴۵ نیروی خدماتی به تعداد کافی موجود است

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

۴۶	حضور شبانه روزی پزشک متخصص بیهوشی در اتاق عمل همزمان با بخش دیگر نباشد	۱	گام های اجرایی / توضیحات: کنترل برنامه سایر بخش های ویژه و پاراکلینیکی که متخصصین بیهوشی در آنها برنامه دارند.
۴۷	عدم اشتغال افراد فاقد صلاحیت حرفه ای یا مجوزهای قانونی (اعضای هیئت علمی دانشگاه ها، دستیاران تخصصی و...)	۱	گام های اجرایی / توضیحات: مشاهده و بررسی مستندات و مصاحبه
۴۸	ترالی احیا طبق استانداردهای ابلاغی وزارت موجود است و چک روزانه طبق چک لیست انجام می شود.	۵	گام های اجرایی / توضیحات: ۱. دستگاه الکتروشوک سالم و قابل شارژ یک عدد به ازای هر سه اتاق عمل ۲. چک لیست ترالی احیا طبق ویرایش هفتم و در هر شیفت چک شود. ۳. آگاهی کارکنان مرتبط با تجهیزات احیا ی بیمار
۴۹	ست های جراحی مورد نیاز (باتوجه به تخصص هر اتاق عمل) موجود باشد.	۴	گام های اجرایی / توضیحات: مشاهده و بررسی مستندات و مصاحبه
۵۰	وسایل حفاظت فردی (گان، ماسک، کلاه یکبار مصرف) و استریل موجود باشد.	۳	گام های اجرایی / توضیحات: مشاهده و بررسی مستندان و مصاحبه
۵۱	وجود خط قرمز - تعویض کفش یا کاور - جدا بودن مسیر انتقال وسایل تمیز و کثیف	۵	گام های اجرایی / توضیحات: مشاهده و بررسی مستندات و مصاحبه
۵۲	امکانات برای تجهیزات و لوازم استریل و غیراستریل به شکل جدا وجود دارد شامل ترالی های قابل شستشو با برچسب مشخص استریل و غیراستریل، مسیر ورود و خروج وسایل تداخل ندارند.	۳	گام های اجرایی / توضیحات: مشاهده و بررسی مستندات و مصاحبه
۵۳	ترخیص بیمار با شرایط ایمن از اتاق عمل (ریکاوری) و انتقال به بخش ها	۵	گام های اجرایی / توضیحات: ۱. تدوین دستور العمل شرایط ترخیص بیمار از ریکاوری ۲. ثبت زمان خروج بیمار از اتاق عمل به ریکاوری و بخش بستری ۳ تحویل مدارک - اوراق پاراکلینیک - نمونه ها - پرونده در حین تحویل بیمار به بخش ۴. مستند کردن تحویل مدارک و اوراق به بخش بستری
۵۴	ارتباط مناسب اتاق عمل با CSSD ، بخش های ویژه، آزمایشگاه و بخش های زایمان و	۳	گام های اجرایی / توضیحات: مشاهده و بررسی مستندات و مصاحبه
۵۵	بررسی امکانات ریکاوری	۵	گام های اجرایی / توضیحات: (وسایل مانیتورینگ به ازای تخت ریکاوری - DC شوک و ترالی احیا - اکسیژن - دستگاه بیهوشی - سیستم گرمایش و امکانات شستشوی دست)

		۵	گام های اجرایی / توضیحات: ۱- رعایت رضایت آگاهانه جراحی و بیهوشی برای اعمال جراحی الکتیو ۲- برگه رضایت آگاهانه جراحی و بیهوشی توسط افراد ذی صلاح اخذ و به صورت کامل موقع پذیرش در اتاق عمل در پرونده وجود دارد.	کنترل برگ رضایت آگاهانه جراحی و بیهوشی توسط پرستار پذیرش در اتاق عمل	۵۶
		۵	گام های اجرایی / توضیحات: به ازای هر تخت عمل ۱.۵ تخت ریکاوری با ملزومات لازم (مانیتورینگ- پتو- پایه سرم- دستگاه ساکشن)	استاندارد تخت های ریکاوری به تعداد اتاق های عمل رعایت شده است	۵۷
		۲	گام های اجرایی / توضیحات: مشاهده	عدم وجود آبراهه در کف	۵۸
		۴	گام های اجرایی / توضیحات: ۱. وجود مانیتورینگ دما و رطوبت در اتاق های عمل و ریکاوری و اتاق نگهداری ست های استریل ۲. مشاهده ثبت دما و رطوبت و انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم	رعایت دمای مطلوب ۱۵ الی ۲۵ درجه و رطوبت ۴۰ الی ۶۵ درصد	۵۹
		۳	گام های اجرایی / توضیحات: زمان انتظار بیمار از زمان ورود به اتاق پذیرش تا انتقال به اتاق پروسیجر و اقدامات اصلاحی انجام شده در موارد لزوم با توجه به امکانات موجود	شاخص مدت انتظار بیمار در اتاق عمل	۶۰
		۵	گام های اجرایی / توضیحات: بررسی تعداد و علت کنسلی بیماران و اقدامات اصلاحی انجام شده	شاخص تعداد عملهای کنسل شده با درج علت	۶۱
		۳	گام های اجرایی / توضیحات جهت شاخص ها : ۱. پایش و اندازه گیری ۲. تحلیل نتایج شاخص ۳. گزارش تحلیل نتایج در بازه زمانی معین و اخذ تصمیمات اصلاحی توسط تیم مدیریت اجرایی و نظارت بر اجرای اقدامات اصلاحی	شاخص مدت ناشتایی بیماران NPO	۶۲
		۳	گام های اجرایی / توضیحات جهت شاخص ها : ۱. پایش و اندازه گیری ۲. شناسنامه شاخص با مشارکت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار ۳. تحلیل نتایج شاخص با مشارکت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار ۴. گزارش تحلیل نتایج در بازه زمانی معین ۵. اخذ تصمیمات اصلاحی توسط تیم مدیریت اجرایی ۶. نظارت بر اجرای اقدامات اصلاحی توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	شاخص سوختگی بیماران با کوتر	۶۳
				امتیاز کل موارد ارزیابی	
				امتیاز اخذ شده از موارد قابل ارزیابی	



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			امتیاز موارد غیر قابل ارزیابی
			درصد امتیاز اخذ شده از موارد قابل ارزیابی به کل موارد ارزیابی
			تعداد اتاق عمل
			تعداد جراح
			تعداد متخصص بیهوشی.....
			تعداد اعمال جراحی روزانه ماهانه
			نام و نام خانوادگی پزشک مسئول اتاق عمل:
			نام و نام خانوادگی سرپرستار اتاق عمل :
			نام و نام خانوادگی ارزیاب کننده :
			امتیاز کل: امتیاز مکتسبه: درصد کل تحقق استاندارد:



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



اورژانس

اورژانس

محور ارزیابی	آیتم ارزیابی	روش ارزیابی	امتیاز (۰-۴)	امتیاز مکتسبه	توضیحات
میزان تحقق اهداف برنامه های عملیاتی و ممیزی شاخص های	بررسی نتایج تجزیه و تحلیل‌های شاخصهای ۵ گانه اورژانس و مستندات اقدامات اصلاحی و گام های اجرایی	بررسی مستندات	4		
	برگزاری کمیته های اورژانس بیمارستانی (ارتقاء و مرگ و میر اورژانس) (در فواصل زمانی معین اقدامات اصلاحی و برنامه بهبود و گام های اجرایی و در صد پیشرفت	بررسی مستندات	4		
آموزش و اطلاع رسانی	تعیین و ابلاغها حداقلهای محتویات آموزشی لازم جهت بیماران در بدو ورود به بخش اورژانس	بررسی مستندات	4		
	آموزش حین پذیرش و ترخیص ایمن بیماران (Smart) همراه با ارائه آموزش های پزشک و پرستار در زمینه روند پی گیری و شرایط و مهم برای مراجعه مجدد به اورژانس طبق خط مشی مربوطه.	بررسی مستندات	4		
	آموزش کارکنان مرتبط در خصوص شناسایی بیماران سگته حاد قلبی و مغزی (خدمات ؛ نگیهان؛ پذیرش ؛ تصویر برداری)	بررسی مستندات	4		
	حداقل مهارتهای کارکنان پرستاری جدید الورد به بخش اورژانس ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی	بررسی مستندات و مشاهده	4		
	مستندات گذراندن دوره های آموزشی برای پرستاران تریاژ و سایر پرستاران اورژانس	بررسی مستندات	4		
	فضای فیزیکی بخش اورژانس (وجود رمپ با شیب استاندارد در مسیر ورودی به اورژانس جهت بیماران ناتوان و معلول ؛ واحد تریاژ ؛ اطاق گچ گیری - اطاق تمیز و کثیف - اطاق گچ گیری ؛ آلودگی زدایی ؛ انبار ؛ واحد سرپایی ؛ تی شویی ؛ ایزوله و مسقف بودن ورودی و مسیر انتقال بیماران اورژانسی)	بررسی مستندات و مشاهده	4		
	استاندارد فضای واحد تریاژ (اولین فضای برخورد - تجهیزات لازم - حفظ حریم بیمار - پرستار با تجربه - اشراف کامل به ورودی و لابی بخش - زنگ احضار - درب اضطراری و..)	بررسی مستندات و مشاهده	4		
فضای فیزیکی بخش اورژانس	دسترسی سریع و آسان واحد تریاژ به ورودی بیماران ؛ ورودی آمبولانس و همچنین اطاق احیاء و مستقل و مسقف بودن ورودی بخش اورژانس	بررسی مستندات و مشاهده	4		
	وجود واحد پذیرش و صندوق مالی در بخش اورژانس و عدم اعزام بیمار / همراه به ساختمان های مجاور و دور دست		4		
	تفکیک ورودی بیماران به بخش اورژانس (سرپایی - بستری) - تسلط دید محل ایستگاه پرستاری بر تخت های اورژانس		4		
	دسترسی ایمن و آسان بیماران به واحد های آزمایشگاه ؛ تصویر برداری ؛ داروخانه و	بررسی مستندات و مشاهده	4		

واحد تریاژ	استاندارد فرایند واحد تریاژ (تکمیل فرم تریاژ برای کلیه سطوح - وجود فرایند تریاژ مجدد - ثبت تعیین سطح - تطبیق عملکرد پرستار با سطوح بیماران)	بررسی مستندات و مشاهده	4
	مطابق بودن سطح تریاژ با روند تعیین تکلیف بیمار	بررسی مستندات و مشاهده	4
	پیش بینی ساز و کار هدایت بیمار از درب ورودی اورژانس به تریاژ انجام گرفته است؟ (برانکار؛ ویلچر و بیماربر و ...)	مشاهده	4
	فاصله زمان تریاژ با زمان اولین ارزیابی پزشک، براساس محدوده های اعلامی سطح بیماران است.	مشاهده	4
	تفکیک فضای فیزیکی واحد تریاژ بیماران تنفسی از واحد تریاژ بیماران غیر تنفسی و مسیر انتقال بیماران تنفسی تا بخش بستری (مسیر خاکستری) - وجود شرایط لازم جهت ایجاد تریاژ دو لایه	مشاهده	4
	راه اندازی سامانه الکترونیکی تریاژ	مشاهده	4
رضایتمندی گیرندگان خدمت و پرسنل	کارایی حفاظت فیزیکی در مدیریت امنیت و اسایش بیماران و کارکنان اورژانس - کارایی پرسنل نگهدارنده	بررسی مستندات	4
	بهبود روند رضایتمندی بیماران و کارکنان و پزشکان در بخش اورژانس	بررسی مستندات و مصاحبه	4
	نصب الگوریتم فرایند رسیدگی به شکایات در واحد اورژانس و وجود مستندات رسیدگی به شکایات	بررسی مستندات و مشاهده	4
	وجود امکانات رفاهی؛ آراستگی؛ نظافت بخش اورژانس	مشاهده	4
	نصب منشور حقوقی بیمار در ورودی اصلی اورژانس	مشاهده	4
ترالی و تیم احیاء	داروها و تجهیزات ترالی احیاء طبق دستورالعمل کامل باشد. دسترسی فوری و بدون مانع در کمتر از یک دقیقه؛ چیدمان دارو و تجهیزات مطابق آخرین دستورالعمل ابلاغی؛ به روز رسانی مستمر ترالی احیاء توسط پرستار مسئول در هر نوبت کاری)	بررسی مستندات و مشاهده	4
	وجود برنامه گروه احیاء و وسایل ارتباط جمعی احضار و اعلام کد احیاء در تمام ساعات شبانه روز و مشخص شدن سرپرست تیم طبق دستورالعمل مربوطه؛ تکمیل فرم احیاء؛ شرح وظایف اعضای تیم؛ و حضور کمتر از ۲ دقیقه در محل.	بررسی مستندات و مشاهده	4
دستورالعمل ها و خط مشی ها	تدوین خط مشی و روش "دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری" و "نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران"	بررسی مستندات و مشاهده	4
	تدوین دستورالعمل "نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان" با رعایت اصول ایمنی	بررسی مستندات و مشاهده	4
	اجرای فرایند دستورالعمل اعزام (اعزام با دستور پزشک؛ هماهنگی مرکز رصد سلامت؛ تکمیل برگه اعزام؛ پایدار کردن بیمار قبل از اعزام؛ توضیح در خصوص علت اعزام و میزان تعرفه ها و ..)	بررسی مستندات	4
	استفاده از یک روبه پذیرش و تحویل مطمئن؛ اثر بخش؛ ایمن بیماران بین تیمهای درمانی (SBAR) در شیفت های مختلف؛ انتقال موقت و	بررسی مستندات	4

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			دائم بیمار طبق دستورالعمل و خط مشی مراقبت های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران (حاد)	
	4	بررسی مستندات	کنترل فاصله زمانی درخواست خدمات پاراکلینیک توسط پزشک تا دریافت جواب و مقایسه با محدوده زمانی تعیین شده واحد مربوطه	خدمات پاراکلینیک
	4	بررسی مستندات	خدمات پاراکلینیک بصورت شبانه روزی در اورژانس ارائه می گردد و استفاده از ظرفیت های سایر مراکز در صورتیکه به هر علت ارائه خدمات عنوان شده در فهرست مصوب کمیته اورژانس؛ بطور موقت مقدور نباشد.	
	4	بررسی مستندات و مشاهده	وجود لیست مقادیر طبیعی و بحرانی آزمایشات؛ زمانبندی و جوابدهی؛ کانال ارتباطی یکطرفه، مستندات اعلام و ثبت مقادیر بحرانی و جدول مدت پایداری انواع نمونه های آزمایشگاهی.	
	4	بررسی مستندات و مشاهده	رعایت استانداردهای نحوه نشانه گذاری و رنگ بندی کپسول انواع گازهای طبی مطابق ضوابط مربوط	تجهیزات پزشکی
	4	بررسی مستندات و مشاهده	تجهیزات و داروهای داخل آمبولانس کامل، دارای لیست با ذکر تعداد و تاریخ انقضا می باشد	
	4	بررسی مستندات و مشاهده	کیفیت تعداد؛ صحت کار کرد؛ کالیبرسیون و آماده بکار بودن و وجود راهنمای نگهداری و کاربردی تجهیزات پزشکی به زبان ساده - وجود تجهیزات پشتیبان	
	4	بررسی مستندات و مشاهده	ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده در ترالی بخش اورژانس موجود بوده و وسایل حفاظت فردی و امکانات شستشو ضد عفونی دستها در دسترس می باشد.	کنترل عفونت و پیشگیری و
	4	بررسی مستندات	انجام ارزیابی مجدد بیماران تحت نظر جهت دریافت خدمات درمانی در فواصل زمانی مشخص	ایمنی بیمار
	4	مشاهده	وجود لیست اقدامات تهاجمی در واحد واخذ رضایت آگاهانه	
	4	بررسی مستندات و مصاحبه	داروهای مخدر در بخش به صورت حفاظت شده نگهداری و بر اساس تجویز پزشک معالج به صورت ایمن مصرف می شوند	
	4	بررسی مستندات و مشاهده	نتایج موقه بررسی های پاراکلینیک، پس از ترخیص به بیمار اطلاع رسانی می شود	
	4	بررسی مستندات و مشاهده	اجرای صحیح روند ثبت ترخیص با رضایت شخصی و ثبت دقیق علت هر یک از موارد	
	4	بررسی مستندات و مشاهده	احراز هویت بیمار (دستبند شناسایی، کد بندی رنگی، وجود حداقل دو شناسه در واحد پذیرش) و آگاهی کارکنان از نحوه شناسایی بیمار در زمان ارائه خدمات	پرونده بیمار بخش اورژانس
	4	بررسی مستندات و مشاهده	در پرونده اورژانس مشخصات بیمار، برگه رضایت؛ شرح حال؛ اقدامات پزشکی و پرستاری، تصویر برداری و خلاصه پرونده و...ویک شماره اختصاصی پرونده داده شده و از نظر دسترسی وسایل مقررات با پروندهای بستری انطباق دارند	
	4	مشاهده	ثبت فرم های رجیستری بیماران ترافیکی در برگه های مربوطه	

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		4	بررسی مستندات و مشاهده	کنترل ثبت و اجرای دستورات پزشکی و فاصله زمانی آن و رعایت دستورالعمل گزارش نویسی در ثبت گزارشات پرستاری در پرونده
		4	بررسی مستندات و مشاهده	ثبت اولین ارزیابی وضعیت هوشیاری، سلامت روحی و جسمی بیمار در گزارش پرستاری
		4	بررسی مستندات و مشاهده	ثبت ساعت و تاریخ اطلاع نتایج اقدامات تشخیصی به پزشک
		4	بررسی مستندات و مشاهده	کنترل زمان تعیین تکلیف کمتر از شش ساعت از زمان تریاژ
		4	بررسی مستندات و مشاهده	کنترل فاصله زمانی درخواست مشاوره های سرویس های دیگر یا آنکال و زمان انجام با توجه به اورژانسی و غیر اورژانس بودن مشاوره های درخواستی (اطلاع به پزشک معالج؛ تایید دستورات توسط پزشک معالج؛ حضور فیزیکی بر بالین بیمار)
		4	بررسی مستندات و مشاهده	مستندات ثبت تلفیق دارویی در واحد اورژانس
		4	بررسی مستندات و مشاهده	حضور مستمر پرستاران بر بالین و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط گروه پرستاری مسئول
		4	بررسی مستندات	نشانه گذاری داروهای پرخطر با لیبل قرمز و داروهای مشابه بالیبل زرد و دور از دسترس بودن داروهای با هشدار بالا
		4	بررسی مستندات و مشاهده	تدوین و ابلاغ لیست محدوده های زمانی جهت انجام ارزیابی اولیه بیمار توسط پزشکان و پرستاران بخش اورژانس
		4	بررسی مستندات و مشاهده	رعایت پوشش کارکنان مختلف به تفکیک مشاغل به همراه کارت شناسایی استاندارد
		4	مشاهده	وجود برنامه حضور پزشک مقیم بصورت ۲۴ ساعته و تمام روزهای هفته (تعطیل و غیر تعطیل) و بیزیت تمامی بیماران مراجعه کننده با اولویت سطوح تریاژ ۱ و ۲ در حداقل زمان
		4	مشاهده	ویزیت بیماران سطح ۱ و ۲ و ۳ در بخش اورژانس در بیمارستان های آموزشی و درمانی بایستی توسط پزشک متخصص یا حداقل دستیاران ارشد تحت نظارت اساتید انجام گیرد.
		4	بررسی مستندات و مشاهده	وجود مسئول مدیریت تخت های بستری (شرح وظایف و ابلاغ) با اولویت بستری نمودن بیماران حاد و اورژانس و مشارکت فعال و موثر سوپروایزرین و مسئولین بخش های بستری با مدیر تخت
		4	بررسی مستندات و مشاهده	عدم بستری بیماران الکتیو و غیر اورژانسی اعم از معرفی بیمار از مطب پزشکان و سایر شیوه ها در بخش اورژانس
		4	بررسی مستندات و مشاهده	بررسی مستندات ارائه خدمات سلامت مناسب به بیماران بدون توجه به تامین هزینه مراقبت
		4	بررسی مستندات و مشاهده	عدم ارجاع بیمار توسط پرستار تریاژ قبل از معاینه کامل بیمار توسط پزشک بخش اورژانس

خدمات درمانی بخش اورژانس



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		4	بررسی مستندات و مشاهده	عدم دسترسی پرسنل به مهر پزشک متخصص در واحد اورژانس
		4	بررسی مستندات	تاسیسات سرمایشی ، گرمایشی بخش اورژانس
		4	بررسی مستندات و مشاهده	مشخص کردن مسئول شیفت اورژانس (سرپرستار، سوپروایزر یا پرستار مسئول) در برنامه بخش و بررسی چینش نیروی انسانی در اورژانس (حجم کار - نیروی انسانی رده های مختلف) و حضور پرستار طرحی در بخش اورژانس
		4	بررسی مستندات و مشاهده	وجود خطوط و تابلوهای راهنمای مشخص برای هدایت بیماران
		4	بررسی مستندات و مشاهده	نصب الگوریتم آخرین دستورالعمل احیای قلبی و ریوی در بخش اورژانس
		4	مشاهده	عدم تردد غیر ضروری در بخش اورژانس - بدون مانع و شلوغی و ازدحام - وجود مسیر اختصاصی جهت انتقال بیماران بستری
		4	بررسی مستندات و مشاهده	فعال بودن سیستم فراخوان / ارتباط با پرستار
		272	امتیاز / امتیاز مکتسبه:	جمع
			درصد امتیاز مکتسبه:	

توصیه ها:



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



مدیریت پرستاری



چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

مدیریت پرستاری

عنوان محور	ردیف	موارد مورد ارزیابی	روش ارزیابی	حداکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات عدم انطباق
برنامه ریزی	۱	<p>برنامه های عملیاتی در دوحیطه بالینی و مدیریتی براساس برنامه استراتژیک بیمارستان تدوین شده ، پایش و مدیریت می شوند . (به طور مثال : برنامه عملیاتی جهت کنترل و نظارت بر عملکرد مطلوب کارکنان پرستاری و مامایی ، مدیریت منابع انسانی ، آموزش کارکنان و آموزش به بیمار / خانواده و.....)</p>	مصاحبه و بررسی مستندات	5		
	<p>۱. تدوین برنامه عملیاتی در راستای اهداف تعریف شده در سند استراتژیک به طور سالیانه (۱) ۲. تعیین فعالیتهای لازم برای دستیابی به اهداف اختصاصی ، عملیاتی و عینی (۵/۱) ۳. مشخص نمودن مسئول اجرا و دوره زمانی اجرای هر فعالیت، تعیین منابع (شامل منابع مالی، انسانی، اطلاعاتی و یا فیزیکی) مورد نیاز برای هر فعالیت (۱) ۴. مشخص نمودن نحوه پایش اجرای هر فعالیت و پایش اجرایی شدن آنها و تعیین مسئول برای هر برنامه عملیاتی (۵/۰) ۵. تدوین حداقل یک شاخص دستیابی به هدف و شاخص پیشرفت فیزیکی برای هر برنامه و اندازه گیری آنها در بازه های زمانی مشخص (۵/۱) ۶. به روز رسانی برنامه های عملیاتی بر اساس نتایج پایش و اندازه گیری شاخصهای مربوط (۵/۰)</p>					
مهارت سنجی و بکارگیری نیروی انسانی	2	<p>توزیع و چینش کارکنان گروه پرستاری و مامایی با استفاده از روشهای علمی برآورد کمی و کیفی صورت می پذیرد .</p>	مصاحبه و بررسی مستندات	5		
	<p>۱. برآورد کمی منابع انسانی گروه پرستاری و مامایی مورد نیاز هر یک از بخشهای تشخیصی و درمانی براساس معیارهای معین توسط سرپرستاران (۱) ۲. برآورد کیفی منابع انسانی گروه پرستاری و مامایی مورد نیاز هر یک از بخشهای تشخیصی و درمانی براساس معیارهای معین توسط سرپرستاران (۱) ۳. گزارش برآورد کمی و کیفی منابع انسانی گروه پرستاری مورد نیاز به مدیریت پرستاری توسط سرپرستاران هر یک از بخشها (۵/۰) ۴. جمع بندی منابع انسانی گروه پرستاری مورد نیاز هر یک از بخشهای تشخیصی و درمانی توسط مدیر پرستاری (۱) ۵. توزیع متوازن گروه پرستاری و مامایی در بخشهای مختلف بر اساس جمع بندی منابع انسانی پرستاری مورد نیاز هر یک از بخشها توسط مدیریت پرستاری (۷۵/۰) ۶. تخصیص و چینش نیروهای موجود بخشها در هر نوبت کاری ، متناسب با برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی، حجم کاری و ویژگیهای افراد موجود در بیمارستان انجام می شود . (۷۵/۰)</p>					
	3	<p>مدیر پرستاری صلاحیت نیروهای جدیدالورود را بررسی و در صورت تایید نسبت به کارگیری و چینش آنها در بخشهای بالینی اقدام می نماید .</p>	مصاحبه و بررسی مستندات	6		

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

					<p>۱. تعیین حداقل مهارت های عمومی بالینی ، تخصصی و ارتباطی کارکنان پرستاری و مامایی توسط مدیرپرستاری با مشارکت سوپروایزر آموزشی ، بالینی ، سرپرستار و پرستاران خبره ، طراحی چک لیست های مربوطه و ابلاغ به بخشها (۱)</p> <p>۲. ارزیابی مهارتهای عمومی بالینی ، تخصصی و ارتباطی کارکنان پرستاری و مامایی ، تکمیل چک لیست مربوطه توسط سرپرستار/ کارشناس خبره تحت نظارت سوپروایزر آموزشی (۵/۱)</p> <p>۳. تعیین نقاط قابل بهبود کادر جدیدالورود بعد از انجام ارزیابی و تنظیم و اجرای برنامه آموزشی مرتبط با هماهنگی سوپروایزر آموزشی</p> <p>وسرپرستار بخش (۵/۱)</p> <p>۴. استفاده خدمتی از کادر جدیدالورود در بخش ها بعد از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل بعد از تایید مدیر پرستاری (۲) (در صورت عدم احراز مواردی از مهارتهای مورد نیاز بخش ، لازم است ضمن بکارگیری محدود ، برنامه آموزشی مرتبط با هماهنگی سوپروایزر آموزشی تنظیم و اجرا شود ونیروها می بایست بعد از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل بکارگیری شوند)</p>	
	4	5	مصاحبه و بررسی مستندات	شيوه های اجرائی و نحوه چیدمان کارکنان پرستاری، مانع مراقبتهای مستقیم پرستاری نمیشوند .	ساماندهی	
	<p>۱. ارائه مراقبتهای پرستاری به شیوه های بیمار محور از قبیل مراقبت موردی (۵/۰)</p> <p>۲. نظارت بر حضور مستمر پرستاران بر بالین توسط تیم مدیریت پرستاری (۰ /۵)</p> <p>۳. شناسایی اقدامات، فرایندها و امورات غیر مرتبط و مانع مراقبت مستقیم توسط مدیریت پرستاری از جمله مستندسازی های مازاد یا انجام امور غیر مرتبط (۱ /۵)</p> <p>۴. گزارش اقدامات، فرایندها و امور غیر مرتبط شناسایی شده توسط مدیریت پرستاری به تیم رهبری و مدیریت جهت تعیین تکلیف و بازنگری آنها (۵/۰)</p> <p>۵. برنامه ریزی جهت حذف مستندسازی های مازاد با رعایت ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت (۱)</p> <p>۶. ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه بهبود مراقبتهای مستقیم پرستاری (۵/۰)</p> <p>۷. ارائه مراقبتهای مستقیم پرستاری در سطح انتظار و استانداردهای مربوط (۵/۰)</p>					
	5	4	مصاحبه و بررسی مستندات	ارزیابی عملکرد سرپرستاران و سوپروایزران تحت نظر را (طبق حدود انتظارات رده های مختلف) به طور مستمر انجام می دهد .	نظارت و کنترل	
	<p>۱. وجود فرآیند مشخص جهت ارزیابی عملکرد کادر پرستاری (نحوه بررسی ومعیارهای آن مشخص شده است) (۱)</p> <p>۲. وجود چک لیست تکمیل شده (۱)</p> <p>۳. تجزیه وتحلیل نتایج ارزیابی عملکرد(نتایج حاصل از ارزیابی به امضای ارزیابی شونده رسیده ودر خصوص ارتقای نقاط قابل بهبود تصمیم گیری شده است) (۱)</p> <p>۴. ارزیابی مستمر حداقل هر سه ماه یکبار (۱)</p>					
	6	7	مصاحبه و بررسی مستندات	مدیریت پرستاری بر روند مراقبت و درمان نظارت موثر می نماید .		
	<p>۱. بررسی گزارشهای بیست و چهار ساعته سوپروایزرها توسط مدیر پرستاری و در صورت لزوم اقدام یا پیشنهاد اقدام اصلاحی(۵/۰)</p> <p>۲. ارائه گزارش مشکلات/ پیشنهاد اقدام اصلاحی به مدیران ذیربط و پیگیری رفع آن (۵/۰)</p>					

۳. تعیین حداقلهای مورد انتظار در برنامه ریزی نظارت بر نحوه مراقبتهای پرستاری (۵/۰)
 ۴. تهیه ابزار نظارت و تعیین نحوه ارزیابی و نحوه تهیه گزارش نظارت (۵/۰)
 ۵. تعیین و اولویت بندی فرایندها، برنامه ها و اقدامات نیازمند به نظارت و بازدید مستمر (۵/۰)
 ۶. تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح و ابعاد نظارتی (۵/۰)
 ۷. برنامه زمان بندی ارزیابی برای هر یک از مسئولان نظارت (۵/۰)
 ۸. اجرای نظارت با شیوه ارزیابی همه جانبه و در تمام سطوح مدیریتی و عملیاتی مراقبتهای پرستاری (۵/۰)
 ۹. طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود بر اساس نتایج نظارتها (۵/۰)
 ۱۰. کسب اطمینان از اثر بخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه های بهبود اجرا شده در بهبود روند مراقبتهای پرستاری و ایمنی بیماران (۵/۰)
 ۱۱. در صورت لزوم بازنگری/ بهبود روشهای ارزیابی بر اساس سنجش اثر بخشی نظارت در بهبود کیفیت مراقبتهای پرستاری و ایمنی بیماران جهت کسب اطمینان از ارائه مطلوب خدمات (۵/۰)
 ۱۲. انجام نظارتهای مدون، تیم مدیریت پرستاری در چارچوب زمانبندی معین در قالب بازدیدهای مقطعی و سرزده در تمام ساعات شبانه روز توسط تیم مذکور (۵/۰)
 ۱۳. مدیریت پرستاری بر روند اعزام و ارجاع بیماران برابر ضوابط مربوط و رعایت اصول ایمنی بیمار نظارت می نماید (۵/۰)
 ۱۴. مدیرپرستاری بر نحوه تکمیل پرونده های پزشکی درحین بستری نظارت کرده و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی موثر بعمل می آورد. (۵/۰)

آموزش و توانمند سازی کارکنان	7	سیاستهای آموزشی کادرپرستاری و مامایی توسط مجموعه مدیریت پرستاری تدوین و بعد از تایید تیم مدیریت و رهبری به بخشها ابلاغ شده است	3	مصاحبه و بررسی مستندات
	<p>۱. تدوین سیاستهای آموزشی گروه پرستاری (تعیین گروه های هدف و اولویتهای آموزشی گروه های فوق ، مجری و شیوه های اجرای برنامه های آموزشی، نحوه نیاز سنجی آموزشی ، نحوه تامین منابع مورد نیاز و نحوه نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی مد نظر قرار گیرد) (۲) ۲. اطلاع رسانی سیاستهای آموزشی به بخشها و واحدها (۵/۰) ۳. آگاهی کارکنان گروه پرستاری از سیاستهای آموزشی (۵/۰)</p>			
آموزش و توانمند سازی کارکنان	8	برنامه ریزی آموزشی کارکنان پرستاری و مامایی در چارچوب سیاستهای آموزشی مدیریت پرستاری و در راستای ایمنی بیمار برنامه ریزی و اجرا میشوند .	3	مصاحبه و بررسی مستندات
	<p>۱. نیازسنجی آموزشی دوره ای کارکنان گروه پرستاری (نیازسنجی بر مبنای PDP ، شرح وظایف ، ارزیابی عملکرد کارکنان ، شیوع بیماریهای بازپدید و نوپدید و نیازهای آتی مرکز و.....) (۱) ۲. اولویت بندی نیازهای آموزشی تعیین شده (۵/۰) ۳. اجرای برنامه های آموزشی بر اساس اولویت بندی انجام شده (۱) ۴. نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی (۵/۰)</p>			
آموزش و توانمند سازی کارکنان	9	سوپروایزر آموزشی بر بخشهای بالینی نظارت دارد .	5	مصاحبه و بررسی مستندات

<p>۱. وجود برنامه اختصاصی سوپروایزر آموزشی جهت نظارت بر بخشهای بالینی (۱)</p> <p>۲. نظارت مستمر سوپروایزر آموزشی از طریق بازدیدهای سرزده از بخشها در ایام تعطیل و غیرتعطیل و شیفتهای غیر متعارف (۱)</p> <p>۳. وجود چک لیست تکمیل شده و تجزیه و تحلیل چک لیستها (۱)</p> <p>۴. اجرای اقدام اصلاحی مطابق با نتایج نظارت (۱)</p> <p>۵. سنجش اثربخشی مداخلات اصلاحی (۱)</p>			
10	اثربخشی برنامه های آموزشی در حیطه آگاهی و مهارت ، ارزیابی و بر اساس نتایج آن اقدامات اصلاحی مؤثر برنامه ریزی و اجرا میشوند .	مصاحبه و بررسی مستندات	4
<p>۱. تعیین شاخصهای اثربخشی آموزشی بر مبنای اهداف آموزشی در حیطه های دانشی ، مهارتی و ارزیابی نتایج عملکردی (۱)</p> <p>۲. ارزیابی دوره های آموزشی در حیطه دانش با انجام پیش آزمون و پس آزمون (۱)</p> <p>۳. ارزیابی دوره های آموزشی در حیطه مهارت با بررسی مهارت های عملی آموخته شده (۱)</p> <p>۴. بهبود اولویت بندی و کیفیت که معمولا نتایج عملکردی ارزیابی میشود مثال : درصد احیای قلبی - ریوی موفق (۱)</p> <p>توضیحات : در صورت عدم تحقق نتایج مورد انتظار در بهبود شاخصهای اثربخشی دوره های آموزشی در هر یک از حیطه های شناخت لازم است نسبت به تکرار یا تکمیل برنامه های آموزشی اقدام شود . مفهوم آموزش الزاما معادل یادگیری نیست، در واقع تغییر رفتار پس از آموزش اثربخش، یادگیری تلقی میشود. تغییر رفتار بایستی در سه حیطه شناخت دانشی، مهارتی و نگرشی رخ بدهد تا منجر به یادگیری پایدار بشود . آگاهی قبل و بعد آموزش، اثرات تاخیری آموزش، تغییر رفتار، تغییر عملکرد و بهبود نتیجه کامل ترین ابعاد اثربخشی آموزشی است .</p>			
11	سوپروایزر آموزشی در انجام طرح های پژوهشی مشارکت و همکاری فعال دارد .	مصاحبه و بررسی مستندات	2
12	بررسی ، تجزیه و تحلیل و ارسال شاخص های ملی کیفیت مراقبت پرستاری در بالین انجام می شود .	بررسی مستندات	5
<p>۱. محاسبه و پایش صحیح شاخص های ملی براساس راهنمای تکمیلی ابلاغی (۱)</p> <p>۲. تجزیه و تحلیل وضعیت موجود شاخص های ملی پرستاری با تشکیل جلسه توسط تیم مدیریت اجرایی و با مشارکت صاحبان فرآیند</p> <p>و تهیه وتنظیم برنامه عملیاتی جهت اصلاح موارد قابل بهبود (۱)</p> <p>۳. ارسال به موقع فایل اکسل شاخص ها به مدیریت پرستاری دانشگاه (سه ماهه اول : سوم تیر ماه - سه ماهه دوم : سوم مهر ماه - سه ماهه سوم : سوم آذر ماه - سه ماهه چهارم : هفتم فروردین سال بعد) (۵/۰)</p> <p>۴. ارسال به موقع تجزیه و تحلیل شاخص های ملی براساس فایل اکسل ابلاغی به مدیریت پرستاری دانشگاه طبق نامه به شماره ۵/۹۲۱۰۰ - ۱۳۹۸/۰۵/۳۱ ۳۱ - (۵/۰)</p> <p>(سه ماهه اول : دهم تیر ماه - سه ماهه دوم : دهم مهر ماه - سه ماهه سوم : دهم آذر ماه - سه ماهه چهارم : هفدهم فروردین سال بعد)</p>			
جمع کل امتیاز		۵۴	
جمع کل امتیاز مکنسبه			
درصد تحقق ورعایت استانداردها			



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



مراقبت پرستاری



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

مراقبت پرستاری

ردیف	حیطه	مورد ارزیابی	روش ارزیابی	امتیاز مکتسبه	حداکثر امتیاز	توضیحات عدم انطباق
1	مدیریت بخش (کنترل، نظارت، ارزیابی و ...)	کارکنان بیمارستان از کارت شناسایی خوانا ، یونیفرم استاندارد و کفش جلو بسته استفاده می کنند.	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات		0-3	
2		سرپرستار از نحوه برآورد نیرو آگاهی داشته و اصول برنامه نویسی بر اساس تخصیص و چینش نیروهای موجود در بخش در هر نوبت کاری متناسب با حجم کار، ویژگیهای افراد و برآورد کمی و کیفی نیرو انجام می شود.	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات		0-5	
3		تقسیم متوازن بیماران بین پرسنل پرستاری در هر شیفت بر اساس case methode و سطوح مراقبتی در دفتر گزارش بخش ثبت شده است.	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات		0-3	
4		ارزیابی مداوم عملکرد پرسنل توسط سرپرستار هر ۳ ماه یکبار صورت گرفته، اقدامات اصلاحی و پس خوراند داده شده است.	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات		0-5	
5		فرآیند شروع بکار پرسنل جدیدالورود طبق سنجه های اعتباربخشی اجراء می شود. ۱- تعیین حداقل مهارت های عمومی بالینی، تخصصی و ارتباطی کارکنان پرستاری و مامایی توسط مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزرین آموزشی، بالینی، سرپرستاران و پرستاران خبره، طراحی چک لیست های مربوطه و ابلاغ به بخشها ۲. ارزیابی مهارتهای عمومی بالینی ، تخصصی و ارتباطی کارکنان پرستاری و مامایی ، تکمیل چک لیست مربوطه توسط سرپرستار/ کارشناس خبره تحت نظارت سوپروایزر آموزشی ۳ . تعیین نقاط قابل بهبود کادر جدیدالورود بعد از انجام ارزیابی و تنظیم و اجرای برنامه آموزشی مرتبط با هماهنگی سوپروایزر آموزشی و سرپرستاربخش ۴. استفاده خدمتی از کادر جدیدالورود در بخش ها بعد از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل بعد از تایید مدیرپرستاری (در صورت عدم احراز مواردی از مهارتهای مورد نیاز بخش، لازم است ضمن بکارگیری محدود، برنامه آموزشی مرتبط با هماهنگی سوپروایزر آموزشی تنظیم و اجرا شود و نیروها می بایست بعد از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل بکارگیری شوند)	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات		0-5	
6		کادر گروه پرستاری و مامایی از فرآیندهای ذیل آگاهی داشته و از روند جاری فرآیندهای فوق رضایت دارند.	مشاهده/ مصاحبه/		0-3	



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		بررسی مستندات	<p>۱- سیستم تشویق ، تنبیه و ارزشیابی</p> <p>۲. نحوه نظارت توسط سرپرستار / سوپروایزر/ مسئول شیفت</p> <p>۳. امکانات رفاهی بخش و بیمارستان</p> <p>۴. فعالیتهای آموزشی (شرکت در کلاسهای آموزشی ، اثربخشی مطالب ارائه شده در کلاسها)</p>		
	0-5	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	<p>قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی و درمانی، شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه و توجه نمودن به رنگ دستبند به صورت فعال انجام می شود.</p> <p>۱- تهیه دستبند شناسایی در پذیرش</p> <p>۲. الصاق دستبند شناسایی به دست بیمار در محل پذیرش و تأیید صلاحیت مندرجات آن توسط بیمار/ خانواده</p> <p>۳. آموزش بیمار در بدو ورود به بخش در خصوص نگهداری و نحوه و علت استفاده از دستبند شناسایی</p> <p>۴. انجام شناسایی ایمن بیماران به صورت فعال</p> <p>۵. الصاق دستبند شناسایی برای کلیه بیماران بستری شامل بیماران بستری بخش</p> <p>۶. رعایت سیستم کدبندی رنگی دستبند شناسایی</p> <p>۷. چک مستقل دوگانه هویت بیمار در پروسیجرهای پر خطر</p> <p>۸. آگاهی بیماران/خانواده آنان نسبت به اهمیت و نحوه استفاده از دستبند</p> <p>۹. شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح به عنوان مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت برای تمامی بیماران طبق دستورالعمل ابلاغی</p>	۱	بیمار محوری و ایمنی بیمار
	0-5	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	<p>در مواردی که پرستار مسئول حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می نماید تعیین پرستار جانشین الزامی می باشد.</p> <p>فرآیند تحویل بیماران از طرف پرستار ترک کننده شیفت به پرستار جانشین قبل از ترک محل کار بایستی به روش SBAR</p>	۲	
	0-5	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	<p>آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن، برنامه ریزی و بر اساس آن عمل میشود.</p> <p>۱. شناسایی و تدوین فهرست اقدامات تهاجمی قابل انجام در بخشهای مختلف بیمارستان تحت نظارت مسئول فنی و مدیر خدمات پرستاری</p> <p>۲. آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی و مراقبت و پایش مستمر و ایمن بیماران حین و پس از مداخلات تهاجمی</p>	۳	
	0-5	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	<p>تزریق خون و فرآورده های خونی با شیوه ایمن و رعایت ضوابط شناسایی صحیح بیمار و تحت مراقبتهای مستمر انجام میشود.</p>	۴	
	0-5	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	<p>مهار شیمیایی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام میشود.</p>	۵	

		بررسی مستندات	<p>۱- تدوین خط مشی و روش مهار شیمیایی با مشارکت همه صاحبان فرایند</p> <p>۲. آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش مهار شیمیایی</p> <p>۳. رعایت دقیق الزامات خط مشی و روش مهار شیمیایی</p>	
	0-5	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	<p>مهار فیزیکی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام میشود.</p> <p>۱- تدوین خط مشی و روش مهار فیزیکی با مشارکت همه صاحبان فرایند</p> <p>۲. آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش مهار فیزیکی</p> <p>۳. رعایت دقیق الزامات خط مشی و روش مهار فیزیکی</p> <p>۴. استفاده از کمر بند محافظ برای برانکارد و ویلچر حین انتقال بیمار</p>	۶
	0-5	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	<p>بیماران پرخطر شناسایی شده و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه میشود.</p> <p>۱- مشخص بودن فهرست بیماران پرخطر در هر بخش با میزان ریسک ارزیابی شده توسط ابزار مربوطه در ارزیابی اولیه</p> <p>۲. آشنایی کادر بالینی با مقولات مربوط به ایمنی بیمار و ریسکهای متوجه بیمار و اقدام متناسب بر اساس آنها (موارد ۲۸ گانه ایمنی بیمار)</p> <p>۳. استفاده از دستبند زرد برای بیماران پرخطر در کلیه بخشها</p> <p>۴. مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر سقوط، زخم فشاری، ترومبوز وریدهای عمقی، خطر خودکشی، بیماران پلی فارمسی (چند دارویی)، سوء تغذیه و در سایر بیماران در معرض خطر</p> <p>۵. آموزش لازم اثربخش به بیماران برای پیشگیری از بروز وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار ناشی از خطرات مورد اشاره</p>	۷
	0-5	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	<p>درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن مدیریت میشود.</p> <p>۱- آگاهی کادر درمانی از دستورالعمل تسکین درد (دستورالعمل شماره ۴۰۰/۱۲۸۴۳ مورخ ۴/۲۷/معاونت درمان وزارت متبوع ۱۳۹۵ با موضوع دستورالعمل)</p> <p>۲. اقدام مطابق دستورالعمل تسکین درد</p> <p>۳- مدیریت درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن</p>	۸
	0-5	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	<p>داروهای مخدر در بخش به صورت حفاظت شده نگهداری و بر اساس تجویز پزشک معالج به صورت ایمن مصرف میشوند.</p> <p>۱- مدیریت دسترسی به داروهای مخدر به صورت تعریف شده و حفاظت شده</p> <p>۲. میزان آگاهی کادر بالینی در ارتباط با تجویز ایمن داروهای مخدر</p> <p>۳. تفکیک محل فیزیکی انبارش داروهای مخدر با غلظت های مختلف به صورت حفاظت شده</p> <p>۴. تزریق داروهای نارکوتیک و با غلظت بالا بر اساس راهنمای بالینی مصوب بیمارستان</p>	۹
	0-5	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	<p>داروهای با هشدار بالا با تمهیدات ویژه و ایمن در بخش ها نگهداری، تجویز و مصرف میشوند</p>	10

			بررسی مستندات	۱- نگهداری ایمن داروهای با هشدار بالا در بخش ۲. شناسایی داروهای با هشدار بالا در فرمولاری بیمارستان ۳. برچسب گذاری تمام داروهای با هشدار بالا در انبار دارویی و قبل از توزیع ۴. تعیین نحوه برچسب گذاری بر روی ویال یا باکس یا قفسه برای انواع داروهای با هشدار بالا در کمپته درمان و دارو بر اساس شواهد معتبر ۵. ابلاغ نحوه برچسب گذاری روی ویال، باکس یا قفسه برای انواع داروهای با هشدار بالا به تمامی بخشهای بالینی توسط رئیس/مدیرعامل بیمارستان ۶. رعایت دقیق نحوه برچسب گذاری داروهای با هشدار بالا ۷. تجویز ایمن داروهای با هشدار بالا ۸. گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیر ایمن داروهای با هشدار بالا و تحلیل علل ریشه ای آنها	
				داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه با تمهیدات ویژه و ایمن در بخش ها نگهداری، تجویز و مصرف میشوند.	
	0-5		مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	۱- نگهداری ایمن داروهای با اسامی و اشکال مشابه ۲. تجویز ایمن داروهای با اسامی و اشکال مشابه ۳. محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی در خصوص داروها با تلفظ (آوای) مشابه ۴. جلب مشارکت بیماران و خانواده یا مراقبین در مراقبت دارویی به منظور کاهش خطر ۵. تعیین فضای فیزیکی اختصاصی جهت انبارش الکترولیتهای با غلظت بالا با اشکال مشابه ۶. گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیر ایمن داروهای با اسامی و اشکال مشابه و تحلیل علل ریشه ای آنها ۷. آموزش مستمر کاربران دارویی ذیربط	11
افزایش آگاهی پرسنل از هفت رایت داروهای	0-5		مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	داروهای بیماران با رعایت اصول صحیح داروهای طبق آخرین روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی انجام میشود.	12
				۱- آموزش هفت قانون دارو دهی به کارکنان ذیربط ۲. رعایت هفت قانون دارو دهی در هنگام دادن دارو به بیمار ۳. اطمینان از عدم وجود حساسیت دارویی قبل از تجویز هر گونه دارو	
	0-5		مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	تلفیق دارویی بیماران برنامه ریزی و انجام می شود.	13
				۱- بررسی داروهای در حال مصرف بیمار در هنگام پذیرش و ثبت در فرم ارزیابی اولیه ۲. مقایسه بهترین تاریخچه دارویی ممکن از بیمار با دستورات دارویی جدید بیمار در هنگام پذیرش، انتقال یا ترخیص و توجه به ناهمخوانیهای احتمالی و رفع آن ۳. رعایت دستورالعمل ابلاغی انجام تلفیق دارویی در تمام مراحل	
	0-5		مشاهده/ مصاحبه/	شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در ارزیابی اولیه شناسایی و توسط کارکنان برنامه ریزی، کنترل و ثبت می گردد.	14



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			بررسی مستندات	<p>۱- میزان آگاهی پرسنل از شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار</p> <p>۲- شناسایی شرایط تهدید کننده ایمنی در ارزیابی اولیه</p> <p>۳- برنامه ریزی شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار و ثبت آن در گزارش پرستاری</p>	
	0-5	مشاهده / مصاحبه / بررسی مستندات		<p>آموزش بیماران، برنامه ریزی شده و بر اساس آن اجرا میشود.</p> <p>۱- تعیین حداقل موارد آموزشی به بیمار در بدو ورود و طول بستری برای هر بخش توسط کارگروه هربخش و ابلاغ توسط ریاست مرکز</p> <p>۲- تعیین نیاز آموزشی بیمار/همراه، در اولین ارزیابی بیمار</p> <p>۳- تعیین شیوه آموزش اثربخش با توجه به سطح یادگیری بیمار /همراه</p> <p>۴- ارائه توضیحات و آموزش توسط پزشک</p> <p>۵- ارائه توضیحات و آموزش توسط پرستار و ثبت در گزارش پرستاری</p> <p>۶- ارائه توضیحات و آموزش در صورت لزوم توسط سایر کارکنان بالینی و ثبت در برگه مشاوره</p>	آموزش به بیمار
	0-5	مشاهده / مصاحبه / بررسی مستندات	<p>آموزشهای خود مراقبتی به بیماران در حین بستری و ترخیص ارائه میشود.</p> <p>۱- تدوین دستورالعملهای خود مراقبتی برای بیماریهای شایع با محوریت سوپروایزهای آموزشی و آموزش سلامت و مشارکت پزشکان و سایر گروههای پزشکی</p> <p>۲- ارائه آموزشهای خودمراقبتی در حین بستری توسط پرستار بر اساس دستورالعمل</p> <p>۳- ارائه آموزشهای خودمراقبتی در حین بستری توسط پزشک بر اساس دستورالعمل</p> <p>۴- ارائه آموزشهای خودمراقبتی در زمان ترخیص توسط پرستار بر اساس دستورالعمل</p> <p>۵- ارائه آموزشهای خودمراقبتی در زمان ترخیص توسط پزشک بر اساس دستورالعمل</p>		
	0-5	مشاهده / مصاحبه / بررسی مستندات	<p>اثربخشی آموزش های خود مراقبتی ارائه شده به بیماران ارزیابی و اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.</p> <p>۱- تعیین مسئول آموزش به بیمار در هر یک از بخش های بالینی و صدور ابلاغ، از سوی مدیرخدمات پرستاری</p> <p>۲- برگزاری منظم جلسات کارگروه آموزش به بیمار در بخش های بالینی بیمارستان بصورت فصلی (اعضای کارگروه : رئیس بخش ، یا یکی از پزشکان به نمایندگی از طرف ایشان ، سرپرستار بخش ، سوپروایزر آموزشی و آموزش سلامت، مسئول آموزش به بیمار)</p> <p>۳- نظارت مستمر مسئول آموزش به بیمار بر اجرای دقیق آموزش برنامه های خود مراقبتی توسط پزشک و پرستار در مراحل بستری و ترخیص بیمار</p> <p>۴- نظارت مستمر مسئول آموزش به بیمار بر ارائه توضیحات و آموزش های بدو ورود و حین بستری توسط پزشک و پرستار</p> <p>۵- نظارت مستمر سوپروایزهای آموزشی و آموزش سلامت و عملکرد مسئول آموزش به بیمار از طریق بازدیدهای سرزده و ارزیابی اثربخشی آموزش بیماران</p> <p>۶- ارزیابی میزان اثر بخشی آموزش از طریق بررسی عملکرد صحیح بیماران در زمینه آموزش های دریافتی در زمینه آموزش های عمومی و خود مراقبتی</p>		

			<p>۷. ارسال گزارش میزان اثربخشی برنامه های آموزش عمومی و خود مراقبتی ارائه شده به بیماران توسط سرپرستار به مدیریت پرستاری</p> <p>۸. طراحی اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود در زمینه ارتقای اثربخشی برنامه های آموزش عمومی و خودمراقبتی بیماران</p>	
			<p>ترخیص بیماران به صورت ایمن برنامه ریزی و اجرا میشود.</p> <p>۱- اطمینان پزشک معالج از آمادگی بیمار برای ترخیص ایمن و بی نیازی او به استمرار مراقبتهای بیمارستانی/ جایگزینی سایر شیوه های مراقبتی ایمن خارج از بیمارستان</p> <p>۲. ثبت دستور ترخیص توسط پزشک معالج و پس از ویزیت بیمار در روز ترخیص</p> <p>۳. ارائه توضیحات جهت آمادگی خانواده و مراقبت کنندگان بیمار برای ترخیص و نگهداری ایشان در منزل</p> <p>۴. مدیریت مراقبت و درمان بیمار پس از صدور دستور ترخیص توسط پزشک تا هنگام ترخیص از بیمارستان</p> <p>۵. نظارت بر نحوه انتقال ایمن بیمار از بیمارستان و پشتیبانی ارائه خدمات طبی مستمر در حین انتقال</p> <p>۶. مدیریت دارویی در فرایند ترخیص و تلفیق دارویی در نسخه ترخیص</p> <p>۷. آموزش اثر بخش بیماران حین ترخیص</p> <p>۸. شناسایی و برنامه ریزی برای بیماران نیازمند به استمرار مراقبت های توانبخشی</p> <p>۹. شناسایی بیماران آسیب پذیر و پرخطر و پیگیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص</p>	4
	0-5	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات		
			<p>ابر اطلاعاتی در حیطه آموزش به بیمار بر اساس استانداردهای ابلاغی تشکیل شده است.</p> <p>۱. کلیه مطالب آموزشی در حیطه آموزش به بیمار از قبیل: کتابچه ، پمفلت، مولتی مدیا و... در کلیه واحدها و بخشهای بیمارستان در دسترس بوده و استفاده می گردد.</p> <p>۲. کلیه مطالب آموزشی مرتبط در حیطه آموزش به بیمار از طریق سایت بیمارستان در دسترس بوده و به بیماران اطلاع رسانی می گردد.</p>	0-3
		بررسی مستندات و مصاحبه		
			<p>آموزشهای لازم برای بیماران در زمان ترخیص برنامه ریزی و اجرا میشود.</p> <p>۱- ارائه آموزشهای عمومی و خود مراقبتی حین ترخیص به بیماران</p> <p>۲. ارائه دستورات لازم برای مراقبت های بعد از ترخیص توسط پزشک معالج</p> <p>۳. ارائه اطلاعات و آموزشهای لازم به بیمار/ خانواده به صورت گفتاری و نوشتاری به زبان قابل فهم بیمار/ خانواده توسط پرستار</p> <p>۴. ارائه فرم آموزش به بیمار بصورت خوانا و کامل هنگام ترخیص</p> <p>۵. پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از رعایت برنامه های مراجعه بعدی و ارائه خدمات سرپایی به بیماران پس از ترخیص</p> <p>۶. ایجاد سامانه های پاسخگویی به سوالات بیماران پس از ترخیص توسط کارکنان بالینی واجد صلاحیت</p>	0-5
		مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات		5



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		آموزش کارکنان	
	0-5	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	1 راهنمای بالینی "احیای قلبی ریوی" اطلاع رسانی شده و کارکنان بالینی در این زمینه مهارت کافی دارند.
	0-5	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	2 ارزیابی اولیه بیماران با رعایت اصول مراقبتی انجام میشود. 1- آگاهی پرستاران در بخشهای بستری از نحوه ارزیابی اولیه 2. انجام ارزیابی اولیه دقیق و کامل پرستاری بر بالین بیمار توسط پرستار در محدوده زمانی تعیین شده 3. ثبت مشکلات/ تشخیصهای پرستاری شناسایی شده طی ارزیابی اولیه در گزارش پرستار
	0-5	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	3 ارزیابی و مراقبتهای پرستاری در هر نوبت کاری توسط پرستار معین برای هر بیمار انجام میشود. 1- نظارت بر حضور مستمر پرستاران بر بالین توسط سر پرستار 2. شناسایی اقدامات، فرایندها و امورات غیر مرتبط و مانع مراقبت مستقیم توسط سر پرستار از جمله مستندسازی های مازاد یا انجام امور غیر مرتبط 3. گزارش اقدامات، فرایندها و امور غیر مرتبط شناسایی شده توسط سرپرستار به مدیریت پرستاری 4. ارائه مراقبتهای مستقیم پرستاری در سطح انتظار و استانداردهای مربوط 5. تسلط و اشرافیت کامل پرستار به وضعیت بالینی بیمار خود و روند مراقبت و درمان در حال اجراء
	0-5	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	2 اصول پرونده نویسی و گزارش نویسی در بخش رعایت می گردد. 1- قید ساعت و تاریخ پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش 2- مهر و امضاء در پایان گزارش پرستاری 3. ثبت شکایت اصلی بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش 4. ثبت علت بستری بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش 5. ثبت نحوه ورود بیمار به بخش در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش 6. ارزیابی و ثبت وضعیت هوشیاری بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش 7. ارزیابی سلامت روحی بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش 8. کنترل تعداد دستورات داروئی پزشک با ثبت تاریخ، ساعت، مهر و امضاء آنها 9. ارائه آموزش مستمر به بیمار / همراه و ثبت پسخورندهای آموزشی در گزارش پرستاری 10- ثبت ارزیابی مستمر بیمار و پاسخ بیمار به برنامه های مراقبتی و درمانی در گزارش پرستاری 11- ارائه آموزش مستمر به بیمار/ همراه و ثبت پسخورندهای آموزشی در گزارش پرستاری



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

دارو و تجهیزات	1	لیست آنتی دوت‌های مورد نیاز بخش درمکان مناسب نصب شده است و پرسنل از آن اطلاع دارند .	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	0-5
	2	کارکنان از فهرست تجهیزات ضروری و بخش پشتیبان آگاهی دارند.	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	0-5
	3	نظارت بر نحوه کارکرد وسالم بودن دستگاهها توسط مسئول شیفت انجام می شود .	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	0-5
	4	کنترل کیفیت وکالیبراسیون باقید آخرین زمان بازدید موجود و بروی تجهیزات نصب است .	مشاهده/ مصاحبه/ بررسی مستندات	0-5

امتیاز کل: ۱۶۲ امتیاز مکتسبه: درصد کل تحقق استاندارد:

اهم نقاط قابل بهبود قابل گزارش دهی به بیمارستان



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



آموزش سلامت

نظارت بر آموزش سلامت به بیمار و خانواده

عنوان محور	ردیف	موارد مورد ارزیابی	روش ارزیابی	جمع بندی امتیازات	امتیاز اکتسابی
استقرار ساختار هماهنگ آموزش به بیمار و خانواده	۱	کمیته آموزش سلامت در بیمارستان و کار گروه آموزش به بیمار / مددجو و خانواده در کلیه بخشها تشکیل شده و صورتجلسات آن موجود است.	مصاحبه، مشاهده و بررسی مستندات	۱۱	
		۱) تکمیل کلیه شیت های فایل اکسل ابلاغی معاونت درمان دانشگاه در سال جاری		۱.۵	
		۲) تنظیم تقویم زمانبندی برگزاری جلسات کارگروه آموزش به بیمار و خانواده در سال جاری		۰.۲۵	
		۳) تنظیم تقویم زمانبندی برگزاری جلسات کمیته آموزش سلامت بیمارستان در سال جاری		۰.۲۵	
		۴) آیین نامه داخلی کارگروه آموزش به بیمار و خانواده در سال جاری تدوین و به کلیه واحدها ابلاغ شده است.		۱	
		۵) آیین نامه داخلی کمیته آموزش سلامت بیمارستان در سال جاری تدوین و به کلیه واحدها ابلاغ شده است.		۱	
		۶) صدور ابلاغ اعضاء کمیته آموزش سلامت بیمارستان (اعضاء کمیته بر اساس سنجه های اعتباربخشی) در سال جاری		۰.۵	
		۷) صدور ابلاغ اعضاء کارگروه آموزش به بیمار و خانواده (اعضاء کارگروه بر اساس سنجه های اعتباربخشی) در سال جاری		۰.۵	
		۸) برگزاری صورتجلسات کارگروه آموزش به بیمار و خانواده در سال جاری (بر اساس تقویم زمانبندی برگزاری جلسات کارگروه آموزش به بیمار و خانواده) و پیگیری تحقق و یا عدم تحقق مصوبات کار گروه		۱.۵	
		۹) برگزاری صورتجلسات کمیته آموزش سلامت بیمارستان در سال جاری (بر اساس تقویم زمانبندی برگزاری جلسات کمیته آموزش سلامت بیمارستان) و پیگیری تحقق و یا عدم تحقق مصوبات کمیته		۱.۵	
ارتقاء اثر بخشی اجرای برنامه های اختصاصی آموزش به بیمار و خانواده		۱۰) گزارش عملکرد کارگروه آموزش به بیمار و خانواده در سال جاری بصورت فصلی ارائه می گردد. گزارش عملکرد مذکور مشتمل بر موارد ذیل باشد: (دستورالعمل نحوه نظارت، چک لیست نظارتی تکمیل شده و گزارش تحلیلی عملکرد کارگروه)		۱.۵	
		۱۱) گزارش عملکرد کمیته آموزش سلامت بیمارستان در سال جاری بصورت فصلی ارائه می گردد. گزارش عملکرد مذکور مشتمل بر موارد ذیل باشد: (دستورالعمل نحوه نظارت، چک لیست نظارتی تکمیل شده و گزارش تحلیلی عملکرد کارگروه)		۱.۵	
	۲	برنامه های عملیاتی اختصاصی آموزش به بیمار و خانواده براساس برنامه عملیاتی دانشگاه و وزارت متبوع، سیاست ها، فرآیندها، شاخص ها، دستورالعمل ها و خط و مشی ها آموزش به بیمار و خانواده، تدوین، پایش و مدیریت می شوند.	مصاحبه، مشاهده و بررسی مستندات	۲۸	
		۱) برنامه عملیاتی اختصاصی آموزش به بیمار و خانواده براساس کلیه محورهای برنامه عملیاتی اختصاصی آموزش به بیمار و خانواده دانشگاه و وزارت متبوع در سال جاری با در نظر گرفتن موارد ذیل تدوین و به کلیه واحدها ابلاغ شده است:		*	

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

۱	تدوین و ابلاغ برنامه عملیاتی در راستای اهداف تعریف شده در برنامه عملیاتی اختصاصی آموزش به بیمار و خانواده دانشگاه و وزارت متبوع در سال جاری
۱.۵	تعیین فعالیتهای لازم برای دستیابی به اهداف اختصاصی، عملیاتی و عینی
۱	مشخص نمودن مسئول اجرا و دوره زمانی اجرای هر فعالیت، تعیین منابع (شامل منابع مالی، انسانی، اطلاعاتی و یا فیزیکی) مورد نیاز برای هر فعالیت
۰.۵	مشخص نمودن نحوه پایش اجرای هر فعالیت و پایش اجرایی شدن آنها و تعیین مسئول برای هر برنامه عملیاتی
۱.۵	تدوین حداقل یک شاخص دستیابی به هدف و شاخص پیشرفت فیزیکی برای هر برنامه و اندازه گیری آنها در بازه های زمانی مشخص
۱.۵	تکمیل چک لیست های نظارتی بر اجرای برنامه های عملیاتی اختصاصی آموزش به بیمار و خانواده بصورت فصلی
۱	گزارش تحلیلی از نظارت بر اجرای برنامه های عملیاتی اختصاصی آموزش به بیمار و خانواده بصورت فصلی
۱	تدوین و اجرای اقدام اصلاحی مطابق با نتایج نظارت بر اجرای برنامه های عملیاتی مذکور و سنجش اثربخشی مداخلات اصلاحی
۱	۲) سیاست های آموزش به بیمار و خانواده تدوین و به کلیه واحدها ابلاغ شده است.
۱.۵	۳) تکمیل چک لیست های نظارت بر اجرای سیاست های آموزش به بیمار و خانواده در کلیه بخشهای بیمارستان/ مرکز آموزشی درمانی بصورت شش ماهه اول و دوم
۱	۴) گزارش تحلیلی از نتایج نظارت بر اجرای سیاست های آموزش به بیمار و خانواده در کلیه بخشهای بیمارستان/ مرکز آموزشی درمانی
۱	۵) تدوین و اجرای اقدام اصلاحی مطابق با نتایج نظارت بر اجرای سیاست های آموزش به بیمار و خانواده و سنجش اثربخشی مداخلات اصلاحی بصورت شش ماهه اول و دوم
۱	۶) فهرست، شناسنامه و مستندات فرآیند های آموزش به بیمار خانواده تدوین و به کلیه واحدها ابلاغ شده است.
۱.۵	۷) تکمیل چک لیست های نظارت بر اجرای فرآیند های آموزش به بیمار خانواده در کلیه بخشهای بیمارستان/ مرکز آموزشی درمانی بصورت شش ماهه اول و دوم
۱	۸) گزارش تحلیلی از نظارت بر اجرای فرآیند های آموزش به بیمار و خانواده در کلیه بخشهای بیمارستان/ مرکز آموزشی درمانی
۱	۹) تدوین و اجرای اقدام اصلاحی مطابق با نتایج نظارت بر اجرای فرآیند های آموزش به بیمار و خانواده و سنجش اثربخشی مداخلات اصلاحی بصورت شش ماهه اول و دوم
۲	۱۰) فهرست، شناسنامه و مستندات دستورالعمل ها (از جمله کلیه دستورالعمل های خود مراقبتی برای بیماریهای شایع هر بخش و ...) و خط مشی های آموزش به بیمار و خانواده تدوین و به کلیه واحدها ابلاغ شده است.
۱.۵	۱۱) تکمیل چک لیست های نظارت بر اجرای دستورالعمل ها و خط مشی های آموزش به بیمار و خانواده در کلیه بخشهای بیمارستان/ مرکز آموزشی درمانی بصورت شش ماهه اول و دوم
۱	۱۲) گزارش تحلیلی از نتایج نظارت بر اجرای دستورالعمل ها و خط مشی های آموزش به بیمار و خانواده در کلیه بخشهای بیمارستان/ مرکز آموزشی درمانی
۱	۱۳) اجرای اقدام اصلاحی مطابق با نتایج نظارت بر اجرای دستورالعمل ها و خط مشی های آموزش به بیمار و خانواده و سنجش اثربخشی مداخلات اصلاحی بصورت شش ماهه اول و دوم
۱	۱۴) شاخص های بررسی اثربخشی آموزش به بیمار و خانواده تدوین و به کلیه واحدها ابلاغ شده است.



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

۱۵	۱۵	۱۵) تکمیل چک لیست های پایش شاخص های بررسی اثربخشی آموزش به بیمار و خانواده در کلیه بخشهای بیمارستان/ مرکز آموزشی درمانی بصورت ماهانه		توانمند سازی پرستاران در حیطه آموزش به بیمار و خانواده
۱	۱	۱۶) گزارش تحلیلی از پایش شاخص های بررسی اثربخشی آموزش به بیمار و خانواده در کلیه بخشهای بیمارستان/ مرکز آموزشی درمانی بصورت فصلی		
۱	۱	۱۷) تدوین و اجرای اقدام اصلاحی مطابق با نتایج نظارت پایش شاخص های بررسی اثربخشی آموزش به بیمار و خانواده و سنجش اثربخشی مداخلات اصلاحی بصورت فصلی		
10	3	مصاحبه، مشاهده و بررسی مستندات	برنامه های عملیاتی اختصاصی جهت توانمند سازی پرستاران در حیطه آموزش به بیمار و خانواده، تدوین، پایش ومدیریت می شود.	
۱۵	۱	۱) تنظیم دستورالعمل نحوه نیاز سنجی، اولویت بندی، اجرا و پایش اثربخشی در خصوص اجرای برنامه های توانمند سازی پرستاران آموزش به بیمار و خانواده		
۰.۵	۱	۲) تنظیم تقویم آموزشی زمانبندی برگزاری دوره ها و کنفرانس ها و همایش ها و ... توانمند سازی پرستاران آموزش به بیمار و خانواده		
۱	۱	۳) نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی زمانبندی برگزاری دوره ها و کنفرانس ها و همایش ها و ... مطابق با تقویم آموزشی توانمند سازی پرستاران آموزش به بیمار و خانواده		
۱	۱	۴) تدوین برنامه عملیاتی توانمند سازی پرستاران آموزش به بیمار و خانواده (ضمن قید مسئول اجرا و پایش بازه زمانی اجرا، شاخص پیشرفت برنامه و ...)		
۲	۲	۵) مستندات و محتوی کلیه فایل های آموزشی مورد استفاده در برگزاری دوره ها و کنفرانس ها و همایش ها و ... به انضمام روش های آموزشی مورد استفاده و مستندات حضور مدرسین و شرکت کنندگان (برگه حاوی اطلاعات دموگرافیک حاضرین و امضاء و خصوصاً شماره تماس ایشان و ...)		
۲	۲	۶) تکمیل چک لیست های نظارتی و تنظیم گزارش تحلیلی از اثر بخشی برگزاری دوره ها و کنفرانس ها و همایش ها و ... بصورت فصلی		
۲	۲	۷) تدوین و اجرای اقدام اصلاحی مطابق با نتایج نظارت و سنجش اثربخشی مداخلات اصلاحی متناسب با نتایج نظارت بر اثر بخشی برگزاری دوره ها و کنفرانس ها و همایش ها و ... بصورت فصلی		
8	4	مصاحبه، مشاهده و بررسی مستندات	برنامه های عملیاتی اختصاصی جهت مشارکت فعال در اجرای برنامه های ملی سلامت، تدوین، پایش ومدیریت می شود.	مشارکت فعال در اجرای برنامه های ملی سلامت
۱	۱	۱) تنظیم تقویم زمانبندی برگزاری برنامه های آموزش به بیمار و خانواده مرتبط با مناسبت های سلامت سال براساس تقویم زمانبندی ابلاغی دانشگاه		
۱	۱	۲) نظارت بر اجرای برنامه های آموزش به بیمار و خانواده مرتبط با مناسبت های سلامت سال مطابق با تقویم زمانبندی		
۲	۲	۳) تدوین برنامه عملیاتی مشارکت فعال پرستاران آموزش به بیمار و خانواده در برنامه های ملی سلامت (ضمن قید مسئول اجرا و پایش بازه زمانی اجرا، شاخص پیشرفت برنامه و ...)		
۲	۲	۴) محتوی کلیه فایل های آموزشی مورد استفاده در برگزاری برنامه های مشارکت فعال پرستاران آموزش به بیمار و خانواده در برنامه های ملی سلامت به انضمام روش های آموزشی مورد استفاده و مستندات حضور مدرسین و شرکت کنندگان (برگه حاوی اطلاعات دموگرافیک حاضرین و امضاء و خصوصاً شماره تماس ایشان و ...)		

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

۱		۵) تکمیل چک لیست های نظارتی و گزارش تحلیلی از اثر بخشی برگزاری برنامه های مشارکت فعال پرستاران آموزش به بیمار و خانواده در برنامه های ملی سلامت بصورت فصلی		
۱		۶) تدوین و اجرای اقدام اصلاحی مطابق با نتایج نظارت بر برنامه های مشارکت فعال پرستاران آموزش به بیمار و خانواده در برنامه های ملی سلامت و سنجش اثربخشی مداخلات اصلاحی بصورت فصلی		
10	مصاحبه، مشاهده و بررسی مستندات	برنامه های عملیاتی اختصاصی جهت مشارکت فعال پرستاران در پیشگیری و ارتقاء سلامت و کنترل بیماری های غیر واگیر، تدوین، پایش و مدیریت می شود.	5	
۱.۵		۱) تنظیم دستورالعمل نحوه ارزیابی سیستمیک، اولویت، اجرا و پایش اثربخشی در خصوص اجرای برنامه های پیشگیری و ارتقاء سلامت و کنترل بیماری های غیر واگیر		
۰.۵		۲) تنظیم تقویم آموزشی زمانبندی برگزاری دوره ها و کنفرانس ها و همایش ها و ... پیشگیری و ارتقاء سلامت و کنترل بیماری های غیر واگیر		
۱		۳) نظارت بر اجرای دوره ها و کنفرانس ها و همایش ها و ... پیشگیری و ارتقاء سلامت و کنترل بیماری های غیر واگیر مطابق با تقویم آموزشی		مشارکت فعال پرستاران در پیشگیری و ارتقاء سلامت و کنترل بیماری های غیر واگیر
۲		۴) تدوین برنامه عملیاتی های پیشگیری و ارتقاء سلامت و کنترل بیماری های غیر واگیر (ضمن قید مسئول اجرا و پایش بازه زمانی اجرا، شاخص پیشرفت برنامه و ...)		
۲		۵) مستندات و محتوی کلیه فایل های آموزشی مورد استفاده در برگزاری برنامه های پیشگیری و ارتقاء سلامت و کنترل بیماری های غیر واگیر به انضمام روش های آموزشی مورد استفاده و مستندات حضور مدرسین و شرکت کنندگان (برگه حاوی اطلاعات دموگرافیک حاضرین و امضاء و خصوصاً شماره تماس ایشان و ...)		
۲		۶) تکمیل چک لیست های نظارتی و گزارش تحلیلی از اثر بخشی برگزاری برنامه های پیشگیری و ارتقاء سلامت و کنترل بیماری های غیر واگیر بصورت فصلی (۲) در توضیح برنامه فوق می توان موارد ذیل را ذکر نمود: فعال سازی کلینیک های لازم جهت پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر (مطابق با برنامه های ملی ابلاغی وزارت متبوع) آموزش و مشاوره سبک زندگی سالم، ترک سیگار و الکل، تغذیه و رژیم غذایی و ... آموزش و مشاوره به ویژه بیماران قلبی، ریوی مزمن، چاقی، آسمی، دیابتی، سرطان، سکته مغزی، اختلالات روانپزشکی و ...		
۱		۷) تدوین و اجرای اقدام اصلاحی مطابق با نتایج نظارت بر برنامه های پیشگیری و ارتقاء سلامت و کنترل بیماری های غیر واگیر و سنجش اثربخشی مداخلات اصلاحی بصورت فصلی		
8	مصاحبه، مشاهده و بررسی مستندات	ابر اطلاعاتی در حیطه حیطه آموزش به بیمار و خانواده بر اساس استانداردهای ابلاغی دانشگاه تشکیل شده است.	6	
۲		۱) دستورالعملهای خود مراقبتی برای بیماریهای شایع هر بخش با محوریت سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت و مشارکت پزشکان و سایر گروه های پزشکی تدوین و به کلیه واحدها و بخشهای مرتبط ابلاغ شده است.		ایجاد ابر اطلاعاتی در حیطه آموزش بیمار
۳		۲) مستندات کلیه مطالب آموزشی مورد استفاده در حیطه آموزش به بیمار از جمله : کلیه کتابچه های آموزشی- کلیه پمفلت ها - کلیه مولتی مدیا ها- کلیه فرمها و چک لیست ها و هر نوع و دسته مستند مورد استفاده در این حیطه در کلیه واحدها و بخشهای بیمارستان / مرکز آموزشی درمانی به انضمام جدول فهرست بندی مستندات (لازم به ذکر است در هر مستند موارد ذیل باید درج شده		

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		<p>باشد: اسامی و مرتبه علمی و سمت و تحصیلات نویسندگان (گردآورندگان) - منبع مورد استفاده جهت تهیه - تاریخ تهیه و تاریخ بازنگری (به روز رسانی) - نام مرکز و ...)</p>		
	۱.۵	<p>۳) در دسترس بودن و استفاده از کلیه مطالب آموزشی مرتبط در حیطه آموزش به بیمار از جمله: کلیه کتابچه های آموزشی- کلیه پمفلت ها - کلیه مولتی مدیا ها- کلیه فرمها و چک لیست ها و هر نوع و دسته مستند مورد استفاده در این حیطه در کلیه واحدها و بخشهای بیمارستان / مرکز آموزشی درمانی به انضمام جدول فهرست بندی مستندات</p>		
	۱.۵	<p>۴) کلیه مطالب آموزشی مرتبط در حیطه آموزش به بیمار از جمله: کلیه کتابچه های آموزشی، کلیه پمفلت ها، کلیه مولتی مدیا ها و از طریق سایت یا کانال تلگرامی و بیمارستان/ مرکز آموزشی درمانی در دسترس بیمار و خانواده قرار می گیرد.</p>		
	6	<p>مصاحبه، مشاهده و بررسی مستندات</p>	<p>حداقل توانمندی های لازم جهت پرستاران آموزش به بیمار و خانواده تعیین شده، و صلاحیت و مهارتهای پرستاران آموزش به بیمار و خانواده ارزیابی و پایش می شود و بانک اطلاعاتی پرستاران آموزش به بیمار و خانواده تکمیل و به روز رسانی می شود.</p>	7
	۱	<p>۱) تعیین حداقل توانمندی های لازم کارشناس پرستاری، جهت احراز مسئولیت آموزش به بیمار و خانواده</p>		<p>ایجاد بانک اطلاعاتی کارشناسان فعال در حیطه آموزش به بیمار و خانواده</p>
	۰.۵	<p>۲) ابلاغ شرح وظایف به پرستاران آموزش به بیمار و خانواده</p>		
	۱	<p>۳) صدور احکام و ابلاغ های پرستاران آموزش به بیمار و خانواده (انشایی - انتصاب به پست مربوطه)، مشتمل بر کلیه رابطن آموزش به بیمار فعال در بخش های بیمارستان/ مراکز درمانی... به صورت مجزا و تفکیک شده (در صورتی که کارشناس مربوطه وظایف دیگری نیز در سایر حیطه ها بر عهده دارد، در ابلاغ درج گردد.)</p>		
	۰.۵	<p>۴) تنظیم تقویم زمانبندی نظارتی ارزیابی عملکرد و دانش و مهارت های پرستاران آموزش به بیمار و خانواده</p>		
	۱	<p>۵) تکمیل چک لیست های نظارتی و گزارش تحلیلی از ارزیابی عملکرد و دانش و مهارت های پرستاران آموزش به بیمار و خانواده بصورت شش ماهه اول و دوم</p>		
	۱	<p>۶) تدوین و اجرای اقدام اصلاحی مطابق با نتایج نظارت بر ارزیابی عملکرد و دانش و مهارت های پرستاران آموزش به بیمار و خانواده و سنجش اثربخشی مداخلات اصلاحی بصورت شش ماهه اول و دوم</p>		
	۱	<p>۷) تکمیل اکسل بانک اطلاعاتی پرستاران آموزش به بیمار و خانواده و به روز رسانی آن بصورت شش ماهه اول و دوم</p>		
	6	<p>مصاحبه، مشاهده و بررسی مستندات</p>	<p>اثربخشی آموزشهای خود مراقبتی ارائه شده به بیماران ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.</p>	
	۱	<p>۱) تنظیم دستورالعمل و تقویم زمانبندی نحوه نظارت و پایش مستمر و مدیریت عملکرد در حیطه آموزش به بیمار و خانواده و آموزش خود مراقبتی ارائه شده به بیماران</p>		<p>پایش مستمر و مدیریت نتایج عملکردی در حیطه آموزش به بیمار و خانواده</p>
	۱	<p>۲) شاخص های عملکردی جهت پایش در حیطه آموزش به بیمار و خانواده تدوین و به کلیه واحدها ابلاغ شده است.</p>		

۲	۳) تکمیل چک لیست های نظارتی ارزیابی پایش شاخص های مربوطه، خصوصاً شاخص های عملکردی و اثربخشی آموزشی و گزارش تحلیلی مربوطه بصورت فصلی		
۲	۴) تدوین و طراحی اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود و اجرای اقدام اصلاحی مطابق با نتایج نظارت و سنجش اثربخشی مداخلات اصلاحی بصورت فصلی		
۹	برنامه های عملیاتی اختصاصی جهت ارتقاء اثربخشی آموزش بیمار و خانواده در فرآیند ترخیص (ترخیص ایمن) ، تدوین شده، پایش ومدیریت می شوند.	مصاحبه، مشاهده و بررسی مستندات	9
۱	۱) تنظیم دستورالعمل نحوه اجرا و ارتقاء اثربخشی فرآیند ترخیص ایمن، نظارت و تنظیم تقویم زمانبندی نحوه نظارت و پایش مستمرآن در حیطه آموزش به بیمار و خانواده (روش شناسایی و ترخیص ایمن بیماران آسیب پذیر و پرخطر و ... از مواردی می باشند که لازم است در دستورالعمل فوق ذکر شوند).		ارتقاء اثربخشی آموزش بیمار و خانواده در فرآیند ترخیص (ترخیص ایمن)
۱	۲) تدوین برنامه عملیاتی جهت اجرا و ارتقاء اثربخشی فرآیند ترخیص ایمن در حیطه آموزش به بیمار و خانواده (ضمن قید مسئول اجرا و پایش بازه زمانی اجرا، شاخص پیشرفت برنامه و ...)		
۱	۳) تدوین فایل های آموزشی در جهت اجرا و ارتقاء اثربخشی فرآیند ترخیص ایمن در حیطه آموزش به بیمار و خانواده		
۱	۴) ابلاغ برنامه عملیاتی و فایل های آموزشی در جهت اجرا و ارتقاء اثربخشی فرآیند ترخیص ایمن به کلیه بخشها و واحدها		
۱	۵) آگاهی کارکنان از برنامه عملیاتی و فایل های آموزشی در جهت اجرا و ارتقاء اثربخشی فرآیند ترخیص ایمن		
۲	۶) تکمیل چک لیست های نظارتی و گزارش تحلیلی از اثربخشی اجرای برنامه مذکور بصورت فصلی		
۲	۷) تدوین و طراحی اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود و اجرای اقدام اصلاحی مطابق با نتایج نظارت و سنجش اثربخشی مداخلات اصلاحی بصورت فصلی		
۴	برنامه های عملیاتی اختصاصی جهت ارتقاء انگیزه پرستاران در ارائه آموزش به بیمار و خانواده ، تدوین شده، پایش ومدیریت می شوند.	مصاحبه، مشاهده و بررسی مستندات	10
۱	۱) تنظیم دستورالعمل نحوه ارتقاء انگیزه پرستاران در ارائه آموزش به بیمار و خانواده، نظارت و پایش مستمرآن در حیطه آموزش به بیمار و خانواده		ارتقاء انگیزه پرستاران در ارائه آموزش به بیمار و خانواده
۱	۲) تنظیم برنامه عملیاتی ارتقاء انگیزه پرستاران در ارائه آموزش به بیمار و خانواده (ضمن قید مسئول اجرا و پایش بازه زمانی اجرا، شاخص پیشرفت برنامه و ...)		
۱	۳) تکمیل چک لیست های نظارتی و گزارش تحلیلی از اثربخشی اجرای برنامه مذکور بصورت شش ماهه اول و دوم		
۱	۴) تدوین و طراحی اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود و اجرای اقدام اصلاحی مطابق با نتایج نظارت و سنجش اثربخشی مداخلات اصلاحی بصورت شش ماهه اول و دوم		
۱۰۰	جمع کل امتیاز		جمع بندی امتیازات
۰	جمع کل امتیاز مکتسبه		
%۰	درصد تحقق ورعایت استانداردها در محور استقرار ساختار هماهنگ آموزش به بیمار و خانواده		



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

٪۰	درصد تحقق ورعایت استانداردها در محور ارتقاء اثر بخشی اجرای برنامه های اختصاصی آموزش به بیمار و خانواده	
٪۰	درصد تحقق ورعایت استانداردها در محور توانمند سازی پرستاران در حیطه آموزش به بیمار و خانواده	
٪۰	درصد تحقق ورعایت استانداردها در محور مشارکت فعال در اجرای برنامه های ملی سلامت	
٪۰	درصد تحقق ورعایت استانداردها در محور مشارکت فعال پرستاران در پیشگیری و ارتقاء سلامت و کنترل بیماری های غیر واگیر	
٪۰	درصد تحقق ورعایت استانداردها در محور ایجاد ابر اطلاعاتی در حیطه آموزش بیمار	
٪۰	درصد تحقق ورعایت استانداردها در محور ایجاد بانک اطلاعاتی کارشناسان فعال در حیطه آموزش به بیمار و خانواده	
٪۰	درصد تحقق ورعایت استانداردها در محور پایش مستمر و مدیریت نتایج عملکردی در حیطه آموزش به بیمار و خانواده	
٪۰	درصد تحقق ورعایت استانداردها در محور ارتقاء اثربخشی آموزش بیمار و خانواده در فرآیند ترخیص (ترخیص ایمن)	
٪۰	درصد تحقق ورعایت استانداردها در محور ارتقاء انگیزه پرستاران در ارائه آموزش به بیمار و خانواده	
٪۰	درصد تحقق ورعایت استانداردها در همه محورها	
		نقاط قوت
		موارد قابل بهبود



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



سلامت مادر و نوزاد

سلامت مادر و نوزاد

موضوع ارزیابی	آیتم ارزیابی	روش ارزیابی	امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات
	اختصاص بخش تریاژ مامایی	طراحی فضای فیزیکی جداگانه برای تریاژ	2		
		نصب تابلوی راهنمای اورژانس مامایی در ورودی بیمارستان			
	تجهیزات تریاژ مطابق استاندارد ابلاغی	وجود تجهیزات طبق استاندارد	2		
		در کمتر از یک دقیقه در دسترس می باشد			
دسترسی به ست پره اکلامپسی شامل آمپول هیدرالازین، سولفات منیزیم ۲۰٪ و ۵۰٪ و آمپول گلوکانات کلسیم وجود پکیج کنترل خونریزی شامل باکری بالون، مزوپروستول، پروستاگلندین F2 آلفا، مترژن و والوو ...					
تریاز	استقرار نیروی انسانی با تجربه در واحد تریاژ	حداقل دارای مدرک کارشناس مامایی با سابقه دو سال کار بالینی	2		
		گذراندن کارگاه تریاژ ESI، کارگاه مهارتهای ارتباطی، کارگاه احیای پایه و پیشرفته بزرگسالان و نوزادان، کارگاه مراقبتهای اولیه تروما، کارگاه اورژانس های مامایی، کارگاه مدیریت شوک توسط مامای تریاژ			
		توانمندی مامای تریاژ در ارزیابی سریع شرایط تهدیدکننده حیات مادر ونوزاد(بیمارنما)			
	تکمیل فرم تریاژ برای کلیه مراجعین به بخش اورژانس	ثبت نتیجه معاینات در فرم تریاژ، فرم شرح حال و برگ دستورات پزشک در پرونده بیمار	2		
		مادران سطح ۴ و ۵ تریاژ نتیجه معاینات در فرم تریاژ و سطوح ۱، ۲ و ۳ در فرم شرح حال و ثبت دستورات پزشک در پرونده			
	وجود سامانه ارتباطی و تسهیل ارتباطات درون بخشی و برون بخشی در واحد تریاژ	یک دستگاه تلفن (ترجیحا" دارای حافظه) و یک خط تلفن داخلی مجزا برای تسهیل ارتباطات	1.5		
		در دسترس بودن لیستی از شماره های ضروری در اتاق تریاژ به منظور تسهیل ارتباطات درون بخشی و برون بخشی			
		وجود سامانه "اعلام خطر" در داخل تریاژ و مرتبط به واحد انتظامات، به منظور هشدار و فراخوان فوری کارکنان انتظامات			
مدیریت مراقبت های مادر باردار	مراقبتهای حمایتی از مادر باردار از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان در بیمارستان برنامه ریزی و اجرا می شود	ابلاغ دستورالعمل پذیرش مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان به پزشکان اورژانس بیمارستانهای جنرال/ اورژانس بیمارستانهای تک تخصصی زنان و آگاهی پرستاران تریاژ و پزشکان اورژانس بیمارستان به دستورالعمل مربوطه	2		
		آگاهی پرستاران تریاژ و پزشکان اورژانس به دستورالعمل پذیرش مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان			
		انجام اولین ارزیابی مادر توسط پزشک متخصص زنان/ ماما در محدوده زمانی از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان، به دلیل مشکلات بارداری/ غیربارداری			

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		2	وجود صندلی تختخواب شو، تلفن، یخچال و... سرو غذا و میان وعده برای مادران بعد از زایمان شامل مادرانی که در ساعات شب زایمان می کنند دسترسی کمتر از ۳ دقیقه از اتاق زایمان به اتاق عمل جراحی سزارین، برای انجام عمل های اورژانسی ارائه مراقبتهای حین زایمان در هر اتاق LDR انحصارا" برای هر مادر، توسط یک ماما و با امکان حضور همراه	وجود اتاق های تک تختی (LDR) برای زایمان طبیعی
		۴	کنترل علائم حیاتی، ضربان قلب جنین، بررسی پیشرفت زایمان با انجام معاینات واژینال، چک انقباضات رحمی در اولین ملاقات (NST) بدو پذیرش آگاهی کارکنان از نحوه تکمیل فرم پارتوگراف تکمیل پارتوگراف برای مادران باردار در لیبر در فاز فعال زایمانی توسط ماما/ پزشک تحویل و تحول مادران در لیبر، حین زایمان و پس از زایمان توسط پزشکان و کارکنان در تمام نوبت های کاری	ارائه مراقبتها در لیبر و زایمان
		1.5	تخصیص و چینش تیرو متناسب با حجم کاری در هر شیفت کاری (صبح) تخصیص و چینش تیرو متناسب با حجم کاری در هر شیفت کاری (عصر و شب)	استاندارد نیروهای انسانی در بلوک زایمان
		۲	چک علائم حیاتی، خونریزی و وضعیت انقباض رحمی (ساعت اول هر ربع ساعت، ساعت دوم هر نیم ساعت)	ارزیابی و پایش مستمر مادر تا ۲ ساعت پس از زایمان برای تمام مادران باردار کم خطر و پر خطر
		5	انتقال ایمن به بخش مربوط بر حسب مراقبت مورد نیاز مادران ارزیابی خونریزی، محل برش اپیزیاتومی، خروج از تخت به محض مناسب شدن حال مادر، تغذیه، اطمینان از تخلیه مثانه، توجه به علائم خطر مادر مراقبت از مادر در بخش پس از زایمان تا زمان ترخیص طبق دستورالعمل راهنمای کشوری خدمات مامایی (ساعت سوم هر یک ساعت تا ۴ ساعت و سپس هر ۶ ساعت تا زمان ترخیص) ویزیت و معاینه مادران قبل از ترخیص حداقل توسط عامل زایمان یا پزشک متخصص زنان/ مامای کشیک و سپس صدور دستور ترخیص ترخیص مادران سزارین شده با معاینه پزشک متخصص زنان و خودداری از هرگونه دستور تلفنی ترخیص	مراقبت از مادر در بخش پس از زایمان
		2	دسترسی کارکنان بلوک زایمان به فایل الکترونیک/ کاغذی آخرین ویرایش راهنمای روش های بی دردی/ کاهش درد ابلاغی از وزارت بهداشت آگاهی کارکنان بلوک زایمان به مزایا و معایب روش های بی دردی/ کاهش درد ابلاغی از وزارت بهداشت	مدیریت درد مادران باردار بر اساس ضوابط مربوطه انجام می شود.

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		<p>ارائه توضیحات لازم به مادر در خصوص محاسن و معایب روشهای دارویی بی دردی و غیر دارویی کم دردی توسط ماما/ پزشک</p> <p>برقراری امکان استفاده از روش های کاهش درد/ بی دردی و حضور همراه بنا به درخواست مادرراهنما: روش های کم دردی غیر دارویی شامل: تن آرامی، آروماتراپی، ورزش ها، انواع تنفس و زایمان در آب (آب درمانی)، بی دردی دارویی شامل: اپیدورال، اسپینال، انتونکس و داروهای وریدی</p>		
	۲	<p>دسترسی ارائه دهندگان خدمات زایمان، به ابزار بررسی کیفیت خدمات بخش زایمان</p> <p>آگاهی ارائه دهندگان خدمات زایمان از محتوای ابزار بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان</p> <p>ارزیابی اثربخشی مراقبتهای مادر و نوزاد با استفاده از ابزار مربوط در فواصل زمانی معین توسط ماما مسئول</p> <p>تکمیل فرم مربوط طبق دستورالعمل ابلاغی و انجام اقدام اصلاحی / برنامه بهبود در صورت نیاز</p>	<p>اثربخشی مراقبت های مادر و نوزاد با استفاده از ابزار بررسی کیفیت خدمات بخش زایمان ارزیابی و اقدامات اصلاحی موثر به عمل می آید.</p>	
	۲	<p>استفاده از مچ بند شناسایی مادر و نوزاد در بدو پذیرش مادر</p> <p>ثبت مشخصات مربوط به نوزاد پس از زایمان بر مچ بند نوزاد، پس از شناسایی فعال، شامل نام و نام خانوادگی مادر، تاریخ و ساعت تولد، جنس نوزاد در کنار کد شناسایی نوزاد</p> <p>نشان دادن نوزاد و اعلام جنسیت به مادر</p> <p>نصب مچ بند به دست و پای نوزاد بلافاصله پس از تولد در اتاق زایمان / اتاق عمل ترجیحا" روی مچ پای نوزاد، در محلی که ایجاد حساسیت نکند</p>	<p>شناسایی نوزادان در اتاق زایمان / اتاق عمل بر اساس ضوابط مربوط انجام می شود.</p>	<p>برنامه ریزی و ارائه مراقبت از نوزادان</p>
	۱.۵	<p>انتقال ایمن و هم زمان مادر و نوزاد به بخش پس از زایمان</p> <p>قراردادن مادر روی برانکارد یا صندلی چرخدار در صورت پایداربودن شرایط مادر قرار دادن نوزاد در آغوش مادر</p> <p>(تحويل مادر و نوزاد به بخش پس از شناسایی فعال و امضا فرم مخصوص توسط عامل مراقبت از نوزاد و مامای بخش</p>	<p>انتقال ایمن نوزاد به به بخش هم اتاقی مادر و نوزاد</p>	
	۲	<p>بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در دسترس ارائه دهندگان خدمت زایمان قرار گرفته</p> <p>کارکنان مرتبط از محتوای آن آگاهی داشته و مطابق آن عمل می نمایند</p> <p>در هر زایمان بایستی علاوه بر عامل زایمان حداقل یک نفر ترجیحا" کارشناس مامایی یا پرستار به عنوان مسئول انحصاری مراقبت از نوزاد و دارای گواهی احیای پایه نوزاد حضور داشته باشد</p> <p>بررسی سن باراری- بررسی بیماری مادر از طرق اخذ شرح حال- بررسی ناهنجاری جنین از طریق سونوگرافی- بررسی</p>	<p>ارائه مراقبت قبل از تولد نوزاد بر اساس بسته خدمتی نوزاد سالم و ثبت در پرونده</p>	

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			وضعیت سلامت جنین (الگوی ضربان قلب، بیوفیزیکال پروفیل، آغشته بودن مایع آمنیوتیک)	
		۳.۵	پیشگیری از هیپوترمی	ارائه مراقبت حین تولد بر اساس بسته خدمتی نوزاد سالم و ثبت در پرونده
			ارزیابی نوزاد نیازمند احیا	
			تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد	
			کلامپ تاخیری بند ناف بین ۱ تا ۳ دقیقه پس از تولد	
			معاینه نوزاد و تماس پوست با پوست، تغذیه نوزاد با شیر	
			کنترل علائم حیاتی شامل: ضربان قلب، تنفس و دمای بدن نوزاد	
			انجام اولین ارزیابی نوزاد	
		۲	ارزیابی و پایش مستمر نوزاد تا ۲ ساعت پس از زایمان براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت شامل: چک ضربان قلب، تنفس و دمای نوزاد هر نیم ساعت تا دو ساعت توجه به بند ناف و انجام شیردهی	ارائه مراقبت بعد از تولد تا زمان ترخیص بر اساس بسته خدمتی نوزاد سالم
			مراقبت پس از تولد تا زمان ترخیص شامل: ارزیابی معمول نوزاد- تحمل تغذیه- دفع مدفوع و ادرار- ایمن سازی (انجام واکسیناسیون هپاتیت، ب ت ژ و دادن قطره فلج اطفال قبل از خروج از بیمارستان و تزریق ویتامین K)- مراقبت از بند ناف- مراقبت از پوست- مراقبت از چشم- برقراری ارتباط عاطفی نوزاد و والدین- آموزش شیردهی و پوشاک نوزاد	
		۲	ارزیابی نوزاد و تعیین نیاز فوری به احیا مطابق با آخرین الگوریتم ابلاغ شده احیاء نوزاد (ترم بودن، وضعیت مایع آمنیوتیک، تنفس نوزاد، تون عضلانی نوزاد)	احیاء نوزاد بر اساس ضوابط مربوط در مراحل زایمان برنامه ریزی و ارائه می شود.
			شروع احیاء پایه و گام های نخستین احیاء نوزاد توسط عامل مراقب نوزاد و ارزیابی مجدد	
			شروع تهویه با فشار مثبت در صورت عدم پاسخ به اقدامات فوق	
			فراخوان اعضای تیم احیاء پیشرفته در صورت نیاز (تیم احیا نوزادان در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان با مشارکت از کارکنان و پزشکان همان بخش با حضور سوپروایزر شیفت است)	
		۲	حضور فوری پزشکان ذیصلاح با اولویت پزشک فوق تخصص نوزادان/ حداقل متخصص اطفال دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد، در اتاق زایمان/ اتاق عمل	در اتاق زایمان/ اتاق عمل امکانات و حضور افراد ذیصلاح برای احیاء نوزادان برنامه ریزی و تامین می شود.
			حضور حداقل یک پزشک دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد در تمام نوبت های کاری بلوک زایمان در تمامی ساعات شبانه روز و روزهای هفته در بیمارستان	
			حضور دائم حداقل یک فرد ذیصلاح و ترجیحا "مامای دارای گواهی احیاء پیشرفته نوزاد، بر اساس بسته خدمتی احیای نوزاد در بیمارستان	

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		<p>تهیه و چینش ترالی احیاء نوزادان در اتاق زایمان/ اتاق عمل طبق دستورالعمل کشوری و دسترسی سریع به ترالی احیاء نوزاد (در صورت وجود اتاق احیاء نوزاد به صورت مجزا، در فاصله ۱۵ تا ۲۰ متری اتاق زایمان و اتاق عمل سزارین و با مدت زمان انتقال نوزاد به اتاق مزبور زیر ۱۵ ثانیه (۵) ساماندهی تیم احیاء متشکل از حداقل یک فوق تخصص / متخصص کودکان/ پزشک/ فرد ذیصلاح و مامای مراقب نوزاد</p>		
		<p>وجود اتاق آموزش، شیردهی و امکانات لازم برای مادران در بخش زنان و زایمان</p> <p>استفاده از امکانات و تسهیلات لازم جهت تداوم تغذیه با شیر مادر برای مادران دارای نوزاد و شیرخوار دارای زیر دو سال بستری در بیمارستان شامل تخت، یخچال، دسترسی به حمام و سرویس بهداشتی، دسترسی به غذا و مایعات، دسترسی به صندلی راحتی زیرپایی</p> <p>وجود و امکان استفاده از شیردوش برقی، وسایل نگهداری و خورانش شیر دوشیده شده و وسایل استریل کردن ظروف مربوطه (ظروف نگهداری شیر در اندازه های مختلف ، یخچال جهت نگداری شیر – دستورالعمل شستشو و ضدعفونی وسایل تغذیه مناسب شیرخوار از شیر مادر و تکمیل فرم مشاهده شیردهی در بخش پس از زایمان (۵) اثربخشی تسهیلات و امکانات لازم جهت تداوم تغذیه با شیر مادر در ترویج تغذیه با شیر مادر</p>	<p>تسهیلات و امکانات لازم جهت تداوم تغذیه با شیر مادر برای نوزادان بستری فراهم است.</p>	
	۲	<p>ارائه توضیحات و آموزش با زبان ساده و قابل فهم در زمینه نحوه زایمان، روش های کاهش درد/ بی دردی زایمان، روند پیشرفت زایمان و مراقبت های نوزاد</p> <p>ارائه توضیحات و آموزش شفاهی در زمینه اهمیت و چگونگی برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد</p> <p>گاهی مادر از توضیحات ارائه شده در طول لیبر، زایمان و پس از زایمان تا زمان ترخیص</p> <p>اثربخشی آموزش های ارائه شده و پایبندی و باور مادران در خصوص اهمیت تغذیه با شیر مادر</p>	<p>آموزش لازم در خصوص فرایند زایمان طبیعی به مادران ارائه می شود و مادران از نقش مشارکتی خود آگاهی دارند</p>	<p>آموزش به مادران در خصوص مراقبت از خود و نوزادش</p>
	۲	<p>تدوین مفاد آموزشی براساس مراقبتهای مادر و نوزاد پس از زایمان بر اساس دستورالعمل کشوری</p> <p>آگاهی کارکنان از آموزش مراقبت های مادر و نوزاد پس از زایمان</p> <p>(ارائه آموزش و توضیحات مراقبتهای مادر و نوزاد پس از زایمان به زبان ساده و قابل فهم</p> <p>آگاهی مادر و همراه از توضیحات ارائه شده و یادگیری مبانی مهم مراقبتهای مادر و نوزاد پس از زایمان</p>	<p>در زمان ترخیص آموزش مراقبتهای مادر و نوزاد پس از زایمان، به صورت شفاهی به زبان قابل درک به مادر و همراه ارائه می شود.</p>	



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			پاسخ به تمام سوالات مادر/همراه در زمینه مراقبتهای مادر و نوزاد پس از زایمان و تحویل یک نسخه خوانا از آموزشهای ارائه شده به مادر/ همراه وی		
		1.5	تعیین فرد ذیصلاح ماما جهت پیگیری و وضعیت مادر و نوزاد پس از ترخیص پیگیری میزان رعایت برنامه های خودمراقبتی مادران و نوزادان و مراجعه بعدی آنها پس از ترخیص ثبت پیگیریهای انجام شده و راهنماییها و اقدامات صورت صورت پذیرفته	پس از ترخیص میزان رعایت برنامه های خودمراقبتی مادر و نوزاد و مراجعه بعدی توسط بیمارستان پیگیری می شود	
		۸	بررسی سزارین های انجام شده به تفکیک متخصصین بررسی علل سزارین های انجام شده در کمیته بیمارستانی داشتن برنامه عملی و کارآمد برای کاهش سزارین پیگیری مصوبات کمیته ها	برگزاری ماهانه کمیته بیمارستانی ترویج زایمان طبیعی	
		۱	ایجاد تسهیلات برای استفاده از خدمات مامای خصوصی تعداد قراردادهای مرکز و تعداد زایمانهای انجام شده توسط مامای خصوصی		
		1	بررسی سامانه ایمان و به روز بودن ثبت اطلاعات مادران و نوزادان		
		۱	قرارداد با مامای همراه، امکانات حضور همراه آموزش دیده شامل: صندلی تخت خواب شو، یخچال و ...	برقراری تسهیلات حضور مامای همراه (دولا) و همراه آموزش دیده در بخش لیبر و زایمان	
		۱	شامل ناشتا بودن مادر - رگ گرفتن و محدودیت حرکت مادر در طول لیبر و اینداکشن	خودداری از اعمالی که بصورت روتین کاربردی ندارد	
		2	اینداکش های غیر علمی و استفاده از روشها و داروهای غیر متعارف (هیوسین، پتیدین، پرومتازین و...)		
		3	فضای مناسب امکانات مناسب برگزاری مرتب	برگزاری کلاس های آمادگی برای زایمان رایگان	
		5	شناسایی مادران پرخطر براساس سامانه ثبت اطلاعات مادر و نوزاد (ایمان)، در بدو ورود به بیمارستان در مرحله تریاژ و یا حین مراقبت (تیم دیده بان) تریاز مادران باردار و الویت بندی مادران پر خطر جهت ویزیت، معاینه و تکمیل فرم تریاژ، گزارش مامایی دفتر پرستاری یا پرونده مادر باردار توسط ماما پیش بینی اقدامات فوری در مواجهه با مادران پرخطر براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت انجام بلافاصله مراقبت های لازم با رعایت اولویت داشتن کد فوریت های مامایی و تیم مربوطه مطابق آخرین دستورالعمل و ابلاغ به تمامی بخش ها	نحوه شناسایی مادران پرخطر برنامه ریزی شده و مراقبتهای اختصاصی بلافاصله آغاز می شود.	
		۳	حضور متخصص زنان وزایمان مقیم بلافاصله و آنکال حداکثر ظرف ۲۰ دقیقه بر بالین مادران پرخطر (مقیم بودن متخصص		

ترویج زایمان طبیعی

برنامه ریزی و اجرای مراقبت از مادران پرخطر با رعایت ضوابط مربوط

		<p>زنان در بیمارستانهای دارای سه متخصص زنان و بیشتر الزامی است</p> <p>تشکیل و حضور تیم فوریت های مامایی در صورت درخواست متخصص زنان طبق بخشنامه کشوری با رهبری بالینی پزشک معالج</p> <p>آگاهی پزشکان/دستیاران تخصصی از وجود فرایند مشاوره با استاد معین در صورت نیاز طبق دستورالعمل ابلاغی و درخواست مشاوره (لیست اساتید معین زنان بصورت ماهانه در دسترس دفتر پرستاری و بلوک زایمان موجود باشد)</p>	<p>در زایمان های پرخطر، تیم مراقبت پزشکی ذیصلاح بر اساس ضوابط مربوط در اتاق زایمان / اتاق عمل حاضر شده و ارائه خدمت می نماید.</p>
	۳	<p>مراقبت و پایش بارداری های پرخطر به صورت مستمر در مراحل قبل، حین و پس از زایمان بر اساس " راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی</p> <p>(ویزیت حداقل روزانه متخصص زنان مقیم/ آنکال از مادر پر خطر و ثبت دستورات پزشکی در پرونده</p> <p>تحویل و تحول مادر پرخطر توسط پزشکان و کارکنان در تمام نوبت های کاری به هم رسته شغلی مربوط</p>	<p>مراقبت و پایش بارداری های پرخطر به صورت مستمر، ایمن و براساس ضوابط مربوطه ارائه می شود.</p>
	۱	<p>آگاهی کارکنان از فرایند اعزام و عمل براساس آن</p>	<p>هماهنگی برای ارجاع و اعزام مادران باردار و نوزادان</p>
	۴	<p>وجود پروتکل برای ۴ عارضه شایع مامایی با تعیین شرح وظایف اعضای تیم و برنامه زمانبندی با امضای رئیس بیمارستان(نصب در دیوار)</p> <p>وجود پروتکل ها در بخش post partum و بارداری پرخطر(نصب در دیوار)</p> <p>آگاهی متخصصین زنان، بی هوشی، داخلی، ماماها و پرستاران شاغل در بخشهای مامایی و بلوک زایمان درمورد پروتکل ها</p> <p>داشتن قابلیت اجرایی پروتکل برای بیمارستان</p>	<p>بررسی عملکرد بیمارستان در خصوص تدوین پروتکل برای ۴ عارضه شایع مامایی (خونریزی، پره اکلامپسی /اکلامپسی، سپسیس و آمبولی)</p>
	1	<p>برای تمام مادران پرخطر /در معرض خطر باید در پرونده الصاق شود(مشاهده حداقل ۳ پرونده مادر پرخطر)</p>	<p>تکمیل فرم MEOWS برای مادران پرخطر</p>
	2	<p>گزارش فوری عوارض شدید بارداری در سامانه ایمن</p> <p>گزارش موارد سقط در سامانه ایمن</p> <p>تکمیل و ارسال فرم مادران بستری ICU و هیستریکتومی به معاونت درمان</p>	<p>گزارش عوارض شدید بارداری در عرض ۴۸-۲۴(مشاهده مستندات)</p>
	۱	<p>تشکیل کمیته مورتالیته و موربیدیته مادران باردار بصورت ماهانه (مشاهده صورتجلسات)</p>	
	۱	<p>بررسی تمام موارد Near Miss در کمیته موربیدیته بیمارستانی بررسی و مداخلات لازم طراحی می گردد (مشاهده صورتجلسات)</p>	
	۱	<p>آیا پیگیری مادران پر خطر به طور مرتب توسط رابط سلامت مادران انجام میگردد؟ (مشاهده لیست پیگیریها)</p>	

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		۱	آیا بیمارستان کلاس توجیهی گزارش فوری عوارض شدید بارداری برای تمام پرسنل درمانی برگزار کرده است (حداقل هر ۶ ماه یکبار) مشاهده مستندات	
		۱.۵	ماما، متخصص زنان و زایمان، پرستار کنترل عفونت، سوپروایزر بالینی، مشاور شیردهی، پزشک آنکال نوزادان	آیا نیروی انسانی لازم برای ارائه خدمت وجود دارد؟
		۱	آموزش مامای زایشگاه و پرستار کنترل عفونت در خصوص مشاوره و انجام تست تشخیص سریع HIV	آیا ارائه دهندگان خدمت آموزش های لازم درباره برنامه کشوری PMTCT دیده اند؟
			آموزش دستورالعمل پیشگیری از انتقال مادر به کودک به ماما و پزشکان متخصص زنان زایشگاه	
			آموزش مشاوران شیردهی در خصوص پیشگیری از انتقال مادر به کودک	
			آموزش پزشکان بخش نوزادان در خصوص درمان پیشگیرانه نوزادان	
		1	مشاهده دفتر ثبت موارد سزارین مادران اچ آی وی مثبت؛ وجود تست سریع اچ آی وی در بیمارستان؛ وجود واکسن پولیو تزریقی؛ وجود داروهای مورد نیاز پروفیلاکسی (به تعداد ۲ زن باردار HIV مثبت احتمالی و ۲ نوزاد در دفتر پرستاری بیمارستان)	آیا بیمارستان برای دریافت و ارائه خدمات و مراقبت مادر باردار مثبت و مادری که وضعیت اچ آی وی وی در زمان زایمان مشخص می شود آماده است؟
		۱	وجود دستورالعمل اجرایی پیوند برنامه های کنترل اچ آی وی و سلامت باروری در بیمارستان	آیا دستورالعمل کشوری برنامه در بیمارستان موجود است؟
		1	نجام تست تشخیص سریع HIV در مواردی که آزمایش HIV زن باردار در سه ماهه سوم بارداری انجام نشده باشد؛ انجام تست تشخیص سریع HIV برای زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان که در زمان زایمان از وضعیت ابتلا به HIV خود مطلع نیستند	آیا نحوه ارزیابی زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان در زمان زایمان درست انجام می شود؟
		۲	آموزش مامای زایشگاه در خصوص تشخیص و مدیریت علائم مسمومیت و محرویت در افراد معتاد	آیا ارائه دهندگان خدمت آموزش های لازم درباره راهنمای کشوری مدیریت وابستگی به موادمخدار بارداری، زایمان، شیردهی و نوزادی آموزشهای لازم را دیده اند؟
			آموزش متخصصین زنان در خصوص تشخیص و مدیریت علائم مسمومیت و محرویت در افراد معتاد	
			آموزش پرستاران بخش post partum در خصوص تشخیص و مدیریت علائم مسمومیت و محرویت در افراد معتاد	
			آموزش متخصصین بی هوشی در خصوص مدیریت افراد معتاد در اتاق عمل	
			آموزش مشاوران شیردهی در خصوص اصول کلی شیر دهی در افراد معتاد	

برنامه های کنترل HIV و سلامت باروری با هدف حذف انتقال HIV از مادر به نوزاد در بیمارستانهای مجری برنامه PMTCT



چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			آموزش پزشکان بخش نوزادان در خصوص درمان سندروم پرهیز نوزادی	
		۱۰۰	امتیاز / امتیاز مکتسبه:	جمع
			درصد امتیاز مکتسبه:	

تکمیل آمار و اطلاعات مربوط به موارد HIV در بیمارستان:

		تعداد زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان در ۶ ماه اخیر که در زمان زایمان از وضعیت ابتلا به HIV خود مطلع هستند.....	1
		تعداد زنان باردار که آزمایش تشخیص سریع HIV آنها در زمان زایمان مثبت گشته است.....	2
		تعداد زنان باردار HIV مثبت مراجعه کننده به بیمارستان در ۶ ماهه اخیر که در حین زایمان درمان پروفیلاکسی را شروع کرده اند.....	3
		تعداد زنان باردار HIV مثبت مراجعه کننده به بیمارستان در ۱ ماهه اخیر که زایمان آنها به صورت سزارین انجام شده است.....	4
		تعداد نوزادان متولد شده از مادران مبتلا به سیفلیس که علامت دار بوده و در بیمارستان بستری شده اند.....	5
		تعداد مادران باردار معتاد مراجعه کننده به مرکز در عرض یکسال گذشته.....	6
		تعداد نوزادان زنده متولد شده از مادران معتاد.....	7

توصیه ها:



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

NICU و بخش های نوزادان

محور	آیتم ارزیابی	روش ارزیابی	امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات
عملکردی	خط مشی نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص نوزادان در بخش های ویژه با حداقلهای مورد انتظار و پس از انجام مشاوره های لازم و تایید رییس بخش تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	3		
	دستورالعمل نحوه واندیکاسیون های اعزام و انتقال موقت نوزاد جهت اخذ خدمات خارج از بیمارستان با حداقلهای مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	3		
	خط مشی مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم نوزادان بد حال با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	3		
	جایگاه رهبری بالینی در بخشهای ویژه تعریف شده است و براساس آن عمل میشود. مشخص بودن مسئولیت هدایت و رهبری بالینی بیماراران ویزیت روزانه بیماراران بخشهای ویژه و ثبت تاریخ و ساعت و مهر وامضاء پزشک ثبت پیشرفت بیماری توسط پزشک معالج یا پزشک متخصص مقیم بخش ویژه هدایت اقدامات تشخیصی درمانی و مشاوره ها توسط رهبر بالینی مشخص (پزشک معالج یا متخصص مقیم بخش ویژه) در کلیه شیفت ها انجام اولین ویزیت بیمار توسط پزشک معالج یا پزشک متخصص مقیم بخش ویژه در محدوده زمانی تعیین شده با توجه به شرایط بالینی بیمار (ویژه بخش NICU)	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	5		
	در بخش مراقبتهای ویژه پزشکان متخصص طبق دستورالعمل ابلاغی به صورت شبانه روزی مقیم هستند و بر اساس وظایف محوله فعالیت می نمایند.تنظیم برنامه شبانه روزی جهت حضور پزشکان متخصص مقیم بخش ویژه،اطلاع پزشکان متخصص مقیم بخش ویژه و حضور پزشکان متخصص مقیم بخش ویژه مطابق برنامه مکتوب در. تعیین پزشک جانشین در صورت نبود پزشک با اطلاع به بیمارستان وبخش (ویژه بخش NICU)	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	3		
	ارزیابی اولیه نوزاد طبق دستورالعمل ابلاغی انجام شده و فرم ارزیابی اولیه توسط پرستاردرمحدوده زمانی تعیین شده به طور کامل و صحیح تکمیل شده است ابلاغ محدوده زمانی اولین ارزیابی در بخش های ویژه و آگاهی پزشکان وپرستاران از محدوده زمانی اولین ارزیابی نوزاد	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	5		
	پرستار بر اساس پاسخ نوزاد به برنامه های مراقبتی و درمانی، ارزیابی مستمر به عمل آورده و در گزارش پرستاری ثبت می کند.	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	3		
	ارزیابی و مدیریت درد صورت گرفته و مداخلات مناسب انجام می گیرد.	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	3		
	اصول ثبت صحیح اقدامات پرستاری(گزارش پرستاری) از طرف مدیریت پرستاری به بخش ابلاغ شده و پرسنل از آن آگاهی داشته و طبق آن عمل می کنند.(رزیابی پرونده ها از نظر ثبت صحیح اقدامات پرستاری)	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	3		

		3	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	آموزشهای لازم را در زمینه مراقبتهای بیمار مربوطه توسط به شیوه های ساده و قابل درک به همراهان نوزاد ارائه نموده و در پرونده ثبت می نماید. در زمان ترخیص در برگ آموزش تکمیل میگردد.	تجهیزات و امکانات
		3	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	پرسنل از آخرین گایدلاین احیای قلبی ریوی آگاهی داشته و طبق آن عمل می کنند. (بررسی برنامه ماهانه احیا و شرح وظایف تیم احیا)	
		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	تقسیم کار پرستاران با نوزاد در هر شیفت بر اساس سطوح مراقبتی به روش مراقبت موردی در بخش انجام صورت گرفته و طبق آن عمل می شود	
		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	اصول NIDCAP (نور، صدا، آشیانه) در بخش اجرا می شود.	
		2	مشاهده	طراحی مناسب روشنایی فضای بستری (عدم تابش نور مستقیم به نوزادان و ترجیحا" استفاده از چراغ موضعی کنسول)	
		3	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	پیگیری های لازم جهت نوزادان بستری در بخش و پس از ترخیص اجرا می شود (غربالگری تیروئید - مشاوره چشم و ...)	
		3	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	میزان آگاهی و انطباق عملکرد پرستاران از: (اصول صحیح محاسبات دارویی، تهیه و رقیق نمودن داروها، نگهداری، اثرات و عوارض جانبی داروها)	
		3	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	میزان آگاهی و انطباق عملکرد پرستاران از: (اصول صحیح خونگیری شریانی و وریدی، تحلیل نتایج آزمایش گازهای خون شریانی و سایر آزمایشهای خونی معمول)	
		3	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	میزان آگاهی پرستاران از: (استقرار سیستم هموویژ لانس، ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی، عوارض حین و بعد از ترانسفوزیون، اقدامات و مراقبت های لازم در بروز عوارض و ثبت صحیح مستندات)	
		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	در بخشهای ویژه امکان انجام خدمات تشخیصی (سونوگرافی، اکوکاردیوگرافی و رادیوگرافی) بر بالین، بدون نیاز به انتقال بیمار میسر است.	
		2	مشاهده	کنسول بالای تخت شامل تابلوی مشخصات بالای سر بیمار، دو عدد خروجی VAC، دو عدد O2، خروجی هوای فشرده اعدد، پریز برق (حداقل ۴-۱۲)، سوکت، پایه نگهدار پمپ تزریق، آویز سرم و نور مناسب هر تخت و فلومتر سالم می باشد.	
		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	جهت رویت گازهای خونی در سریعترین زمان، دستگاه ABG در NICU (یا) مشترک بین چند بخش ویژه (وجود دارد).	
		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	تاریخ مصرف دارو، ملزومات مصرفی و در زمان مقرر طبق دستورالعمل های ابلاغی تعویض / امحاء می شوند.	
		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	ونتیلاتور، دفیبریلاتور با مانیتورینگ قلبی، دستگاه پالس اکسی متری دارای مانیتور مجزا وجود دارد	
		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	جدول NTE بر روی یکی از انکوباتورها در هر سطح وصل بوده و بر اساس آن درجه حرارت نوزاد کنترل می شود.	
		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	انکوباتور پرتابل مجهز و مخصوص برای انتقال نوزاد وجود دارد. (شامل مانیتور، کپسول اکسیژن، میکرونت یا نئوپاف، پمپ انفوزیون...).	

		4	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	سایر تجهیزات شامل: ترازوی توزین، ساکشن (با درجه تنظیم شده برای نوزاد)، پمپ سرنگ و انفوزیون، هود، پاراوان سربی حداقل دو عدد، پمپ انفوزیون سالم به ازای هر تخت حداقل ۲ عدد، ساکشن پرتابل سالم، کپسول اکسیژن پرتابل، برانکارده مجهز به کپسول اکسیژن و بدساید، تشک موج سالم به ازای هر تخت یک عدد و نگاتوسکوپ سالم در بخش موجود است.	
		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	ترموتر دیواری در بخش نصب شده و دمای بخش در محدوده ۲۵-۲۷ درجه سانتیگراد حفظ می شود.	
		2	مصاحبه و مشاهده	دستگاه شیردوش برقی به تعداد کافی وجود دارد. (تعداد)	
		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	یخچال مخصوص ذخیره شیر مادر، یخچال مخصوص دارو مجهز به ترمومتر در بخش وجود دارد.	
		2	مشاهده	صندلی مناسب برای مراقبت آغوشی مادر وجود دارد و KMC به صورت روتین انجام می شود.	
		2	مصاحبه و مشاهده	مرکز تغذیه وریدی (TPN) در مرکز وجود دارد و سرمها و داروها در شرایط استریل در آن مرکز تهیه و به بخشها حمل می شود، در غیر اینصورت اتاق درمان یا Clean Zone با امکانات مناسب (هود، تهویه..) در بخش وجود دارد.	
		2	مشاهده	بانک شیر در بیمارستان وجود دارد	
		2	مشاهده	امکانات انجام KMC continues برای مادران وجود دارد.	
		2	مشاهده	سینک شستشوی نوزاد یا وان پرتابل برای حمام نوزاد وجود دارد.	
		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	ترالی احیاء نوزاد مطابق استاندارد یا مصوب کمیته مرکز وجود دارد.	
		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	برای نوزادان ست مراقبتی (شامل مانیتور علائم حیاتی، پمپ انفوزیون سرم و سرنگ، ساکشن سانترال، بلندر، هیومدیفایر) به تعداد کافی وجود دارد.	
		3	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	طراحی فضای بستری به صورت (تک تختی/۲ و ۴ تختی / فضای باز بستری) بوده و دارای ابعاد متناسب با طراحی بخش می باشد (۷ متر مربع به ازای هر تخت در فضای باز بستری)	
		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	ایستگاه پرستاری مرکزی بخش در حوزه کنترل شده در مرکزیت بخش پیش بینی شده است.	
		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	اتاق سرپرستار با اشرافیت به فعالیت های ایستگاه پرستاری و فضاهای بستری وجود دارد.	
		1	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	اتاق استراحت و رختکن کارکنان در حوزه کنترل نشده وجود دارد.	
		3	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	اتاق برای اقامت مادران دارای (سرویس بهداشتی، حمام، تخت، میز، یخچال، تلفن و سایر امکانات رفاهی) وجود دارد.	
		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	اتاق شستشوی تجهیزات تنفسی وجود دارد.	



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	فضای پارک تجهیزات در ورودی فرعی وانبار تجهیزات وسایل مصرفی بخش بطور جداگانه وجود دارد.	
		2	مصاحبه بررسی مستند و مشاهده	امکانات ملاقات والدین با پزشک در بخش های مراقبت ویژه نوزادان وجود دارد	
	۰	۱۱۰	امتیاز / امتیاز مکتسبه:		
	۰		درصد امتیاز مکتسبه:		
					توصیه ها:



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



دیالیز

دیالیز

حیطه	ردیف	موارد ارزیابی	توضیحات	امتیاز	امتیاز مکتسبه
فضای فیزیکی و تجهیزات بخش	۱	بخش با سایر بخش ها ارتباط دارد		۱	
	۲	آیا تسهیلات مناسب جهت انتقال بیمار وجود دارد؟	آسانسور-شیب مناسب - وجود حفاظ کنارپله	۱	
	۳	وضعیت مناسب ایستگاه پرستاری	اشراف به کلیه تخت ها، وجود رایانه، فضای مناسب جهت گزارش نویسی	۰.۵	
	۴	وجود اتاق مخصوص معاینه پزشک	باوسایل ضروری	۰.۵	
	۵	وجود اتاق مخصوص سرپرستار	باوسایل ضروری	۰.۵	
	۶	وجود اتاق مخصوص پرستاران	اتاق استراحت، فضای تغذیه، وجود سرویس بهداشتی مخصوص کارکنان به تفکیک زن و مرد	۰.۲۵	
	۷	وجود سیستم نور مناسب و مستقل برای هر تخت	مهربانی بالای سرتخت	۰.۵	
	۸	وجود انبار با چیدمان مناسب		۰.۲۵	
	۹	وجود سرویس بهداشتی جهت بیماران به تفکیک زن و مرد	وجود توالت فرنگی و ایرانی هر دو	۰.۵	
	۱۰	وجود یخچال برای سایر مصارف غیر دارویی		۰.۵	
	۱۱	وجود رختکن برای بیماران به تفکیک زن و مرد	مجیز به کمد لباس و جا کفشی	۰.۵	
	۱۲	وجود اتاق غذاخوری برای بیماران	میز و صندلی و آب سرد کن	۰.۲۵	
	۱۳	وجود دسترسی به خط تلفن مستقل	جهت تماس با بیماران	۰.۵	
	۱۴	اتاق انتظار همراهان	ممکن است سالن غذاخوری و اتاق انتظار ادغام شود	۰.۲۵	
	۱۵	وجود اتاق ایزوله مناسب برای بیماران HBS Ag + (در صورتیکه بیمار مذکور رادیالیز مینماید.)	تجهیزات و وسایل جداگانه دستگاه فشار خون وسایل تزریقات و تب سنج	۱	
	۱۶	وجود اتاق دیالیز مجازی (اتاق سرویس دستگاه)	تعمیر و آزمایش دستگاه دیالیز	۰.۵	
	۱۷	وجود تابلوی راهنمای بخشها		۱	
	۱۸	آیاسیستم زنگ اخبار جهت بیماران در توالت و دستشویی بیماران وجود دارد؟		۱	
	۱۹	وجود تلویزیون در بخش	مناسب جهت استفاده تمام بیماران	۰.۲۵	
	۲۰	راه خروج اضطراری	طبق استانداردهای لازم	۰.۲۵	
	۲۱	وجود تهویه مطبوع		۱	

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

۰.۵		وجود قفسه دارویی ذخیره مجهز به لیست داروهای مورد نیاز با برچسب	۲۲
۰.۵	چارت بررسی روزانه داشته باشد	وجود یخچال دارو با ترمومتر و چارت نما	۲۳
۱	یک پرستار روشن و خاموش و چک کند+مستندات دفتر ثبت	وجود دفیبریلاتور سالم ودفتر ثبت استریپ روزانه (امکانات، استفاده)	۱
۱	لیست طبقات ترالی احیاء مکتوب کنار ترالی باشد	وجود ترالی احیاء(CPR) مجهز به کلیه لوازم و داروهای مورد نیاز	۲
۰.۵	به راحتی بالای سر بیمار و پای تخت قابل تغییر باشد.(اتوماتیک یادستی)	وجود تخت های استاندارد و سالم دیالیز	۳
۱		وجود تسهیلات ثابت و سیار مورد نیاز هر تخت (دستگاه فشار سنج، گوشی، پایه سرم، درجه حرارت)	۴
۱		وجود برانکارد روان، داری بد سایید و محفظه اکسیژن دار	۵
۱		وجود ویلچر سالم	۶
۱		وجود دستگاه ECG سالم	۷
۱		وجود پالس اکسی متری سالم	۸
۰.۵	یک پرستار روشن و خاموش و چک کند	وجود سیستم ساکشن مرکزی (خروجی برای هر تخت)	۹
۰.۵	یک پرستار روشن و خاموش و چک کند	وجود دستگاه ساکشن پرتابل (امکانات، استفاده)	۱۰
۰.۵	یک پرستار روشن و خاموش و چک کند، تمامی مانومتر اکسیژن داشته باشد.	وجود سیستم اکسیژن مرکزی (یک خروجی برای هر تخت)	۱۱
۰.۵	تمامی مانومتر اکسیژن داشته باشد.	وجود اکسیژن پرتابل ((۲ عدد برای هر بخش)	۱۲
۱		وجود ترالی سالم در بخش	۱۳
۰.۵		وجود ترازو برای توزین افراد معلول (ویلچری)	۱۴
۰.۵		وجود گلوکومتر	۱۵
۱	تعداد عینک حداقل به تعداد پرسنل حاضر در بخش	آیا به تعداد کافی گان، دستکش، عینک، ماسک و سایر وسایل حفاظتی پرسنل موجود است؟	۱۶
۱	چک عملکرد پرسنل هنگام فعالیت	آیا مایع Hand rub در بخش وجود دارد؟ حسب دستورالعمل کنترل عفونت	۱۷
۰.۵	اگر همه بی کربنات نیست چندتا از کل ذکر شود.	انجام دیالیز بی کربنات توسط ماشینهای دیالیز	۱۸

تجهیزات پزشکی بخش دیالیز

۱۹	آیاسفتی باکس در بخش وجود دارد؟	فقط دو سوم پرشودتعویش گردد.	۰.۵
۲۰	آیا پمپ انفوزیون در بخش وجود دارد؟		۱
۱	آیا برنامه ای برای توجیه بیمار جدیدالورود وجود دارد؟	وجود فرم و برنامه توجیه قوانین و...به بیمار	۰.۵
۲	آیا برنامه برای توجیح پرسنل جدیدالورود وجود دارد؟	وجود برنامه توجیهی	۰.۵
۳	حضور سرپرستار واجد شرایط طبق مستندات اعتباربخشی		۱
۴	تعداد پرسنل به اندازه کافی (نسبت ۳ به ۱ در بخشهای زیر ۱۰ تخت و نسبت ۴ به ۱ در بخشهای بالای ۱۰ تخت)	براساس برنامه ماهیانه پرسنل چک شود.	۰.۵
۵	حضور مستمر کادر خدماتی در هر شیفت دیالیز		۱
۶	وجود نیروی آنکال یا مستقر در ساعات غیرفعال بخش	وجود برنامه آنکال پرسنل	۰.۵
۷	آگاهی کامل پرسنل از پروتکل های دیالیز (ادم ریه، هیپرکالمی، اسیدوز متابولیک، پریکار دیال افیوژن، اورمی و دیالیز خشک و...)	وجود مستندات آموزشی مرتبط پرسیدن از ۲ پرستار حاضر در خصوص حداقل دو مبحث مذکور - سرپرستار حتما سوال گردد.	۱
۸	آگاهی پرستاران از شیوه های دستیابی عروق ونحوه مراقبت از آنها (فیستول، گرافت، کاتتر ورید مرکزی موقت و دائم)	وجود مستندات آموزشی مرتبط-دیدن دستیابی عروق دو بیمار-محل سوزن بیمار- محل خروج و پانسمان کاتترها	۱
۹	آگاهی پرستار از واکنش های حین دیالیز (سردرد، افت فشار خون و یا افزایش فشار خون و...)	وجود مستندات آموزشی مرتبط-دیدن ست ماشین در حال کارهماهنگی دما، جریان مایع ماشین دور پمپ یا وضعیت بالین بیمار	۱
۱۰	رعایت مدت زمان دیالیز مطابق با دستور پزشک (در حال استاندارد ۴ ساعت باشد).	از طریق تعداد بیماران در روز و تعداد شیفت وساعات اتمام فعالیت بخش بررسی گردد.	۱
۱۱	آیا تقسیم کار و حوزه مسئولیت صورت می پذیرد؟	مکتوب باشد	۱
۱۲	آیا پروتکل های درمانی (ادم ریه، هایپرکالمی، اسیدوز متابولیک، پریکار دیال افیوژن و دیالیز خشک) در دسترس هستند؟ (تهیه و نصب)	مشاهده پروتکل و سوال از پرستاران	۱
۱۳	آیا بیماران حداقل در هفته یک بار و یا جهت بررسی نتایج آزمایشات ماهیانه و یا بروز موارد اورژانسی توسط پزشک ویزیت می شوند؟	تاریخ ویزیت ها چک شود	۱
۱۴	آیا پزشک آنکال (پوشش دائم) به موقع بر بالین بیمار حاضر می شود.		۱

۱۵	آیا بیماران به صورت دوره ای توسط نفرولوژیست ویزیت می شوند؟	۱
۱۶	کنترل آزمایشات لازم قبل وبعد از دیالیز انجام می شود؟ اگر آزمایش بیمار خارج از محدوده قابل قبول دستور پزشک اجرای اقدام اصلاحی	چک انجام آزمایشات در پرونده بیمار-مناسب بودن حداقل موارد P.K.Ca.Hb- انجام اقدامات اصلاحی
۱۷	آیا وضعیت عمومی و بالینی بیمار در گزارش پرستاری قید می گردد؟	چک پرونده بیمار+دیالیزشیت
۱۸	آیا رعایت اصول ایمنی بیمار صورت می گیرد؟	Bed سایید در صورت لزوم- غیر لغزندگی زمین و...
۱۹	آیا دستورات پزشک ثبت و کنترل می شود؟	چک برگه سیربیماری و دستورات پزشک-تاریخ ویزیت و اجرای دستور
۲۰	آیا برای بیمار نسخه تجویز دیالیز توسط پزشک متخصص صادر شده است؟	مشاهده پرونده
۲۱	آیا اعزام و انتقال بیمار به سایر مراکز درمانی و یا سایر بخش های مختلف بصورت مناسب انجام می شود؟	در کلینیک ها، آمبولانس و بیمارستان معین داشته باشند
۲۲	آیا تحویل شیفت به همکاران با توضیحات لازم انجام می شود؟	وجود راهنمای نکات کلیدی در خصوص تحویل بیمار به پرستار دیگر
۲۳	آیا کفایت دیالیز (KT/V) بیمار بصورت ماهانه اندازه گیری می شود؟	دیدن فرم کلی KT/V بیمار
۲۴	آیا پرسنل یونیفرم استاندارد و اتیکت مشخصات دارند؟	۱
۲۵	آیا تخت و تشک بیماران بعد از هر بار دیالیز با محلول گندزدا تمیز می گردد؟	وجود دستورالعمل و مشاهده عملکرد
۲۶	آیا سستشوی دستها از هر بیمار به بیمار دیگر (قبل و بعد از هر تکنیک) انجام می شود؟	وجود دستورالعمل کنترل عفونت- در حین بازدید فعالیت پرسنل توجه شود
۲۷	تهیه آمپول اپراکس برای بیماران توسط بخش مربوطه طبق دستور پزشک	کنترل دستور پزشک
۲۸	تهیه آمپول ونوفر توسط بخش مربوطه طبق دستور پزشک	کنترل دستور پزشک
۲۹	آیا تاریخ انقضای محلول های دیالیز، سرم ها و داروها و ست ها کنترل می شود؟	چک محل نگهداری
۳۰	آیا صافی مناسب انتخاب می شود؟	وجود انواع صافی در بخش- دیدن KT/V کل بیمار اقدامات اصلاحی توسط پزشک و سرپرستار

۳۱	آیا پرایم و شستشوی دستگاه به روش صحیح انجام می شود	وجود مستندات آموزشی مرتب-دیدن Set UP ماشین	۱
۳۲	آیا ۵٪ ظرفیت بخش جهت شرایط اورژانس بصورت Stand By وجود دارد؟	ذکر تعداد تخت های اورژانس مشخص شود دارد یا نه	۱
۳۳	آیا کلیدهای کنترل دستگاه دیالیز وسطوحی که احتمال آلودگی با خون دارند مرتب ضد عفونی می شوند؟	زمان بازدیدانتهای دیالیز باشد	۱
۳۴	آیا بیماران بر علیه هیپاتیت B و ویروس آنفلانزا بر طبق پروتکل واکسینه می شوند؟	چک پرونده بیمار و مستندات	۱
۳۵	آیا نیازسنجی آموزشی توسط سرپرستاران انجام شده است؟	مشاهده لیست	۱
۳۶	آیا ملحفه و روبالشی بیماران بعد از هر دیالیز تعویض می شود؟		۱
۳۷	آیا از ست پانسمان استریل دارای تاریخ استریلیزاسیون و چسب ok و نوار تاییدیه استفاده می شود؟		۰.۵
۳۸	رفتار حسنه و پاسخگویی به بیماران	(از سه بیمار سوال شود) هر سوال درمانی و پرستاری دارید پرستار مسئول جوابگو هست؟	۰.۵
۱	وجود مستندات کشت های دوره ای (بر اساس دستورالعمل)	بررسی مستندات	۱
۲	وجود برنامه پرسنل و پزشکان مقیم و آنکال	بررسی برنامه ماهیانه پرسنل و پزشکان	۱
۳	وجود بوردهای آموزشی در بخش / تقسیم کار / اسامی بیماران		۱
۴	وجود دفاتر بخش / گزارش پرستاری / ترانسفوزیون / وسایل مصرفی و شناسنامه تجهیزات		۱
۵	وجود مستندات CPR	دفتر و نمونه فرم CPR	۱
۶	وجود مستندات ارزشیابی مستمر روزانه - ماهانه و سالانه پرسنل		۱
۷	وجود دستورالعمل های مربوطه از وزارت بهداشت و درمان		۱
۸	وجود دستورالعمل انجام آزمایشات ماهانه، ۳ ماهه، ۶ ماهه		۱
۹	وجود مستندات حوادث (خطاهای پزشکی، مرگ و میر و عفونت)		۱
۱۰	وجود مستندات تکمیل فرم های رضایتمندی بیماران		۱
۱۱	وجود مستندات آموزش مداوم پرسنل		۱

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

۱۲	وجود مستندات آموزش بیمار و همراهان	۱	
۱۳	وجود مستندات فرایند رسیدگی به شکایات	۱	
۱۴	آیا نتایج آزمایشات دوره ای بیماران در پورتال ثبت می شود؟	۱	کنترل سالانه
۱۵	آیا آمار و اطلاعات بیماران به روز رسانی می شود؟	۱	کنترل سالانه
۱۶	آیا آمار فوتی و پیوندی به روز رسانی می شود؟	۱	کنترل سالانه
۱۷	آیا کلیه تجهیزات دارای شناسنامه هستند؟ (شامل اطلاعات سال نصب، مدل، نام نمایندگی، کشور تولید کننده، جداول ثبت بازدید های دوره ای، نقص فنی، قطعات تعویضی، قیمت قطعات و دستمزد)	۰.۲۵	هر دستگاه پرونده جداگانه داشته باشد.
۱۸	آیا کلیه تجهیزات بصورت دوره ای کالیبره می شوند؟	۰.۵	چک زمان کالیبره شدن از پرونده دستگاه ها
۱۹	ترتیب و چیدمان اوراق پرونده (فرم های مورد نیاز، پر بودن مشخصات در سر برگ ها...)	۰.۵	پرونده دائم به ترتیب: دستور پزشک - آزمایش - دارو - ارزیابی کفایت - پذیرش پرستاری - شرح حال - برگه آموزش به بیمار الکتروکار دیوگرام)
۲۰	رعایت اصول گزارش نویسی و تکمیل دیالیز شیت (زمان پذیرش، کنترل وزن بیمار؛ وضعیت عمومی بیمار، کنترل علائم حیاتی، مشاهدات، بیماریهای زمینه ای، دفعات دیالیز، نوع HBS Ag, HCV Ab, مثبت زمان شروع و اتمام دیالیز، میزان هپارین و...)	۱	بررسی پرونده بیمار و دفتر پذیرش اولیه بیمار - مستندات پذیرش بیمار
۲۱	وجود آموزش مستمر پرسنل بصورت کلاسهای درون بخشی (برنامه ریزی کلاسها و جزوات آموزشی)	۱	مستندات
۲۲	آموزش بیماران و همراهان وی (بمفصل آموزشی، آموزش چهره به چهره و سایر موارد آموزشی در خصوص نحوه نگهداری فیستول، گرافت، تغذیه و محدودیت های آن، مصرف دارو، بهداشت فردی و...)	۱	وجود مستندات آموزشی مرتبط - پرسیدن حداقل دو مبحث آموزش دیده از ۲ بیمار
۲۳	آیا ریسک فاکتورهای دیالیز شناسایی، طبقه بندی و اولویت بندی شده است؟	۱	مشاهده لیست
۱	آیا Line RO ON مدیکال موجود است؟	۱	
۲	آیا RO دوم وجود دارد؟	۰.۵	برای مواقع ضروری و خرابی دستگاه
۳	آیا سیستم منبع آب برای مواقع قطع آب موجود است؟	۱	

تاق RO



چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

۰.۵	جهت کنترل روزانه دستگاه	وجود شیر برای گرفتن نمونه از آب RO	۴		
۰.۵		آیا سطل های زباله پدالی مجزا(عفونی و غیر عفونی) وجود دارد؟	۵		
۰.۵	بررسی مستندات	بررسی آزمایشات آب قبل و بعد از RO هر سه ماه	۶		
۰.۵	بررسی مستندات	باز بینی، سرویس و تعمیر دستگاه سخت گیر و RO به صورت ماهانه	۷		
۰.۵		آیا پارامترهای آب از قبیل سختی، کلر و PH در هر شیفت سنجیده می شود؟	۸		
۰.۲۵		بررسی وضعیت نظافت محل سخت گیر و RO	۹		
۱		وجود سیستم برق اضطراری در مرکز	۱		دستگاههای دیالیز
۱		وجود UPS مستقل برای بخش	۲		
۰.۵		وجود دستگاه دیالیز با نسبت یک دستگاه به چهار بیمار	۳		
۰.۵		وجود دستگاه دیالیزرزرو	۴		

نتایج خروجی درمان (Out Come) بخش دیالیز

امتیاز مکتسبه	ارزش	شاخص	ردیف
	۱	بیماران با هموگلوبین مساوی یا کمتر از ۱۰	۱
	۱	بیماران با KT/V مساوی یا بیشتر از ۱/۲	۲
	۱	بیماران با فاسفر بیش از ۵ میلی گرم در لیتر	۳
	۱	بیماران با PTH بیشتر از ۱۰۰۰	۴
	۱	بیماران با آلبومین کمتر از ۳	۵
	۱	بیماران آلوده به ویروس هپاتیت B	۶
	۱	بیماران آلوده به ویروس هپاتیت C	۷
درصد تحقق استاندارد		امتیاز مکتسبه:	امتیاز کل:

:



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

بخش شیمی درمانی

ردیف	موارد ارزیابی (استاندارد)	روش ارزیابی	حداکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات عدم انطباق
۱	دسترسی به بخش به راحتی انجام می شود؟	مشاهده	۵		
۲	ارتباط مناسبی بین بخش با سایر واحدهای مرکز وجود دارد؟	مشاهده	۵		
۳	آیا ایستگاه پرستاری وضعیت مناسبی دارد؟	مشاهده	۵		
۴	فضاهای استاندارد تخت ها رعایت گردیده است؟	مشاهده	۵		
۵	اتاق ایزوله استاندارد دارد ؟	مشاهده	۴		
۶	اتاق پیشین دارد ؟	مشاهده	۵		
۷	اتاق آماده سازی دارو (تمیزی یا ایزولاتور) دارد؟	مشاهده	۵		
۸	آیا هود به طور مرتب توسط سرویسکار مناسب بازدید میگردد؟	مستندات	۵		
۹	آیا به تعداد کافی گان، دستکش، عینک، ماسک و سایر وسایل حفاظتی پرسنل موجود است؟	مشاهده	۵		
۱۰	اتاق مجهز به هود شیمی درمانی با تهویه مناسب دارد؟	مشاهده	۵		
۱۱	آیا اتاق پزشک موجود است؟	مشاهده	۵		
۱۲	انبار لوازم مصرفی و دارو دارد؟	مشاهده	۵		
۱۳	اتاق مدارک پزشکی دارد؟	مشاهده	۵		
۱۴	فضای تی شو ردارد؟	مشاهده	۵		
۱۵	سرویس های بهداشتی پرسنل (مجهز به دوش ایمنی) می باشد؟	مشاهده	۵		
۱۶	رختکن پرسنل (زنانه و مردانه) موجود است؟	مشاهده	۴		
۱۷	آبدارخانه موجود است؟	مشاهده	۴		
۱۸	تخت و تشک سالم با نرده محافظ وجود دارد؟	مشاهده	۵		
۱۹	لاکر به تعداد تختها وجود دارد؟	مشاهده	۴		
۲۰	میز جلوی تخت به تعداد تختها وجود دارد؟	مشاهده	۴		
۲۱	برانکارد روان با نرده محافظ وجود دارد؟	مشاهده	۵		
۲۲	صندلی چرخدار به تعداد کافی وجود دارد؟	مشاهده	۵		
۲۳	فضای کلی بخش تهویه مناسبی دارد ؟	مشاهده	۵		
۲۴	دستگاه فشارسنج، گوشی پزشکی، ترمومتر در بخش به تعداد کافی وجود دارد؟	مشاهده	۵		
۲۵	مانیتورینگ پرتابل با کار آئی کامل وجود دارد؟	مشاهده	۵		
۲۶	کپسول اکسیژن با چرخ حمل و مانومتر وجود دارد؟	مشاهده	۵		
۲۷	اکسیژن مرکزی وجود دارد؟	مشاهده	۵		
۲۸	ساکشن پرتابل وجود دارد؟	مشاهده	۵		
۲۹	قفسه داروهای ذخیره بالیست و تاریخ کنترل وجود دارد؟	مشاهده	۵		
۳۰	یخچال داروئی وجود دارد؟	مشاهده	۵		
۳۱	یخچال غذائی وجود دارد؟	مشاهده	۴		
۳۲	پمپ سرنگ و یا پمپ سرم جهت انفوزیون داروها وجود دارد؟	مشاهده	۵		
۳۳	کیف آب گرم و سرد وجود دارد؟	مشاهده	۵		



چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

۳۵	توالی کد طبق دستورالعمل وجود دارد؟ (لارنگوسکوپ-لوله تراشه-ایرو-چراغ قوه و...)	مشاهده	۵
۳۶	آیادستگاه الکتروشوک وجود دارد؟	مشاهده	۵
۳۷	سیستم اطفاء حریق مرکزی و یا حداقل یک کپسول آتش نشانی همراه با هشداردهنده حریق دارد؟	مشاهده	۵
۳۸	سیستم احضار پرستار برای هر تخت و سرویس بهداشتی وجود دارد؟	مشاهده	۵
۳۹	وسایل رفاهی از قبیل (تلویزیون و آب سرد کن و...) وجود دارد؟	مشاهده	۴
۴۰	آیاسطل های زباله درب دار مجزا وجود دارد؟	مشاهده	۵
۴۱	آیا کادر گواهی نامه دوره آموزشی مهارتی و حرفه ای شیمی درمانی دارند؟	مشاهده و مستندات	۵
۴۲	دستورالعمل لازم جهت نگهداری و حفظ ایمنی انواع داروهای سایتو توکسیک وجود دارد؟	مستندات	۵
۴۳	دستورالعمل نحوه پاکسازی در مواقع نشت و ریختن مواد سایتو توکسیک در محیط و نحوه کار با کیت نشت وجود دارد؟	مستندات	۵
۴۴	مستندات مربوط به آموزش پرسنل وجود دارد؟	مستندات	۵
۴۵	مستندات مربوط به مراقبت پزشکی کارکنان وجود دارد؟	مستندات	۵
۴۶	مستندات مواجهات فردی کارکنان وجود دارد؟	مستندات	۵
۴۷	مستندات مربوط به نظافت دوره ای کابین، اتاق تمیز و پیشین وجود دارد؟	مستندات	۵
۴۸	مستندات مربوط به ثبت دمای یخچال وجود دارد؟	مستندات	۵
۴۹	مستندات مربوط به ثبت فشاراتاق تمیز وجود دارد؟	مستندات	۵

امتیاز کل:

امتیاز مکتسبه:

درصد تحقق استاندارد:



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

پرتو پزشکی

ردیف	موارد ارزیابی (استاندارد)	۰	۱	۲	ضریب	امتیاز مکتسبه	توضیحات
۱	مرکز / بیمارستان دارای پروانه بهره برداری معتبر می باشد و نام بخش در آن درج گردیده و زمان فعالیت آن با پروانه مطابقت دارد.				۴		
۲	مسئولین فنی دارای پروانه معتبر می باشند.				۳		
۳	در مرکز تصویربرداری، مسئول فنی در تمام ساعات فعالیت بخش طبق پروانه حضور دارد.				۳		نام مسئول فنی:
۴	مسئول فیزیک بهداشت دارای ابلاغ بوده و از شرح وظایف محوله اطلاع داشته و حداقل در یک شیفت کاری حضور دارد.				۲		نام مسئول فیزیک بهداشت:
۵	بخشهای فعال دارای مجوز کار با اشعه معتبر می باشد.				۴		تاریخ اعتبار مجوز کار با اشعه:
۶	لیست پرتویزشکان و پرتوکاران مطابق با اسامی اعلامی به معاونت درمان و مجوز کار با اشعه می باشد. برنامه کاری کادر فنی مطابق با ساعات فعالیت مجاز بخش تنظیم شده است.				۲		
۷	پزشک همکار متخصص رادیولوژی فعال در موسسه (غیر از مسئول فنی) دارای مجوزهای قانونی می باشند.				۲		
۸	مشخصات دموگرافیک بیمار و مارکر مناسب با نوع خدمت در کلیشه ثبت میگردد.				۲		
۹	بخشنامه پذیرش بیماران بالای ۱۰۰ کیلوگرم رعایت می شود. (مراکز تصویربرداری)				۲		
۱۰	کلیه اقدامات تشخیصی (اورژانس) (خارج از نوبت) و غیر اورژانسی) مرتبط با دستگاه های موجود انجام می پذیرد.				۳		
۱۱	بررسی، شناسایی و کنترل عوامل تاثیر گذار بر کیفیت تصاویر توسط مسئول فنی و کارکنان فنی بخش تصویربرداری انجام شده و اقدامات اصلاحی صورت گرفته و برنامه بهبود کیفیت تدوین و در سوابق مدیریت کیفیت ثبت شده است..				۱		
۱۲	نظارت مستمر مسئول فنی بر کیفیت خدمات بطور منظم و حداقل ماهیانه انجام شده و نتایج و مصوبات و اقدامات اصلاحی بصورت دستی و اتوماتیک موجود می باشد.				۱		
۱۳	اصول گزارش نویسی رعایت میشود.				۲		
۱۴	برنامه ریزی و زمان سنجی انجام و گزارش تصویربرداریهای اورژانس و غیر اورژانس صورت گرفته و مصوبات مربوط به کمیته ارتقای اورژانس و کمیته دارو درمان و تجهیزات موجود می باشد.				۲		تائید پزشکان اورژانس ملاک ارزیابی است.
۱۵	خروجی خدمات تصویربرداری (فیلم و CD) مطابق با استانداردهای تصویربرداری پزشکی می باشد.				۲		
۱۶	دستورالعمل نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب تدوین شده و کارکنان از آن مطلع بوده و به آن عمل می نمایند.				۳		



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

۱۷	فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، و تجویز و تزریق داروها انجام، ثبت و توسط پزشک نظارت میشود.	۳			
۱۸	فهرست پروسیجرهای نیازمند بیهوشی و سایر مداخلات تهاجمی تهیه شده است.	۲			
۱۹	اقدامات تشخیصی درمانی مداخله ای با رعایت استاندارد و اخذ رضایت آگاهانه انجام می پذیرد.	۳			
۲۰	ارائه خدمات نیازمند بیهوشی با حضور متخصص بیهوشی و در شرایط استاندارد ریکاوری و با تجهیزات استاندارد صورت می پذیرد. برنامه پزشکان متخصص بیهوشی همکاری کننده با بخش تصویربرداری موجود است.	۲			
۲۱	مسئول پذیرش تصویربرداری اطلاعات لازم در زمان پذیرش بیمار را اخذ و در سیستم ثبت می نماید. (اطلاعات هویتی بیمار و نام پزشک درخواست کننده و...)	۱			
۲۲	شرح حال کامل از بیمار با توجه به نوع خدمت اخذ و ثبت و مورد استفاده قرار میگیرد.	۲			
۲۳	فهرست پروسیجرهای نیازمند کسب آمادگی و فرمهای مربوطه به تفکیک تهیه شده است. توضیحات بصورت شفاهی و کتبی قبل از انجام پروسیجر ارائه و اطمینان از انجام آزمایشات و آمادگی های پزشکی لازم قبل از انجام خدمت حاصل می شود.	۳			
۲۴	آموزشهای لازم به بیماران در حین انجام تصویربرداری و مراقبتهای بعد از آن ارائه می گردد.	۲			
۲۵	ساختار فیزیکی بخش / بخشهای فعال دارای محدوده مستقل و منطبق بر آخرین پلان تایید شده توسط معاونت درمان دانشگاه می باشد. می باشد.	۳			
۲۶	فضای پشتیبانی مناسب شامل رختکن بیمار، اتاق استراحت، اتاق تمیز و کثیف، تی شویی، ریکاوری، انبار و سالن انتظار (با فضای فیزیکی و امکانات رفاهی مناسب) در نظر گرفته شده است.	۲			
۲۷	استانداردهای لازم در خصوص دسترسی به مرکز رعایت شده است و دسترسی بیماران اورژانسی و سرپایی به بخش تصویربرداری ایمن و آسان است.	۲			
۲۸	از لباس، ملحفه و روانداز تمیز و یکبار مصرف استفاده می شود. نظافت و ضدعفونی روزانه تجهیزات تصویربرداری مثل انجام می گیرد. تخت انجام سونوگرافی پس از هر بیمار تمیز یا ملحفه آن عوض می شود.	۱			
۲۹	کلیه اتاقهای تصویربرداری مربوطه هر ۶ ماه یکبار توسط مسئول فیزیک بهداشت از نظر دزیمتری بررسی می شود.	۱			
۳۰	وضعیت نور، تهویه و سیستمهای برودتی/حرارتی و رعایت اصول بهداشتی، مناسب می باشد	۱			



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		۳			تجهیزات پرتویی موجود با مجوز کار با اشعه و پروانه مطابقت دارد	۳۱
		۱			تجهیزات تصویربرداری دیجیتال وجود دارد و کارشناس فنی تصاویر دیجیتال مشخص شده است.	۳۲
		۱			سیستم PACS فعال در مرکز وجود دارد.	۳۳
		۱			بایگانی جهت ضبط و نگهداری مدارک ضروری و پرونده مراجعین و گزارشهای تصویربرداری وجود دارد. (حداقل به مدت ۵ سال)	۳۴
تاریخ آخرین کنترل کیفی انجام شده:		۲			کالیبراسیون اختصاصی و کنترل کیفی دستگاهها (بصورت سالیانه) انجام می گیرد.	۳۵
		۱			تجهیزات سالم و کارا می باشند. گزارش خرابی و نواقص تجهیزات پرتویشکی فعال در مرکز وجود دارد. (مستند)	۳۶
		۲			ترالی اورژانس در قسمتهای مختلف مرکز تصویربرداری به طور جداگانه با تجهیزات کامل در دسترس می باشد.	۳۷
		۱			دستورالعمل مقابله با سوانح پرتوی بر اساس شرایط واقعی کار تدوین گردیده و پرسنل از آن آگاهی دارند.	۳۸
		۱			فهرست محدوده بحرانی تصویربرداری تهیه و در معرض دید کارکنان نصب شده و خط آزاد ارتباطی و آماده بکار برای اطلاع رسانی وجود دارد.	۳۹
		۳			اصول ایمنی بیماران در همه مراحل تشخیصی /درمانی رعایت می گردد. ضوابط مربوط به شناسایی صحیح بیمار- تحویل ایمن بیمار و تصویربرداری صحیح انجام می گیرد. تمهیدات لازم برای مدیریت و پیشگیری از سقوط بیماران- تصویربرداری از بیماران کم توان، سالمند، باردار و اطفال و آسیبهای احتمالی ناشی از کاربری دستگاه پیش بینی شده است.	۴۰
		۱			سیستم برق اضطراری و کیسول اطفاء حریق (با شارژ معتبر) وجود دارد	۴۱
		۲			موازین کنترل عفونت و تفکیک زباله ها رعایت می شود.	۴۲
		۲			وسایل حفاظتی از جمله شیلدهای مختلف و روپوش سربی در بخشهای مربوطه و تک تک اتاقهای گرافی موجود میباشد و کارکنان برای بیماران از آن استفاده می کنند	۴۳
		۲			چراغ هشداردهنده هماهنگ با اکسیژن بر درب های اتاق های پرتو انصب شده است. نگاتوسکوپ سالم به تعداد کافی در محل های مناسب نصب گردیده باشد.	۴۴
		۱			علائم تصویری و نوشتاری هشدار دهنده پرتو و دستورالعملهای حفاظتی مربوط به کارکنان ، مراجعین، زنان باردار و کودکان بصورت شفاف و به تعداد کافی در معرض دید عموم نصب شده است.	۴۵
		۲			معاینات دوره ای پرتوکاران انجام می شود. گزارشات دوره ای فیلم بچ موجود بوده و با پرسنل فعال مطابقت داشته و بررسی و	۴۶



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

					ثبت و بایگانی میشود. مقررات ویژه پرتوکاران موضوع مفاد ۲۰ از فصل پنجم قانون حفاظت در برابر اشعه رعایت می شود.	
۴۷		۲			محرمانگی و حفظ حریم خصوصی انجام می شود.	
۴۸		۱			دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات ، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات نصب می باشد.	
۴۹		۲			سرویس بهداشتی با روشویی مناسب و رعایت ضوابط بهداشتی وجود دارد. آب سردکن همرا با لیوان یکبار مصرف وجود دارد.	
۵۰		۱			اتیکنهای خوانا همراه با اسم و مشخصات کلیه کارکنان و فیلم بچ پرتوکاران نصب می باشند. کارکنان از روپوش مناسب و تمیز استفاده می کنند.	
۵۱		۲			تعرفه مصوب رعایت می شود و معرض دید نصب شده است. مبلغ دریافتی در مرکز ثبت شده و رسید به بیمار تحویل داده میشود.	
۵۲		۲			برخورد و رفتار متصدی پذیرش و سایر کارکنان با مراجعین مناسب است و در نظر سنجی میدانی ، بیماران از خدمات ارائه شده در موسسه/مرکز رضایت دارند.	
امتیاز مکتسبه:						
درصد تحقق استانداردها:						



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



هتلینگ

هتلینگ

محور ارزیابی	آیتم ارزیابی	روش ارزیابی	امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات
تأمین تسهیلات ایمن برای گیرنده خدمت	ایمن سازی سطوح و دیوارها در محیط بیمارستان برنامه ریزی و اجرا میشود.	گام ها: * رعایت اصول ایمنی سطوح و دیوارها، پنجره ها، کف پوش ها، درب های ورودی و خروجی و سایر سطوح *۳ انجام اقدامات ایمنی جهت پیشگیری از سقوط بیماران و مراجعین *۱ رعایت اصول ایمنی وسایل و تجهیزات پزشکی بیمارستان و مهار نمودن تجهیزات *۱ * دستگیره اتکا در اتاقها، راهروها و سرویسهای بهداشتی *۲ نصب ضربه گیر در کلیه لبه های تیز و نیش ها *۲ نماهای داخلی، ظاهری سالم دارند و با استفاده از مصالح متناسب با کاربری مربوط اجرا شده است *۱	۱۰		
	ورودی درمانگاه ها از درب اصلی بیمارستان و اورژانس مستقل و دسترسی آن برای بیماران کم توان جسمی تسهیل شده است.	گام ها: * وجود درب ورودی با راهنمای درمانگاه و رمپ غیرلغزنده با شیب استاندارد برای افراد کم توان و معلول	۴		
	دسترسی بیماران و مراجعین کم توان جسمی در سطح بیمارستان به بخش ها / واحدها تسهیل شده است.	گام ها: * وجود آسانسور یا رمپ غیرلغزنده با شیب استاندارد (با دستگیره های کمکی در طرفین)	۲		
	دسترسی بیماران و مراجعین در داخل و خارج از اورژانس تسریع و تسهیل شده است.	گام ها: * وجود تابلوهای اورژانس به صورت واضح و با قابلیت دید از خیابان با تأمین نورپردازی در شب *۱ * استفاده از علائم راهنما از درب ورودی اورژانس بیمارستان تا بخش اورژانس *۱ * مسقف بودن ورودی بخش اورژانس و در زیر سقف قرار گرفتن آمبولانس به طور کامل *۱ * انتقال بیمار به اورژانس با آمبولانس یا خودروی حامل بیمار بدحال یا ناتوان، از مسیر باز و بدون مانع و بدون برخورد با ازدحام و شلوغی *۱ * وجود صندلی چرخ دار و برانکارد به تعداد کافی و متناسب با نیاز مراجعین *۱ * حضور راهنما و بیماربر برای انتقال بیماران بدحال در ورودی اورژانس *۱ * قابل شناسایی بودن مسیرها و بخشهای مختلف داخل بخش اورژانس به وسیله نشانه ها و راهنماها *۱ * مسقف بودن مسیر انتقال بیمار و دسترسی تسهیل شده به واحد آزمایشگاه/ بانک خون / تصویر برداری / بخشهای بستری *۱	۸		

	۴		<p>گام ها: * وجود تابلوهای واضح راهنما و علائم راهنمای مسیریابی از درب ورودی تا سالن انتظار درمانگاهها تا آزمایشگاه/ تصویربرداری/ داروخانه سرپایی ۱* تابلوی معرفی تمام پزشکان متخصص و برنامه ویزیت بیماران در ایام هفته ۱* تابلوهای اختصاصی برای هر یک از درمانگاههای تخصصی ۰.۵* وجود منشی/متصدی/متصدیان برای هر یک از درمانگاههای تخصصی متناسب با تعداد مراجعین ۰.۵* سامانه پذیرش سرپایی بایستی هوشمندی لازم از پذیرشهای مکرر بیماران با شناسه های مختلف ممانعت نماید. هر یک از بیماران دارای یک شناسه واحد با امکان بازیافت سوابق مراجعه سرپایی فراهم باشند ۱*</p>	<p>درمانگاه های سرپایی دارای نظام کارآمد راهنمایی و پاسخگویی به بیماران است.</p>
	۶		<p>گام ها: * نور طبیعی و دید واضح به تابلوها و علائم راهنما ۱* تناسب تعداد مبلمان/صندلی با تعداد مراجعین، پیش بینی تمهیدات لازم برای زیبایی و خوشایند کردن ۱* وجود آب سردکن و لیوان یک بار مصرف و تلویزیون یا مانیتور جهت نمایش پیامهای بهداشتی ۱* امکانات شارژ تلفن همراه ۱* وجود سرویس بهداشتی خانمها و آقایان به تفکیک و با رعایت اصول بهداشتی ۱* تهویه مطبوع و دما و گردش هوای مناسب سالن انتظار درمانگاه هرگونه ازدحام مراجعین به هر دلیل مغایر این استاندارد است ۱*</p>	<p>مساحت سالن / سالن های انتظار و مبلمان درمانگاه / درمانگاه ها متناسب با تعداد مراجعین است.</p>
	۶		<p>گام ها: * حضور فرد مطلع دارای حسن برخورد ۱* نصب تابلوی راهنمای ساختمان و طبقات ۱* حداقل امکانات رفاهی در فضاهای عمومی: بوفه، مبلمان راحت، تمیز و سالم متناسب با تعداد بیماران و قابل ضدعفونی کردن، آب سردکن و لیوان یک بار مصرف، تلویزیون یا مانیتور جهت نمایش پیامهای بهداشتی در لابی بیمارستان، امکانات شارژ تلفن همراه، تلفن جهت ارتباط با بخشهای عادی و ویژه در ساعات غیر ملاقات ۲* سرویس بهداشتی خانمها و آقایان به تفکیک و با رعایت اصول بهداشتی ۱* وجود خود پرداز الکترونیک با خدمات کامل ۱*</p>	<p>امکانات رفاهی در فضاهای عمومی و بخشها / واحد ها متناسب با تعداد مراجعین و نوع خدمات طراحی و اجرا شده است.</p>
	۳		<p>گام ها: * هماهنگی رنگ مبلمان و دیوارها و فضای داخلی بخش ۰.۵* استفاده از آسمان نما و نور مصنوعی در بخشها و فضاهایی فاقد نور طبیعی کافی ۰.۵* جانمایی تجهیزات و وسایل بخش در مکان مناسب و عدم به هم ریختگی تجهیزات در راهروی بخشها ۰.۵* مدیریت اوراق متصل به درب و دیوار بیمارستان و بخشها ۱* طراحی دکوراسیون بیمارستان بر اساس اصول زیبایی شناختی و امکانات رفاهی کارکنان ۰.۵*</p>	<p>دکوراسیون و مبلمان در بیمارستان بر اساس اصول زیبایی شناختی و آسایش و آرامش بیماران و مراجعین طراحی و اجرا شده است.</p>
	۵		<p>گام ها: * پیش بینی پله فرار در صورت طبقاتی بودن بیمارستان ۲* وجود نرده پلکان برای تمام راه پله ها ۱* باز بودن مسیرهای خروج و پلکان های اضطراری در تمام اوقات شبانه روز (بازشو درب به سمت خارج) ۲*</p>	<p>پله فرار با علائم راهنمای واضح، دارای نرده و پلکان در همه طبقات بیمارستان بدون هیچ مانعی قابل دسترسی است.</p>

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

	۳		<p>گام ها: * اخذ گواهینامه استاندارد ۱ * تعمیر و نگهداری آسانسورها توسط شرکت های دارای صلاحیت از اداره استاندارد آسانسور منطقه ۵. * همسطح بودن ورودی آسانسور ۰. * نصب دستگیره های کمکی ۰.۵ * تدوین و اطلاع رسانی دستورالعمل استفاده در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری ۰.۵ *</p>	<p>آسانسورهای فعال تحت نظارت های مستمر ایمنی و فنی بوده و دارای گواهینامه استاندارد / گواهی ایمنی از اداره کل استاندارد است.</p>
	۴		<p>گام ها: * اطلاع رسانی ساعات ملاقات و قوانین آن در ورودیهای بیمارستان و بخشها ۱ * وجود فرد/ افراد آشنا به مکان های مختلف در واحد اطلاعات به صورت مستمر در لابی بیمارستان ۱ * محدودیت ورود کودکان ۱ * پیش بینی محل نگهداری ایمن کودکان همراه ملاقات کنندگان در لابی بیمارستان ۱ *</p>	<p>ملاقات بیماران با محدودیت ورود کودکان و رعایت تکریم انسانی مراجعین و حسن برخورد در چارچوب ضوابط تسهیل شده است.</p>
	۲		<p>گام ها: * تعیین ضوابط، شرایط و ساعت ملاقات جهت بیماران بستری در بخشهای ویژه و ایزوله ۰.۵ * فراهم کردن امکان ارتباط با رعایت استانداردهای کنترل عفونت و سایر الزامات ایمنی ۰.۵ * وجود وسایل حفاظت فردی ۰.۵ * نظارت گروه پرستاری بر ملاقات بیمار با خانواده ۰.۵ *</p>	<p>ملاقات بیماران بستری در بخشهای ویژه و ایزوله با رعایت اصول ایمنی بیمار و پیشگیری و کنترل عفونت تسهیل شده است.</p>
	۳		<p>گام ها: * تعیین ضوابط ملاقات بیماران روانپزشکی و اعلام به خانواده بیمار ۰.۵ * تعیین فضای مناسب و تسهیلات لازم در فضای آزاد و یا مکانی مسقف ۰.۵ * نظارت گروه پرستاری ۰.۵ * در دسترس بودن امکانات مهار بیمار ۱ * کنترل راه های فرار احتمالی بیماران روانپزشکی ۰.۵ *</p>	<p>یک محل مطمئن خارج از ساختمان جهت ملاقات بیماران در بخش روانپزشکی و ملاقات کنندگان پیش بینی شده است.</p>
	۶		<p>گام ها: * وجود مکان پذیرش و ترخیص با فضای مناسب و در معرض دید مراجعین ۱ * حضور مستمر حداقل یک نفر در هر زمان در باجه ۱ * انجام فرایند پذیرش و ترخیص بدون ازدحام ۱ * دریافت اطلاعات بیماران با حفظ محرمانگی و رعایت شان و کرامت انسانی ۱ * وجود صندلی متناسب با تعداد مراجعین، در پیش ورودی یا سالن انتظار ۱ * وجود امکاناتی کبی، اسکن و خدمات بیمه ایی در صورت نیاز در جنب واحد پذیرش و ترخیص ۱ *</p>	<p>واحدهای پذیرش و ترخیص در معرض دید مراجعین است و فضای انتظار متناسب با تعداد مراجعین پیش بینی شده است.</p>
	۲		<p>گام ها: * وجود سیستم اطلاع رسانی و جایگزین برای موارد قطع سیستم ۱ * استفاده از تن صدای ملایم ۰.۵ * وجود دستورالعمل محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت پیجر ۰.۵ *</p>	<p>صدای سیستم اطلاع رسانی بلندگو / پیجر در سراسر بیمارستان به صورت واضح قابل شنیدن است.</p>
	۳		<p>گام ها: * وجود صندلی یا نیمکت بهداشتی و سالم در محوطه بیمارستان متناسب با تعداد مراجعین (با قابلیت مسقف شدن) ۱ * فضای سبز و زمین بازی برای کودکان در محوطه ۱ * آلاچیق / آب نما یا وسایل ورزش همگانی در محوطه بیمارستان ۰.۵ * سرویس بهداشتی در نزدیکی فضای سبز ۰.۵ *</p>	<p>فضای سبز و امکانات رفاهی لازم برای استفاده بیماران و همراهان متناسب با تعداد بیماران و مراجعین در بیمارستان فراهم است</p>

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

	۶	<p>گام ها: * نصب و آماده به کار و در دسترس بودن سیستم احضار پرستار برای تمام تختها و فضاهای بسته مانند اتاقهای تصویر برداری و سایر اقدامات تشخیصی درمانی مانند پرتودرمانی، در سرویسهای بهداشتی و حمام بیماران *۲</p> <p>آگاهی بیمار جهت استفاده از سیستم احضار و نحوه ارتباط با پرستار *۲ حضور به موقع پرستار بر بالین بیمار پس از احضار توسط بیمار *۲</p>	<p>سیستم فراخوان / ارتباط با پرستار فعال بوده و در دسترس بیماران است.</p>
	۵	<p>گام ها: * تعیین فضای مناسب در اطراف تخت *۲ وجود پرز برق در فاصله مناسب از تخت و یا سیم رابط *۱ تخت و تشک سالم، پایه سرم، میز غذا *۲</p>	<p>تختهای بستری بیماران دارای حداقل شرایط و ملحقات مورد انتظار است.</p>
	۴	<p>گام ها: * تعویض مستمر و به موقع لوازم مصرفی اتاق بیمار از قبیل ملحفه ها، تشک، پتو، بالش و روتختی ها *۲ نظافت اتاقها و وسایل و تجهیزات آنها مطابق برنامه زمانبندی *۲</p>	<p>شرایط بهداشتی و نظافت اتاق بیمار و لوازم مصرفی آن رعایت میشود.</p>
	۲	<p>گام ها: * وجود کنسول با امکانات مطلوب در بالای تخت بیمار *۱ سالم و فعال بودن *۰.۵ وجود چراغ روشنایی و مطالعه در کنسولها *۰.۵</p>	<p>کنسول اتاق بستری بیماران دارای حداقل شرایط مورد انتظار است..</p>
	۲	<p>گام ها: * تنظیم دفعات تعویض هوا در اتاق بستری و در سرویسهای بهداشتی و حمام *۱ حمام و سرویسهای بهداشتی، پیش ورودی اتاق ایزوله، اتاق کار کثیف، اتاق جمع آوری زباله و لباس کثیف، اتاق نظافت نیاز به تخلیه دائم هوا داشته باشد *۱</p>	<p>تهویه و درجه حرارت اتاق بیمار مطبوع است..</p>
	۲	<p>وجود بخش لاندری و برنامه شستشو و تحویل البسه بخشها *۱ نظافت محیط لاندری و تجهیزات سالم و کالیبره شده *۱</p>	<p>البسه و ملحفه های مورد نیاز بیماران در همه ساعات اعم از ایام تعطیل و غیر تعطیل، با شرایط بهداشتی تامین میشود.</p>
	۴	<p>گام ها: * وجود سرویس بهداشتی و روشویی مناسب و به تعداد کافی برای افراد کم توان جسمی *۰.۵ نصب دستگیره اضافی بر روی قسمت داخلی *۰.۵ نصب شیرهای دستشویی از نوع اتوماتیک با سنسور چشمی و یا اهرمی جهت راحتی در باز و بسته شدن *۰.۵ نظافت مستمر سرویسهای بهداشتی و کنترل با چک لیست خدماتی *۰.۵ وجود مواد شوینده و دستمال کاغذی در سرویسهای بهداشتی *۰.۵ محلی برای آویز سرم *۰.۵ دریاها از هر دو طرف دستگیره دارد به بیرون باز شده و از داخل قفل نمی شوند و ضد رطوبت و مقاوم در برابر ضربه، روشنایی مناسب *۱</p>	<p>امکانات و سرویس های بهداشتی متناسب با وضعیت افراد کم توان جسمی در دسترس است.</p>
	۴	<p>گام ها: * صندلی تختخوابشو در کنار هر تخت *۱ امکان استفاده از غذا در بیمارستان برای همراه *۱ تلویزیون در اتاق بیمار *۱ یخچال سالم ویژه مواد غذایی *۱ تلفن با امکان تماس با خارج از بیمارستان *۰.۲۵ وجود امکانات پذیرایی مانند ماکروفر، امکان تهیه قهوه و چای و سرو غذا در اتاق *۰.۲۵</p>	<p>امکانات و تسهیلات اقامت همراه بیمار تامین میشود.</p>



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			* وجود سیستم اینترنتی و وای فای ۰.۲۵ * کمد کنار تخت و کمد رخت آویز ۰.۲۵ نور طبیعی در روز و نور مصنوعی با شدت روشنایی استاندارد بین المللی (میزان لوکس) در شب در اتاق بیمار تامین شده است.	
		۱۰۰	امتیاز / امتیاز مکتسبه:	جمع
			درصد امتیاز مکتسبه:	

توصیه ها:



حقوق گیرنده خدمت و رسیدگی به شکایات

حقوق گیرنده خدمت و رسیدگی به شکایات

محو ارزیابی	آیتم ارزیابی	روش ارزیابی	امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات
رعایت اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای	تیم رهبری و مدیریت برای توسعه اخلاق حرفه ای و ترویج فرهنگ بیمار محوری برنامه ریزی و اقدام مینماید	گام ها: *بیمارمحوری در برنامه استراتژیک بیمارستان ۱ *مشارکت فعال در کمیته های مرتبط ۱* نظارت مستمر و مؤثر بر اجرا ۱*شناسایی موارد تعارض منافع با منشور حقوق بیمار ۰.۵*اولویت بخشی به حقوق بیمار ۰ ۱*ارائه گزارش از عدم انطباق ۰.۵*انجام اقدام اصلاحی ۱	۶		
	اطلاع رسانی و ارتباط مؤثر و اطمینان بخش با بیماران توسط تیم درمان برنامه ریزی شده و اجرا میشود.	گام ها: * معرفی نام، مسئولیت و رتبه حرفه ای توسط پزشک معالج/ پرستار و تیم درمانی، در اولین برخورد با بیمار ۲ * ملاک اصلی ارزیابی این سنجه شناخت و اطمینان بیماران به عملکرد تیم درمان است.	۲		
	کارکنان مختلف به تفکیک مشاغل بر اساس پوشش و کارت شناسایی برای بیماران و مراجعین قابل شناسایی هستند.	گام ها: * ابلاغ و اطلاع رسانی پوشش حرفه ای به تمامی کارکنان ۱ * رعایت آن توسط کلیه پرسنل و فراگیران ۲*نصب کارت شناسایی خوانا، عکس دار و قابل رویت از فاصله دو متری ۲	۵		
	تسهیلات لازم برای دسترسی بیمار/ ولی قانونی/خانواده وی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی فراهم است.	گام ها: * تعیین نحوه دسترسی ۱*فراهم بودن تسهیلات لازم جهت دسترسی به پزشک معالج و تیم درمان، در طول مدت مراقبت و درمان ۲*آگاهی کارکنان درمانی و بیماران از نحوه دسترسی بیمار به پزشک معالج و تیم درمانی ۱ * تایید بیماران در زمینه کفایت اطلاع رسانی از سوی پزشک معالج و تیم درمانی خود ۲	۶		
	خبرهای ناگوار پزشکی با رعایت اصول اخلاق بالینی و روشهای از پیش تعیین شده با بیمار/ قیم قانونی وی در میان گذاشته میشود.	گام ها: * تبیین روشهای اطلاع رسانی با محوریت کمیته اخلاق بالینی ۱ * آموزش نحوه اطلاع رسانی به پزشکان و پرستاران و سایر افراد واجد شرایط ۱*آگاهی و انطباق عملکرد پزشکان و پرستاران و سایر افراد واجد شرایط از نحوه اطلاع رسانی ۱	۳		
	هر گونه خسارت جسمی، روحی- روانی و مالی ناشی از ارائه خدمات، به اطلاع بیمار/ خانواده رسیده و در صورت لزوم جبران میشود.	گام ها: *تدوین خط مشی و روش "نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/ خانواده/مراجعین" ۰.۵*آگاهی کارکنان مرتبط و عمل بر اساس آن ۰.۵* تعهد و اشراف تیم مدیریت و رهبری و پرسنل بیمارستان به خط مشی ۱ * جبران خسارت وارده به بیمار ۱	۳		

		پذیرش و ترخیص	
	۱۰	<p>گام ها: *ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی، در زمان پذیرش به بیماران اطلاع رسانی میشود ۲ * پذیرش بیماران بستری و سرپایی به صورت تسهیل شده و در حداقل زمان و رضایتمندی آنان ۱ *وجود وب سایت فعال و به روز با اطلاعات لازم در خصوص نحوه پذیرش، خدمات، تعرفه ها، قراردادهای بیمه و اطلاعات پزشکان ۱ *وجود تسهیلات نوبت دهی اینترنتی و تلفنی برای خدمات سرپایی ۱ * پذیرش بیمه های پایه در بیمارستان و عقد قرارداد با انواع بیمه های تکمیلی ۱ *نصب اطلاعیه و سامانه های رسیدگی به تخلفات تعرفه ای در پذیرش ۱ * پیش بینی سامانه های پرداخت الکترونیک در تمامی پایانه های مالی (پوز) در پذیرش خدمات سرپایی و بستری ۱ * ارائه صورتحساب کامل شامل تمامی هزینه های تشخیصی و درمانی با رعایت ضوابط مربوط به بیماران در زمان ترخیص ۱ * تعیین تکلیف کل پرونده اعم از دارویی، آزمایشات و سایر در یک مکان و پیشگیری از سردرگمی بیمار و همراه ۱</p>	<p>فرآیند پذیرش و فرآیند ترخیص، به صورت تسهیل شده و در حداقل زمان برنامه ریزی و اجرا میشود.</p>
	۲	<p>گام ها: * انجام فرآیندهای تشخیصی و مراقبتی بیمار توسط کارکنان بیمارستان ۱ * پیگیری و هماهنگی اقدامات پاراکلینیکی مورد نیاز بیماران در بخشهای بستری و اورژانس توسط کارکنان بیمارستان به صورت شبانه روزی ۱</p>	<p>بیمارستان از بیمار / همراه در روند مراقبت و پیگیری امور تشخیصی و درمانی در بخشهای بستری و اورژانس، استفاده نمی نماید.</p>
	۴	<p>گام ها: *عدم وجود هرگونه معیارهای گزینشی متناقض با مأموریتهای بیمارستان در ارائه خدمت به مراجعین و بیماران ۱ *ارائه درمان بی قید و شرط به بیماران اورژانس و بدحال ۲ *پایدارسازی بیماران بدحال و هماهنگی با ستاد هدایت جهت اعزام بیمار در صورت عدم وجود تخصص مورد نیاز در بیمارستان ۱</p>	<p>بیمارستان بدون هرگونه گزینش / انتخاب، به مراجعین و بیماران ارائه خدمت مینماید.</p>
	۲	<p>گام ها: *وجود داروخانه مجهز در تمام ساعات شبانه روز در بیمارستان ۱ *تدارک داروها و تجهیزات خاص از خارج از بیمارستان در قالب زنجیره تامین و تدارک بیمارستان، بدون نیاز به حضور دخالت بیمار ۱</p>	<p>بیمارستان در تامین دارو، تجهیزات و ملزومات مورد نیاز بیماران متعهد و پاسخگو است.</p>
	۱	<p>گام ها: *ارائه خدمات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیماران به صورت برنامه ریزی شده در تمام ساعات شبانه روز و بدون وقفه ۰.۵ *برنامه ریزی، هماهنگی و اجرا برای خدمات تشخیصی و درمانی خارج از زنجیره تامین توسط بیمارستان ۰.۵</p>	<p>بیمارستان در تامین خدمات تشخیص و درمانی مورد نیاز بیماران متعهد و پاسخگو است.</p>
	۲	<p>گام ها: * فراهم نمودن تسهیلات لازم برای نظرخواهی از پزشکان دیگر (دوم) ۰.۵ * اجرای دستورات پزشک دوم در صورت تایید پزشک معالج ۱ *اطلاع رسانی و آگاهی</p>	<p>در صورت درخواست گیرنده خدمت، با اطلاع و هماهنگی پزشک معالج، تسهیلاتی برای امکان نظرخواهی از پزشک دوم مهیا میشود.</p>

تامین خدمات تشخیصی و درمانی

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			پرستاران از روند نظرخواهی از سایر پزشکان به غیر از پزشک معالج ۵.		
		۴	گام ها: * شناسایی نیازهای عبادی مورد نیاز بیماران ۵. * تامین امکانات لازم شامل قبله نما، توالی تیمم و امکانات برگزاری نماز از جمله سجاده نماز، مهر، زیر انداز، قرآن در اتاق بستری ۲ * دسترسی شبانه روز به نماز خانه با امکانات لازم برای بیماران و همراهان / مراجعین در بیمارستان و اطلاع رسانی مناسب ۱ * مساعدت کارکنان در ادای فرایض دینی به بیماران کم توان ۵.	تسهیلات معنوی برای بیماران و مراجعین فراهم می شود	تامین تسهیلات معنوی
		۲	گام ها: * ایجاد فرصت انجام فرایض مذهبی برای خانواده محتضر ۵. * فراهم کردن فضای مجزا و رعایت حریم خصوصی بیمار ۵. * مدیریت و کنترل تاثیرات و تألم حاصل از وخامت حال بیماران/خانواده محتضر برای سایر بیماران ۱	تسهیلات لازم برای انجام فرایض مذهبی و فرصت دیدار برای خانواده بیمار محتضر با رعایت اصول پزشکی، فراهم می شود.	
		۲	گام ها: * تعیین مسیر مستقل از راهروهای اصلی بیمارستان جهت انتقال متوفی ۱ * وجود فضایی مسقف و بسته برای سوگواری همراهان با امکانات و تسهیلات لازم ۱	بیمارستان تاثیرات و تألم حاصل از فوت بیماران را برای خانواده، کارکنان و مراجعین کنترل و مدیریت می نماید.	
		۵	گام ها: * نصب منشور حقوق بیمار در لابی، ورودی اصلی بیمارستان، ورودی بخشهای بستری و اورژانس به استثنای بخشهای ویژه ۲ * خوانا و قابل رویت بودن متن منشور حقوق بیمار از فاصله یک متری ۱ * برنامه های آموزشی در زمینه اخلاق بالینی و منشور حقوق بیماران برنامه ریزی و اجرا میشود. ۱ * آگاهی رده های مختلف کارکنان از مفاد منشور حقوق بیمار و انطباق عملکرد متناسب با نقش هر یک از کارکنان ۱	منشور حقوق بیمار در معرض دید مراجعین است. کارکنان از آن آگاهی دارند و به آن عمل می نمایند.	منشور حقوق بیمار
		۲	گام ها: * اطلاع رسانی به تمام بخشهای بالینی در مورد ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار و آگاهی کارکنان از آن ۱ * عدم درج نام و نام خانوادگی، تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی در روی جلد پرونده بیمار، تابلوی موجود در بالین بیمار و تابلوی بخش ۱	از هرگونه علائم یا نوشته ای که تشخیص بیماری و یا سایر اطلاعات درمانی محرمانه بیمار را آشکار نماید، خودداری می شود	پیاده سازی منشور حقوق بیمار

	۱۰	<p>گام ها: * حفظ حریم و پوشش بارعایت موازین شرعی ۱ * تعیین کارکنان و رده های شغلی و همراهان مجاز دارای دسترسی به اطلاعات بیماران ۱ *ارایه خدمات به بیماران توسط کارکنان و بیماربر همگن و با رعایت احترام به شان و منزلت انسانی در بخشها و واحدها کلینیکی و پاراکلینیکی ۱ * چینش کارکنان با رعایت اصول ارائه خدمات توسط کارکنان همگن در تمامی نوبتهای کاری بخصوص در بخشهای ویژه و بیماران با کاهش هوشیاری ۱ *عدم استفاده از دوربین های مدار بسته در حریم خصوصی بیماران ۱ *تعیین روشی معین برای کسب اجازه، پیش از ورود کارکنان به اتاق بیمار/بیماران در بخشهای بالینی و رعایت آن ۱ * استفاده از جداکننده یا پاراوان ۱ * تفکیک اتاقهای بستری خانمها و آقایان ۲ * بکارگیری پزشکان همگن در معاینات و ارائه خدمات تشخیصی درمانی زنان و زایمان و حضور کارکنان فنی هم جنس یا یک نفر محرم یا معتمد بیمار بنا به درخواست وی در معاینات ۱</p>	<p>پوشش بیماران بارعایت موازین شرعی، اخلاق حرفه‌ای و تامین امنیت روانی بیمار و حفظ حریم او در مراقبت های بستری، سرپایی و معاینه های زنان و زایمان تامین می‌شود و مراقبتها توسط کادر همگن ارائه می گردد</p>	
	۲	<p>گام ها: * صورتجلسه نمودن اموال بیماران در بدو ورود در حضور یک نفر شاهد از نزدیکان بیمار و دریافت رسید ۱ * صورتجلسه اموال بیمار در بیماران تصادفی و منتقل از طریق اورژانس با حضور کارشناس اورژانس و مامور انتظامات * تحویل اموال بیمار به وی یا خانواده اش و دریافت رسید در زمان ترخیص ۱ * هرگونه سلب مسئولیت حتی در صورت اطلاع رسانی عمومی قابل قبول نیست.</p>	<p>حفاظت از اموال گیرنده خدمت برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود.</p>	
	۴	<p>وجود اتاق مستقل، خط تلفن مستقیم دریافت شکایات، حضور یک نفر کارشناس بالینی با دارا بودن ابلاغ رسمی از ریاست بیمارستان</p>	<p>ساختار واحد رسیدگی به امور بیماران مطابق استانداردها می باشد.</p>	<p>رسیدگی به امور بیماران</p>
	۱۰	<p>گام ها: * تدوین فرآیند نحوه اعلام و بررسی شکایت/انتقادات/ و پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرایند به صورت فلوچارت ساده و قابل فهم و نصب آن (حداقل ۳) حداقل در واحد پذیرش، اورژانس، حسابداری و سالنهای انتظار و در معرض دید ۳ * آگاهی کارکنان از فرایند مذکور و انطباق عملکرد ۳ * شکایت های وارده اعم از کتبی و شفاهی و ... رسیدگی و ضمن ارائه بازخورد به متقاضی در صورت لزوم، جبران خسارت می شود. ۴، اطلاع رسانی سامانه ۱۹۰ در پذیرش و ترخیص</p>	<p>نحوه رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیماران در معرض دید مراجعین در سطح بیمارستان است و به شکایات کتبی یا شفاهی رسیدگی و ضمن ارائه بازخورد به متقاضی، جبران خسارت می شود</p>	



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		۷	<p>گام ها: * فعالیت دفتر پیگیری امور بیماران همزمان با انجام ماموریت‌های رسیدگی به شکایات، پیشنهادات و انتقادات با رویکرد پیشگیری از بروز شکایات و نارضایتی ۲ * شناسایی موارد و پیگیری آنها از طریق بازدیدهای میدانی و شناسایی مشکلات و عوامل نارضایتی بیماران ۲ * وجود سامانه مشاوره/ پیگیری امور بیماران از طریق تلفن/ پیامک/ مکاتبه با پزشکان معالج ۱ * شناسایی موارد منجر به خسارات به گیرندگان خدمت و گزارش به تیم رهبری و مدیریت جهت تصمیم گیری و اقدام مقتضی ۲ *</p>	<p>پیگیری امور بیماران با رویکرد پیشگیری از شکایات و نارضایتی، برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود.</p>
		۱۰	<p>گام ها: * تدوین پرسشنامه روا و پایا رضایت سنجی از بیماران بستری، خانواده و سرپایی ۲ * گزارش تحلیلی نتایج به تیم رهبری و مدیریت (حداقل سه ماه یک بار) ۲ * تدوین و ابلاغ اقدام اصلاحی ۲ * ارزیابی اثربخش بودن و کفایت اطلاعات ارائه شده به بیماران ۲ * بیماران/ همراه / خانواده استفاده از خدمات این بیمارستان را به بستگان و آشنایان خود توصیه می نمایند و نهادینه بودن اصول بیمار محوری و ارجحیت منافع بیماران را در بیمارستان تایید مینمایند ۱ * شناسایی عوامل ترک با میل شخصی و اقدام مداخله ای ۱ *</p>	<p>رضایت گیرندگان خدمت به صورت فصلی و با فاصله سه ماه، ارزیابی و بر اساس نتایج آن اقدام اصلاحی / برنامه بهبود اجرا می شود</p>
		۱۰۴	<p>امتیاز / امتیاز مکتسبه:</p>	<p>جمع</p>
			<p>درصد امتیاز مکتسبه:</p>	
<p>توصیه ها:</p>				



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



سیستم هموویژیلانس

سیستم هموویژیلانس

توضیحات	امتیاز مکتسبه	امتیاز	روش ارزیابی	آیتم ارزیابی	محور ارزیابی
		5	<p>گام ها: * درج برنامه استقرار نظام مراقبت از خون (هموویژیلانس) و مدیریت خون بیمار در برنامه استراتژیک بیمارستان. ۱ * بیمارستان دارای گواهی استقرار نظام مراقبت از خون از سازمان انتقال خون است. ۱ * تعیین ۱ نفر مسئول بانک خون از پرسنل شیفت صبحکاری توسط مسئول فنی آزمایشگاه (متخصص آسیب شناسی، دکتری یا ارشد رشته های آزمایشگاهی و هماتولوژی با یک سال سابقه کار در بانک خون، کارشناس آزمایشگاه با ۲ سال سابقه و کاردان با ۵ سال) * ۰.۵ * برگزاری منظم و ماهانه کمیته های انتقال خون بیمارستانی و انجام پیگیریهای لازم و گزارش تحلیلی نتایج به تیم رهبری و مدیریت (ماهانه برای مراکز با مصرف بالای ۲۰۰ فرآورده در ماه، حداقل سه ماه یک بار برای واحدهای با مصرف کمتر از ۲۰۰ فرآورده در ماه) * ۱ * نمودار سازمانی پرسنل، سلسله مراتب و ارتباط بین پستها * ۱ * وجود مستندات نگهداری مدارک بانک خون * ۰.۵ *</p>	<p>استقرار آئین نامه فعالیت بانک خون و بخشهای مصرف کننده خون و فرآورده های آن در مرکز</p>	<p>مدیریت و رهبری</p>
		6	<p>گام ها: * حداقل فضای فیزیکی ۱۲ مترمربع * ۱ * فضای مستقل در مراکز مصرف کننده بالای ۲۰۰ فرآورده در ماه * ۱ * وجود تجهیزات حداقل کاملاً متناسب با حجم کاری و فرآیندهای موجود * ۱ * کالیبراسیون متناسب تجهیزات پس از نصب، سالیانه و بعد از تعمیر * ۱ * تمیزی قابل قبول به دور از آلودگی و ضد عفونی دوره ای تجهیزات * ۱ * وجود سیستم های هشدار استاندارد برحسب نوع کاربرد دستگاه * ۱ *</p>	<p>استانداردسازی فضای فیزیکی و تجهیزات لازم در بانک خون مرکز</p>	<p>فضای فیزیکی و تجهیزات</p>
		5	<p>گام ها: * استفاده از ماشین مخصوص حمل و نقل خون و فرآورده ها از مرکز پخش سازمان انتقال خون به بیمارستان * ۱ * حمل و نقل خون و فرآورده های خونی توسط افراد آموزش دیده دارای کارت یا گواهی صادر شده دارای اعتبار از سازمان انتقال خون برای فرد مسئول حمل و نقل * ۱ * استفاده از محفظه های مخصوص حمل و نقل و ثبت کننده دما در باکس حاوی کیسه های خون در زمان حمل از مرکز پخش سازمان انتقال خون به بیمارستان * ۱ * ثبت دمای فرآورده در هنگام تحویل در بانک خون بیمارستان * ۱ * تحویل دادن فرآورده از بانک خون به بخشهای بیمارستان با باکسهای جداگانه و ظرف درب پوش دار و دارای دستگیره * ۱ *</p>	<p>حمل و نقل خون و فرآورده های خونی از سازمان انتقال خون و در داخل بیمارستان در همه مراحل با رعایت زنجیره سرد و ایمن انجام میشود.</p>	

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

	10	<p>گام ها: *چیدمان کیسه های خون در یخچال به ترتیب تاریخ انقضا و تنظیم مصرف خون و فرآورده ها با روشی مشخص و قبل از انقضای تاریخ آنها ۱* نگهداری فرآورده های پلاسمایی منجمد و کرایو به ترتیب تاریخ انقضا ۱* ثبت کنترل روزانه خون و فرآورده های آن از نظر تاریخ انقضا و اطمینان از عدم وجود فرآورده تاریخ انقضا گذشته ۱* تنظیم سیستم هشدار دهنده یخچال مخصوص بانک خون با اعلام هشدار کمتر از ۲ / ۵ درجه سانتی گراد و بیشتر از ۵ / ۵ درجه ۱* نگهداری پلاکتها در دمای ۲۰ - ۲۴ °C با تکان آرام و با استفاده از روتاتور (شیکر انکوباتور پلاکت) ۱* موجود بودن سیستم هشداردهنده دما در شیکر انکوباتور دار پلاکتی یا آژیتاتور پلاکتی ۱* ثبت دمای یخچال و فریزر و شیکر انکوباتوردار پلاکت با ترمومتر دیجیتال ترموگراف دستی و بررسی ترموگرافهای آنها حداقل روزی یک بار ۱* وجود سیستم هشدار دهنده شنیداری برای اعلام دمای خارج از محدوده مجاز ۱* تنظیم سیستم هشدار دهنده فریزر مخصوص بانک خون و هشدار آن در بیشتر از ۲۱ درجه سانتی گراد ۱* ذوب پلاسمای مطابق دستورالعمل سازمان انتقال خون با استفاده از دستگاه ذوب پلاسمای یا بن ماری مستقل از آزمایشگاه ۱*</p>	<p>خون و انواع فرآورده های خونی در شرایط و دمای مناسب در بانک خون، اتاق عمل و بخشها نگهداری میشوند.</p>	
	3	<p>حداقل اطلاعات لازم بر روی برچسب کیسه های خون حداقل شامل نام و نام خانوادگی، نام پدر و کد انحصاری رایانه ای بیماردریافت کننده خون، وضعیت سازگاری، گروه خون و RH ، نام بخش مصرف کننده به صورت خوانا است ۱* جداسازی و مشخص ساختن خونهای کراسمچ شده در یخچال به وسیله برچسب استاندارد کراسمچ که اطلاعات برچسب حداقل شامل نام، نام خانوادگی، بخش بستری، شناسه واحد رایانه ای بیمار و نام و نام خانوادگی فرد انجام دهنده آزمایش سازگاری بر روی کیسه های خون با قید وضعیت سازگاری است ۱* زنجیره تحویل و انتقال کیسه های خون از بانک خون به بالین بیمار و بالعکس تحت کنترل بوده و حداقل نام گیرنده، نام بخش و نام انجام دهنده آزمایشات سازگاری، تمامی مشخصات کیسه، مشخصات اهدا کننده و زمان تحویل و نام تحویل گیرنده در آزمایشگاه بانک خون ثبت و نگهداری میشود ۱*</p>	<p>کیسه های خون و فرآوردههای خونی برچسب گذاری شده و تحت نظارت و کنترل هستند.</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">شناسایی، آموزش و استمرار فعالیتهای نظام مراقبت</p>

		6	<p>طرح تمامی وقایع ناخواسته ناشی از انتقال خون در کمیته طب انتقال خون ۱ * تحلیل ریشه ای وقایع ناخواسته ناشی از انتقال خون ۱ * طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود در صورت لزوم در کمیته طب انتقال خون عوارض ناخواسته انتقال خون و فرآورده های خونی با استفاده از فرمهای نظام مراقبت از خون گزارش میشود ۱ * استفاده از فرم استاندارد گزارش عوارض ناخواسته احتمالی تزریق خون برای تمامی عوارض ناخواسته ۱ * گزارش عوارض ناخواسته انتقال خون و فرآورده های خونی به سازمان انتقال خون حداکثر ظرف ۴۸ ساعت از وقوع عارضه ۱ * فرم استاندارد گزارش عوارض ناخواسته احتمالی تزریق خون تهیه شده توسط سازمان انتقال خون به طور کامل و حداکثر ظرف ۴۸ ساعت از وقوع عارضه به دفتر هموویژنلس سازمان انتقال خون ارسال شود ۱ *</p>	<p>وقایع ناخواسته ناشی از انتقال خون و فرآورده های خونی شناسایی، پیشگیری و مدیریت میشوند.</p>
		3	<p>گذراندن دوره آموزشی هموویژنلس مورد تایید سازمان انتقال خون توسط پزشکان ۱ * گذراندن دوره آموزشی هموویژنلس مورد تایید سازمان انتقال خون توسط پرستاران ۱ * گذراندن دوره آموزشی هموویژنلس مورد تایید سازمان انتقال خون توسط پرسنل بانک خون ۱ *</p>	<p>پزشکان، پرستاران و پرسنل بانک خون، دوره آموزشی نظام مراقبت از خون را گذرانده اند.</p>
		2	<p>پایش میزان خونهای برگشتی به آزمایشگاه بانک خون به تفکیک بخشها/ گروههای تخصصی با محوریت کمیته طب انتقال خون ۱ * ارزیابی دمای خونهای برگشتی و اقدام اصلاحی در صورت لزوم * گزارش نتایج پایش در کمیته طب انتقال خون و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود در صورت لزوم ۱ *</p>	<p>میزان مصرف و خونهای برگشتی از بخشهای بالینی به بانک خون پایش و مدیریت میشود.</p>
		۴۰	<p>امتیاز / امتیاز مکتسبه:</p>	<p>جمع</p>
			<p>درصد امتیاز مکتسبه:</p>	

توصیه ها:



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

تغذیه ورزشی درمانی



تغذیه و رژیم درمانی

معمور ارزیابی	آیتم ارزیابی	روش ارزیابی	امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات
تغذیه و رژیم درمانی	بیمارستان دارای کارشناس تغذیه به تعداد کافی و متناسب با تعداد تخت فعال می باشد. (کارشناس کارشناس ارشد یا PHD)	مشاهده احکام و مستندات	۲		
	ارزیابی اولیه تغذیه بیماران توسط پرستار انجام میگیرد.	مشاهده پرونده بیماران (حداقل ۵ پرونده)	۴		
	فرم مشاوره تغذیه و ارزیابی تخصصی پرونده همه بیماران ICU در ۲۴ ساعت اول بستری وجود دارد و فرم پی گیری تغذیه ای در بیماران بستری بعد از ۳-۵ روز تکمیل می گردد	مشاهده پرونده بیماران (حداقل ۵ پرونده)، (در صورت تعدد ICU حداقل ۲ بخش)	۵		
	کارشناس تغذیه در ۵ مورد اولویت دار استانداردهای تغذیه ای ((بیماران بستری در بخش مراقبتهای ویژه (IPICU, NICU, CCU) با اقامت بیش از ۲۴ ساعت، سوختگی، دیالیز، پیوند و سرطان)) ویزیت و ارزیابی تخصصی تغذیه را انجام و رژیم غذایی بیمار را تنظیم می نماید.	(مشاهده پرونده بیماران (حداقل ۵ پرونده)، در صورت تعدد بخش ها حداقل ۴ بخش)	۵		
	کارشناس تغذیه در سایر موارد ۱۸ گانه استاندارد تغذیه ای ، ویزیت و ارزیابی تخصصی تغذیه را انجام و رژیم غذایی بیمار را تنظیم می نماید.	مشاهده پرونده بیماران (حداقل ۵ پرونده)	۵		
	ارزیابی وضعیت تغذیه مادران باردار حداقل در موارد دیابت، اکلامپسی و پره اکلامپسی و در سایر موارد براساس کتاب ضوابط بخش تغذیه توسط کارشناس تغذیه انجام و در پرونده ثبت می شود.	مشاهده پرونده بیماران (حداقل ۵ پرونده)	۳		
	ارزیابی تخصصی تغذیه اطفال بر طبق استاندارد مربوطه توسط کارشناس تغذیه انجام و در پرونده ثبت می شود.	مشاهده پرونده بیماران (حداقل ۵ پرونده)	۳		
	برگ مشاوره و فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ای بموقع تکمیل و در صورت نیاز به تغییر بنا به دستور پزشک یا اقامت بیش از یک هفته توسط پرستار اطلاع رسانی و فرم پیگیری تغذیه ای تکمیل می گردد.	مشاهده پرونده بیماران (حداقل ۵ پرونده)	۵		
	فرم مشاوره و فرم ارزیابی تخصصی توسط پزشک تایید می شود.	مشاهده پرونده بیماران	۲		
	کلینیک سرپایی تغذیه در درمانگاه فعال می باشد.	مشاهده برنامه در درمانگاه	۲		
	توزیع غذا برای بیمار منطبق با رژیم تنظیم شده توسط مشاور تغذیه می باشد	مشاهده رژیم تنظیم شده بیمار و انطباق آن با غذای توزیع شده.	۵		

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		۳	مشاهده مستندات در HIS	غذای بیماران در HIS مطابق با رژیم غذایی ثبت و اطلاعات رژیم های غذایی بخش ها و شاخص های تغذیه ای از HIS استخراج می گردد.
		۳	مشاهده غذاها و برنامه غذایی	برنامه غذایی مطابق با استاندارد تغذیه ای و حداقل ۲ انتخاب در هر وعده به صورت روزانه / هفتگی / ماهیانه / فصلی تنظیم و اجرا می شود (رعایت تنوع و تعادل)
		۲	مشاهده غذاها و برنامه غذایی	برای کودکان و بیماران سالمندی که نیاز به مکمل غذایی یا غذاهای نرم و متفاوت دارند منوی غذایی جداگانه تدوین و اجرا می گردد
		۴	مشاهده و مصاحبه با بیمار و پرستاران	حداقل دو نوبت میان وعده مناسب برای گروههای آسیب پذیر (مادران باردار، کودکان و بیماران دیابتی) در نظر گرفته می شود.
		۲	بررسی چک لیست تکمیل شده	نظارت بر فرآیندهای خرید، انبار، ذخیره سازی، نگهداری، آماده سازی، طبخ، بسته بندی، توزیع و سرو غذا و میان وعده ها براساس چک لیست و صورت میدانی و تصادفی انجام می گیرد.
		۴	بررسی مستندات و مصاحبه با افراد ذیربط	اصول تهیه گاوژ بر طبق کتاب ضوابط (اتاق گاوژ مناسب با تجهیزات لازم در مجاورت آشپزخانه و در مواقع استفاده از گاوژ صنعتی در مجاورت بخش ICU) موجود بوده و استفاده از ظروف یکبار مصرف مناسب برای گاوژ و... صورت می گردد.
		۵	مشاهده مستندات و اقدامات اصلاحی	رضایت سنجی بیماران از مشاوره و خدمات غذایی حداقل بصورت فصلی انجام میگیرد: (نظرسنجی - آنالیز و تحلیل نتایج - اقدام اصلاحی)
		۴	مشاهده مستندات و مصاحبه با کارشناس تغذیه، متصدی امور غذا، کارشناس بهداشت محیط و پرسنل خدمات غذایی	در صورت برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان کارشناسان تغذیه ، مطابق ضوابط وزارت بهداشت بر روند تهیه مواد اولیه غذایی، نگهداری، آماده سازی، طبخ، بسته بندی و انتقال و تحویل غذا به صورت روزانه و میدانی نظارت می نمایند
		۵	مشاهده	فضاهای آماده سازی، طبخ، بسته بندی، توزیع و سرو مستقل و جدا از هم با ساختار جانمایی مطابق با ضوابط بخش تغذیه وجود دارد.
		۲	مشاهده ظروف	ظروف سرو غذای بیماران ظروف دائمی مناسب مانند چینی و قاشق چنگال استیل (به جز بیماران روان) و یا ظروف یکبار مصرف استاندارد و بهداشتی طبق ضوابط بخش تغذیه می باشد.

خدمات غذایی

		۵	مشاهده تجهیزات و برنامه پایش و مشاهده انبار تجهیزات مستعمل	تجهیزات طبخ و آماده سازی سالم و بهداشتی بوده ، برنامه نظارت دوره ای تجهیزات وجود دارد و تجهیزات فرسوده بموقع تعویض می شوند. (اولویت با تجهیزات صنعتی)	آموزش
		۲	مشاهده مستندات و مصاحبه با پرسنل	آموزشهای لازم در خصوص تداخل غذا و دارو در کنار آموزش رژیم غذایی برای بیمار انجام میگیرد.	
		۵	مشاهده مستندات و مصاحبه با پرستار	آموزش نحوه تهیه محلول گاوآژ و نظارت بر تهیه آن در اتاق گاوآژ به پرستار و پرسنل خدمات غذایی داده شده است.	
		۳	بررسی مستندات و مصاحبه با پرسنل	متون آموزشی تغذیه در بخش تغذیه برای بیماران و همراهان توسط کارشناس تغذیه تدوین می گردد.	
		۵	بررسی مستندات و مصاحبه با پرسنل	کلاس های آموزشی برای کادر درمان بصورت فصلی در خصوص سیاستها و ضوابط اجرایی بخش تغذیه بالینی بیمارستان ها و نیز رژیم درمانی برگزار می شود.	
		۵	بررسی مستندات و مصاحبه با پرسنل	تدابیر تغذیه ای مناسب در دوره شیوع کرونا انجام میگیرد (برگزاری دوره آموزشی بهداشت برای پرسنل بخش تغذیه - پوشش مشاوره تغذیه بیماران بستری بخش کرونا - تامین میان وعده مناسب برای بیماران کرونایی)	
		۱۰۰	امتیاز / امتیاز مکتسبه:	جمع	
			درصد امتیاز مکتسبه:		

توصیه ها:



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



پیشگیری و کنترل عفونت

کنترل عفونت

ارزیابی معور	آیتم ارزیابی	روش ارزیابی	امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات
معور واحد استریلیزاسیون	پاک سازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضدعفونی انجام شده و نتیجه کار با استفاده از آزمون های کنترل کیفی ارزیابی می شود.	<p>مستند: بررسی نتایج ارزیابی فرایند پاکسازی در بیمارستان و اقدامات مسئولین بیمارستان در خصوص نتایج مثبت تستها در بخشهای مرتبط مصاحبه: نحوه نظارت بر پاکسازی اولیه ابزار و تجهیزات توسط سوپروایزر/رابط کنترل عفونت/ سرپرستار بخش/مسئول واحد/ پرستار مسئول شیفت و انجام اقدام اصلاحی موثر (از جمله آموزش در موارد مقتضی) در صورت نیاز در سطوح مدیریتی مختلف مشاهده: وجود تجهیزات لازم در بخشهای مختلف از جمله سینک شستشوی ابزار، وجود تجهیزات سالم مولد اب پرفشار و هوای پرفشار، وجود تستهای کنترل کیفی فرایند پاکسازی (تست های پایش آلودگی ابزار با مواد آلی/خون) Clean check، وجود محلولهای آنزیماتیک، مشاهده کلیه گام های فرایند پاکسازی و گند زدایی ابزار و وسایل در برخی واحدها-ارسال ابزار پاکسازی شده بدون بسته بندی با تاکید بر بخشها مکان: کلیه واحدهای اتاق عمل، لیبر، کت لب ، اورژانس، اسکویی، بخشهای بستری علی الخصوص بخشهای جراحی و درمانگاهها</p>	5		
	صحت عملکرد و کیفیت محلول های گندزدای سطح بالا، با روش های کنترل کیفی برنامه ریزی و اجرا می شود	<p>مستند: لیست تجهیزات نیاز به ضدعفونی سطح بالا، نتایج پایش کیفیت فرایند گندزدایی محلول های سطح بالا به صورت تصادفی (در بازه های زمانی مختلف) با استفاده تست های سواپینگ موجود و رایج بر اساس فرمولاسیون محلول، فرایند تهیه محلول بر اساس غلظت و تاریخ آماده سازی و انقضای محلول گندزدای سطح بالا-مصاحبه: آگاهی پرسنل واحدهای مذکور در خصوص صحت عملکرد و کیفیت محلول های گندزدای سطح بالا توسط سوپروایزر/رابط کنترل عفونت/سرپرستار بخش/مسئول واحد/ پرستار مسئول شیفت ارزیابی و انجام اقدام اصلاحی موثر (از جمله آموزش در موارد مقتضی) در صورت نیاز در سطوح مدیریتی مختلف- مشاهده: ارزیابی عملکرد مجریان واحدهای مذکور وجود ظروف غوطه ورسازی استاندارد ، محلولهای گندزدای سطح بالای دارای کد فراورده، فضای آماده سازی این محلولها(با تهویه مناسب، وجود تست های سواپینگ مکان : کلیه واحدهای اتاق عمل، لیبر، کت لب ، اورژانس ، بخشهای بستری علی الخصوص بخشهای جراحی و درمانگاهها</p>	8		
	استریل نمودن اقلام حساس به حرارت مطابق با استانداردهای کارخانه سازنده و ضوابط مربوط انجام می شود	<p>مستند : وجود لیست اقلام نیازمند استریل سرد در بیمارستان به تفکیک واحدهای مختلف، نتایج پایش کیفیت فرایند استریل اقلام حساس به حرارت(در بازه های زمانی مختلف) با استفاده تست های کنترل کیفی بر اساس نوع استریلازر، در صورت استفاده از محلولهای شیمیایی فرایند تهیه محلول های شیمیایی استریلیزاسیون بر اساس غلظت و تاریخ آماده سازی و انقضای</p>	7		

			<p>محلول ها ،نتایج کنترل کیفی دستگاههای استریل سرد، در صورت نداشتن تجهیزات استریلیزاسیون سرد وجود قرارداد یا تفاهم نامه با سایر مراکز بصورت برون سپاری خدمات مصاحبه : آگاهی مخاطبین در خصوص فرایند استریل اقلام حساس به حرارت(در بازه های زمانی مختلف)، در صورت استفاده از محلولهای شیمیایی، نحوه تهیه محلول های شیمیایی استریلیزاسیون بر اساس غلظت و تاریخ آماده سازی و انقضای محلول توسط سوپروایزر/رابط کنترل عفونت/سرپرستاربخش/مسئول واحد/ پرستار مسئول شیفت و انجام اقدام اصلاحی موثر (از جمله آموزش در موارد مقتضی) در صورت نیاز در سطوح مدیریتی مختلف</p> <p>مشاهده : ارزیابی عملکرد مجریان واحدهای مذکور، وجود دستگاههای استریل سرد یا محلولهای شیمیایی دارای کد فرآورده، فضای آماده سازی این محلولها(با تهویه مناسب)- کنترل کیفی دستگاه پلاسما</p>		
		6	<p>مستند : ثبت روزانه زمان، دما و فشار دستگاههای استریل کننده(پرینت یا ثبت هر سیکل کاری و تطابق با معیارهای استریل) و بایگانی نتایج، استفاده از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ و ۶ در هر بسته استریل بر اساس راهنما و الصاق تستها بر روی پرونده بیماران با درج مشخصات بیماران، ثبت هفتگی نتایج آزمون بیولوژیک و در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده، پس از هر بار انجام تعمیرات کلی. انجام و ثبت نتایج آزمون بووی- دیک روزانه قبل از شروع کار دستگاههای پری وکیوم مصاحبه : آگاهی و عملکرد پرسنل کارکنان از دستورالعمل چگونگی اطمینان از عملکرد دستگاههای استریل کننده، مصاحبه با کارکنان واحد استریلیزاسیون و بخشهای دارای دستگاه اتوکلاو در خصوص چگونگی ارزیابی عملکرد دستگاهها: کلبه واحدهای استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل، اورژانس ، واحدهای درمانگاهی</p>	<p>آزمونهای اطمینان از عملکرد دستگاههای استریل کننده برنامه ریزی و انجام می شود</p>	
		4	<p>مستند: ثبت نتایج نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ برای رهگیری تائید صحت فرایند استریلیزاسیون بسته های کوچک حاوی کمتر از ۱۲ قلم و نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ برای رهگیری صحت فرایند استریلیزاسیون بسته های حاوی بیشتر از ۱۲ قلم در پرونده بیماران - نشانگر ۶ در اقلام تک پیچ مصاحبه : آگاهی و عملکرد پرسنل کارکنان از نتایج آزمونهای شیمیایی ، مصاحبه با کارکنان واحد استریلیزاسیون و بخشهای دارای دستگاه اتوکلاو در خصوص چگونگی ارزیابی عملکرد دستگاهها: وجود تست های پایش فرایند استریلیزاسیون، (نشانگرهای شیمیایی) و استفاده از آنها بر اساس دستورالعمل، ارزیابی عملکرد مجریان واحدهای مذکور و نتایج تست</p>	<p>قبل از هرگونه استفاده از بسته های استریل از نتایج آزمونهای شیمیایی اطمینان حاصل می شود</p>	
		3	<p>مستند : پیش بینی اقلامی که وجود آنها به صورت تک پیچ مورد نیاز بیمارستان می باشد و تعداد هر یک از آنها بر اساس پروسیجرهای تهجمی و جراحی بیمارستان و آمار مراجعین (در صورت استفاده از اقلام تک پیچ)، پایش و مستندسازی فرایند استریلیزاسیون اتوکلاو فلش -مصاحبه : آگاهی کارکنان اتاق عمل از دستورالعمل " استریلیزاسیون فوری" ابلاغی وزارت بهداشت، آموزش کارکنان اتاق عمل اعم از پزشک و پرستار و کارشناس و کاردان اتاق عمل در خصوص</p>	<p>استریل نمودن فوری اقلام خاص مطابق ضوابط مربوط برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود.</p>	

			دستور العمل مشا هده : وجود تجهیزات مرتبط با استریل فوری اقلام خاص، ارزیابی نحوه عملکرد کارکنان مرتبط	
		4	<p>مستند: ثبت نتایج پایش فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی دستگاه های استریل کننده، وجود مستندات اختصاصی هر دستگاه که شامل تمامی تست های انجام شده برای هر دستگاه با مشخصات مندرج در سنج، وجود مستندات مربوط به شماره کد مخصوص هر استریل کننده، نتایج آزمون های روزانه و آزمون های بیولوژیک/ پرینت دستگاه، ثبت نمودن نام مسئول هر مرحله بارگذاری و خدمات نگهداری از جمله خدمات پیشگیرانه (PM) و آزمون های کالیبراسیون برای هر دستگاه و نگهداری مستندات مذکور حداقل برای یک سال، بررسی مستندات مربوط به نگهداشت دستگاه های استریل کننده مصاحبه: پرسش در خصوص نحوه مستندسازی فرایندهای استریلیزاسیون، اطمینان از اجرای فرایند به صورت استاندارد مشا هده : بررسی نتایج تستها در مکانهای مرتبط، ارزیابی عملکرد دستگاه های استریل کننده، مشاهده برچسب کالیبراسیون دستگاهها</p>	<p>سوابق عملکرد هر دستگاه استریل کننده موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری می شود.</p>
		5	<p>مستند: ثبت حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فرایند رهگیری و فراخوان اقلام استریل شده بر روی برچسب بسته استریل (الصاق نشانگرهای شیمیایی موجود در تمامی بسته های استریل، پس از باز نمودن بسته توسط پرسنل در بخشها و بایگانی در پرونده بیمار و در موارد سرپایی در دفتر ثبت مستندات استریل ست های بخش مربوطه مصاحبه : نحوه رهگیری و فراخوان بسته های استریل، مشخصات یک بسته استریل-مشا هده : تکمیل و الصاق نشانگرهای شیمیایی موجود در تمامی بسته های استریل در پرونده بیماران، ارزیابی عملکرد کارکنان واحدهای مرتبط (برچسب هر بسته استریل حداقل حاوی اطلاعات تاریخ و شیفت کاری، شماره/کد دستگاه استریل کننده، تاریخ انقضای مصرف بسته استریل چرخه بارگذاری، نام ست، نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل)، رعایت مدت زمان نگهداری هر بسته استریل</p>	<p>برچسب هر بسته استریل حاوی حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فراخوان است.</p>
		6	<p>مستند: برنامه ریزی صحیح در شیفت های مختلف در راستای به کارگیری کارکنان در فضاهای تعریف شده با توجه به اصول کنترل عفونت-مصاحبه: آگاهی و عملکرد کارکنان واحد استریلیزاسیون منطبق بر موازین پیش گیری و کنترل عفونت مشاهده: تفکیک، نشانه گذاری و رعایت فضاهای کثیف، تمیز و استریل از نظر فیزیکی، وجود امکانات بهداشت دست مانند افشانه حاوی محلول ضد عفونی دست با پایه الکلی در کلیه فضاها و در دسترس کارکنان، مدیریت تردد کارکنان بر اساس موازین پیش گیری و کنترل عفونت، انتقال ابزار و وسایل استریل و غیر استریل به/از اتاق عمل به صورت جداگانه، استفاده اختصاصی از وسایل در هر یک از فضاهای کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی و چیدمان، تحویل ست های استریل و غیر استریل از دو مسیر جداگانه، رعایت مسیر عبور یکطرفه بر اساس نشانه گذاری ها و توالی انجام کار در فضاهای کثیف، تمیز و استریل توسط کارکنان</p>	<p>در واحد استریلیزاسیون، استقرار نیروی انسانی و فضای فیزیکی کثیف، تمیز و استریل، تفکیک و نشانه گذاری شده و مسیر عبور یک طرفه است.</p>
		4	<p>مستند: تعریف مدت نگهداری و انقضای بسته های اقلام استریل با توجه به جنس پوشش بسته، تعداد لایه، نوع ابزار و شرایط نگهداری-مصاحبه: نحوه مراقبت از بسته های استریل مشاهده: وجود</p>	<p>الزامات و ملاحظات مراقبت از بسته های استریل برنامه ریزی و مدیریت می شود.</p>

		<p>فضاهایی محصور با حداقل تردد مختص انبارش و نگهداری وسایل استریل (دارای دمای کمتر از ۲۴ درجه سانتی گراد، رطوبت نسبی کمتر از ۷۰ درصد، فشار مثبت و تهویه مناسب با حداقل ۶ بار گردش هوا در ساعت و به دور از تابش نور مستقیم خورشید) در واحد استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل و سایر بخش‌های دارای بسته های استریل، انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه های مشبک با سطوح صاف، جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه های دربسته، تالی های کم‌مدار/ کانتینرهای درب دار اختصاصی منطبق بر استانداردهای کشوری و WHO، تعریف مدت نگهداری و انقضای بسته های اقلام استریل با توجه به جنس پوشش بسته، تعداد لایه، نوع ابزار و شرایط نگهداری وجود جعبه‌های دربسته، تالی‌های کم‌مدار، کانتینرهای درب دار از جنس استیل یا آلومینیوم و جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه های دربسته، تالی های کم‌مدار، کانتینرهای درب دار- نحوه انتقال وسایل استریل -</p> <p>مکان: کلیه واحدهای اتاق عمل، لیبر، کت لب، اورژانس، بخشهای بستری علی‌الخصوص بخشهای جراحی و درمانگاهها</p>		
	4	<p>مستند: برنامه ریزی صحیح در شیفت های مختلف در راستای به کارگیری کارکنان در فضاهای تعریف شده با توجه به اصول کنترل عفونت مصاحبه: آگاهی و عملکرد کارکنان واحد اتاق عمل از نحوه مدیریت تردد فضاهای مختلف اتاق عمل منطبق بر موازین پیش‌گیری و کنترل عفونت مشاهده: تفکیک، نشانه گذاری و رعایت فضاهای کثیف، تمیز و استریل از نظر فیزیکی، وجود امکانات بهداشت دست در کلیه فضاها و در دسترس کارکنان، مدیریت تردد کارکنان بر اساس موازین پیش‌گیری و کنترل عفونت، انتقال ابزار و وسایل استریل و غیر استریل به/از اتاق عمل به صورت جداگانه، استفاده اختصاصی از وسایل در هر یک از فضاهای کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی و چیدمان، تحویل ست‌های استریل و غیر استریل از دو مسیر جداگانه، رعایت مسیر عبور یکطرفه براساس نشانه گذاری‌ها و توالی انجام کار در فضاهای کثیف، تمیز و استریل توسط کارکنان مکان: کلیه واحدهای اتاق عمل و واحد استریلیزاسیون مرکزی</p>	<p>در ساختار فیزیکی اتاق عمل و فضاهایی نیازمند به رعایت موازین استریل، تداخلی در مسیر انتقال وسایل استریل و غیر استریل وجود ندارد.</p>	
	6	<p>مستند: مستندات ارزیابی وضعیت بهداشت دست توسط تیم ایمنی و کنترل عفونت در واحد ایمنی بیمار و تحلیل نتایج ارزیابی بر اساس میزان رعایت بهداشت دست مصاحبه: آگاهی کارکنان از نحوه دسترسی به امکانات بهداشت دست مشاهده: وجود تسهیلات بهداشت دست متناسب با روشهای استاندارد مطابق با راهنمای بهداشت دست در کلیه بخش‌ها/واحدها، در دسترس بودن حجم مناسب از محلول پایه الکلی به فراخور روش هندراب، جانمایی و استقرار تسهیلات استاندارد شستشوی دست (حداقل یک سینک به ازای هر اتاق بستری و یا حداکثر ۶ تخت بستری)، سهولت دسترسی</p>	<p>امکانات رعایت بهداشت دست مطابق ضوابط مربوط در بخش‌ها / واحدها فراهم شده است</p>	<p>بهداشت دست</p>

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		به تسهیلات استاندارد بهداشت دست با محلول‌های ضدعفونی با پایه الکلی (وجود افشانه) در موقعیت‌های ارائه خدمت/مراقبت حداقل به ازای هر ۲ تخت یک عدد ۲ (با دسترسی آسان) ۳ یا استفاده از افشانه جیبی.	
	10	<p>مستند: نتایج اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست در تمام بخش ها/واحدها، مدیریت و برنامه ریزی ممیزی‌ها توسط سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت طبق برنامه زمان بندی، گزارش نتایج ممیزی بهداشت دست در کمیته کنترل عفونت، بازخورد نتایج ممیزی به واحدها / بخش‌های مربوط ، انجام اقدام اصلاحی موثر بر اساس تحلیل نتایج ارزیابی ، مستندات پایش میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک ۵ موقعیت اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت با تاکید بر دو موقعیت قبل از تماس با بیمار و قبل از انجام اقدامات درمانی تمیز/استریل ، مستندات ارزیابی انجام اسکراب دست در کلیه بخش های دارای پروسیجر نیازمند اسکراب جراحی و اتاق های عمل ، ارزیابی صورتجلسه کمیته های کنترل عفونت در خصوص آنالیز نتایج بهداشت دست مصاحبه: آگاهی کارکنان از میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک ۵ موقعیت اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت با تاکید بر دو موقعیت قبل از تماس با بیمار و قبل از انجام اقدامات درمانی تمیز/استریل-مشاهده: وجود امکانات لازم برای بهداشت دست، عملکرد کارکنان در خصوص بهداشت دست، نحوه انجام هندراب، هندواش و اسکراب دست- تعیین شاخص میزان رعایت بهداشت دست به لحاظ ساختاری و عملکردی</p>	میزان رعایت بهداشت دست با روش استاندارد اندازه گیری شده و بر اساس نتایج اقدامات اصلاحی موثر بعمل می آید
	6	<p>مستند: مستندات ارزیابی بهداشت دست بر اساس چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت ، رعایت بهداشت دست در بیمارستان به عنوان ارزش پایدار سازمانی در همه موارد/پوستر، تراکت، پمفلت و... بهداشت دست مصاحبه: آگاهی کلیه کارکنان در خصوص موازین بهداشت دست ، میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک ۵ موقعیت اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت با تاکید بر دو موقعیت قبل از تماس با بیمار و قبل از انجام اقدامات درمانی تمیز/استریل، استفاده از الگوی پزشکان و متخصصان و پرستار در تبعیت از بهداشت دست مشاهده: انطباق عملکرد کارکنان بر اساس دستورالعمل بهداشت دست</p>	ارزش گذاری و فرهنگ سازی در خصوص رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
	2	<p>مستند: شناسایی و تدوین فهرست اقدامات تهاجمی در حال انجام در خارج از اتاق عمل بیمارستان - مشاهده: رعایت موازین پیشگیری و کنترل عفونت -</p>	الزامات ایمنی بیمار در اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل برنامه ریزی و رعایت میشوند
	2	<p>مستند: روش اجرایی تدوین شده پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی با تاکید بر ۴ عفونت شایع مشمول نظام مراقبت (عفونت ادرای، عفونت خون، عفونت موضع جراحی و عفونت سیستم تحتانی تنفسی) مصاحبه: آگاهی کارکنان از روش اجرایی تدوین شده و انطباق عملکرد</p>	روش‌های پیشگیری و کنترل عفونت‌های شایع بیمارستانی

نظام مراقبت عفونتهای

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		<p>مشاهده: تامین منابع و امکانات روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت در عفونت‌های شایع بیمارستانی توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت</p>	<p>برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود</p>
	5	<p>مستند: تعیین روشهای شناسایی و گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی تعیین و تعریف عوامل خطر بروز و اعلام طغیان عفونت بیمارستانی-مستندات طرح موارد طغیان از طرف رییس تیم کنترل عفونت در کمیته کنترل عفونت و تدوین برنامه مداخله ای اصلاحی بر اساس مصوبات کمیته و ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی- نتایج نمونه گیری و انجام کشت طبق دستورالعمل کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی مصاحبه: آگاهی تیم درمان در خصوص روشهای شناسایی و گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی مشاهده: ارزیابی منابع و امکانات بیماریابی در بخشهای مختلف بیمارستانی-نمونه برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاه‌ها بصورت روتین انجام نمی‌شود و تنها بر اساس تشخیص کمیته کنترل عفونت بیمارستان در موارد خاص (در مواقع بروز طغیان عفونت بیمارستانی، نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک) باید انجام گیرد- همخوانی نتایج بیماریابی با آمار کشوری مورد انتظار</p>	<p>بیماریابی در موارد عفونت های بیمارستانی برنامه‌ریزی و اجرا شده و نتایج آن نشان‌دهنده اجرای مطلوب فرآیند بیماریابی است</p>
	5	<p>مستند: مستندات تعیین و تعریف عوامل خطر بروز و اعلام طغیان عفونت بیمارستانی با توجه به بیماریابی فعال و تحلیل نوع عفونتها، بررسی صورت جلسات کمیته های کنترل عفونت در خصوص طرح موارد طغیان از طرف رییس تیم کنترل عفونت در کمیته کنترل عفونت و تدوین برنامه مداخله ای اصلاحی بر اساس مصوبات کمیته مصاحبه: آگاهی کارکنان تیم درمان و تیم مدیریت و رهبری در خصوص نحوه مراقبت و کنترل طغیان عفونت‌های بیمارستانی، آگاهی بیمار و همراه بیمار در خصوص علایم عفونت بیمارستانی در آموزش به بیمار مشاهده: ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی مراقبت و کنترل طغیان عفونتهای بیمارستانی مکان: کلیه بخشهای درمانی بیمارستان، درمانگاه تخصصی، آزمایشگاه بیمارستان</p>	<p>نحوه مراقبت و کنترل طغیان عفونت‌های بیمارستانی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود</p>
	7	<p>مستند: ارزیابی خودارزیابی استانداردهای پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس ابزار اصلی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت (IPC)، بررسی زمان‌بندی انجام ممیزی توسط تیم پیشگیری و کنترل عفونت- بررسی شاخص‌های عملکردی پیشگیری و کنترل عفونت توسط کمیته با مشارکت اعضاء کمیته مانند میزان عفونت‌های بیمارستانی براساس نوع عفونت-نوع اقدامات تهاجمی، نوع بخش، تعداد مواجهات شغلی به تفکیک بخش و رسته شغلی و برنامه های تدوین شده در جهت کاهش مواجهات-میزان رعایت بهداشت دست به لحاظ ساختاری و عملکردی</p> <p>مصاحبه: آگاهی کارکنان از فعالیتهای تیم کنترل عفونت بیمارستان- مشاهده: عملکرد تیم درمان و رابطن کنترل عفونت</p>	<p>اثر بخشی برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی ارزیابی می‌شود و نتایج آن مؤید کاهش بروز عفونت بیمارستانی است.</p>

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		<p>در خصوص بازخوردهای تیم ممیزی پیشگیری و کنترل عفونت - بازخورد نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی و ممیزی‌های انجام شده به کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و مسئولان بخش‌ها / واحدهای مربوطه</p>		
	10	<p>مستند: دستورالعمل مصرف آنتی بیوتیک برای عفونت های مهم- تدوین پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی ومحدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی-بررسی اجرای دستورالعمل استوارد شیب آنتی بیوتیکی، تحلیل نتایج حاصله از اجرای دستورالعمل/ پروتکل و انجام اقدام اصلاحی موثر-مصاحبه:نحوه تجویز پروتکل آنتی بیوتیک تریپی مخصوصصاهشت قلم آنتی بیوتیک پرهزینه-ارزیابی مستندات تحلیل نتایج مقاومت میکروبی و طرح در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت در بازه زمانی حداکثر فصلی -بررسی میزان انطباق الگوی مصرف آنتی بیوتیک ها در بیمارستان با دستورالعمل تدوین و ابلاغ شده در بیمارستان -ارسال گزارش نتایج مقاومت‌های میکروبی توسط آزمایشگاه در فواصل زمانی معین، ابلاغ برنامه‌های تدوین شده به مسئولان مرتبط جهت اطلاع بودن مسئولان واحدها / بخش‌ها از برنامه و نقش واحد خود اجرای برنامه تدوین شده طبق زمان بندی با استفاده از نرم افزارهای معتبر یا محاسبه دستی -در صورت شیوع مقاومت میکروبی در یک بیمارستان جهت هشدار به سایر بیمارستان‌های تحت پوشش ، نوع مقاومت میکروبی به کمیته کنترل عفونت دانشگاه گزارش گردد.مشاهده:اجرای دستورالعمل آنتی بیوتیک استوارد شیب-عملکرد تیم درمان در خصوص مقاومت‌های میکروبی در بیمارستان مستند</p> <p>مصاحبه:آگاهی کارکنان تیم درمان پزشک و پرستار در خصوص الگوی مصرف آنتی بیوتیکها و دستورالعمل ۸ آنتی بیوتیک پرهزینه و نحوه گزارش دهی مقاومت‌های میکروبی بخشهای</p>	<p>تجویز و مصرف آنتی بیوتیک ها با توجه به الگوی مقاومت میکروبی و اعمال محدودیت در موارد خاص برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.</p>	<p>آنتی بیوتیک استواردشیب</p>
	5	<p>مستند:ارزیابی مستندات تحلیل نتایج مقاومت میکروبی و طرح در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت در بازه زمانی حداکثر فصلی بررسی میزان انطباق الگوی مصرف آنتی بیوتیک ها در بیمارستان با دستورالعمل تدوین و ابلاغ شده در بیمارستان ارسال گزارش نتایج مقاومت‌های میکروبی توسط آزمایشگاه در فواصل زمانی معین، ابلاغ برنامه‌های تدوین شده به مسئولان مرتبط جهت اجر مطلع بودن مسئولان واحدها / بخش‌ها از برنامه و نقش واحد خود اجرای برنامه تدوین شده طبق زمان بندی با استفاده از نرم افزارهای معتبر یا محاسبه دستی در صورت شیوع مقاومت میکروبی در یک بیمارستان جهت هشدار به سایر بیمارستان‌های تحت پوشش ، نوع مقاومت میکروبی به کمیته کنترل عفونت دانشگاه گزارش گردد.</p> <p>مصاحبه:آگاهی کارکنان تیم درمان پزشک و پرستار در خصوص الگوی مصرف آنتی بیوتیکها و نحوه گزارش دهی مقاومت‌های میکروبی بخشهای مختلف</p>	<p>حداقل سه ماه یکبار، نتایج مقاومت‌های میکروبی گزارش شده و نتایج آن در روند تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک مورد استفاده قرار می‌گیرد</p>	

		<p>مشاهده: عملکرد تیم درمان در خصوص مقاومتهای میکروبی در بیمارستان</p>	
	5	<p>مستند: آموزش احتیاطات استاندارد و مبتنی بر روش انتقال به کلیه کارکنان بالینی و نحوه پوشیدن و درآوردن صحیح وسایل حفاظت فردی توسط افراد مرتبط به صورت حداقل سالیانه، لیست موارد قابل گزارش بیماری های واگیردار توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت براساس دستورالعمل، فرایند نحوه گزارش بیماری های واگیر مشمول گزارش دهی به مراجع ذیربط توسط تیم پیشگیری و کنترل عفونت-مصاحبه: آگاهی کارکنان مرتبط از بیماری های واگیر مشمول گزارش دهی و انطباق عملکرد آنان- مشاهده: اجرای احتیاطات و ایزولاسیون بر اساس نظام مراقبت سندرومیک طبق دستورالعمل کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی، سهولت دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی PPE، مشاهده: لیست بیماری های واگیردار مشمول گزارش دهی برای کارکنان مرتبط -فهرست بیماری های واگیر مشمول گزارش دهی نظام مراقبت بیماری ها و چگونگی گزارش دهی آنها که توسط مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت ارسال گردیده به شرح ذیل می باشد:</p> <p>الف - بیماری های مشمول گزارش فوری (تلفنی) شامل وبا، فلج شل حاد، سیاه سرفه، سرخک، سندرم سرخجه مادرزادی، دیفتی، کزاز نوزادان، مننژیت، طاعون، تیفوس، تب زرد، مالاریا، بوتولیسم، سیاه زخم تنفسی، هر نوع حیوان گزیدگی، تب های خونریزی دهنده و پروسی (CHFF)، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی (مرگ، بستری در بیمارستان، آبسه، لنف آدنیت و هر عارضه ای که منجر به نگرانی عمومی شود) و افزایش ناگهانی هر بیماری واگیر (طغیان یا همه گیری)</p> <p>ب - بیماری های مشمول گزارش غیر فوری (کتبی) سل، جذام، کزاز بالغین، ایدز و عفونت HIV، بیماری های مقاربتی، انواع هیپاتیت های ویروسی، تیفوئید، شیکلوزیس، لپتوسپیروزیس، سیاه زخم جلدی، کالآزار، سالک، تب مالت، فاسیولیا، شیسستوزومیازیس، تب راجعه، کیست هیداتید، پدیکولوز، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی غیراز موارد فوری</p>	<p>بیماری های واگیر مشمول نظام مراقبت سندرومیک، مطابق ضوابط مربوط شناسایی و گزارش می شوند</p>
	2	<p>مستند: تدوین فهرست وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش ها/واحدها و تعداد مورد نیاز براساس نوع بیماراران بستری و دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت، با مشارکت تیم پیشگیری و کنترل عفونت و مسئولین بخش ها/واحدها و تائید لیست فوق در کمیته کنترل عفونت، شناسایی و قبل از مواجهه با بیمار مشکوک/محتمل/مبتلا- مصاحبه: آگاهی کارکنان تیم درمان و حتی خدمات و کمکی های بخش از موقعیتهای و نحوه استفاده از وسایل</p>	<p>برای کارکنان و افراد در معرض بیماری های واگیر مشمول نظام مراقبت سندرومیک، امکانات حفاظتی و مراقبت های لازم فراهم می شود</p>

		<p>حفاظت فردی (بعنوان مثال موقعیت های استفاده از ماسک N95 که کارآیی آن بررسی شده باشد را در هنگام انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسول به نحوه صحیح در واحد اورژانس و تمامی بخشهای بالینی) مشاهده: وجود وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای حفاظت فردی کارکنان در بخشها / واحدها، وجود راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی در بخشها / واحدها، دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای استفاده در موارد مقتضی، دسترسی و کارکنان به ماسک N95</p>		
	5	<p>مستند: در دسترس بودن لیست بیماری های واگیر مشمول نظام مراقبت سندرمیک مشمول گزارش دهی برای کارکنان مرتبط، شناسایی موارد گزارش بیماری های واگیر مشمول نظام مراقبت توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس دستورالعمل، آموزش مستمر کلیه کارکنان / پزشکان اورژانس و بخش های بالینی در خصوص نظام مراقبت سندرومیک به صورت سالیانه-مصاحبه: آگاهی تیم درمان در خصوص نحوه گزارش بیماری های واگیر مشمول گزارش دهی توسط کارکنان به مراجع ذیصلاح، آگاهی و عملکرد کارکنان در خصوص حداقل استانداردهای اتاق ایزوله برای کلیه مراکز- مشا هده: جداسازی و مراقبت بیماران محتمل و مشکوک به بیمارهای واگیر مشمول نظام مراقبت، در کلیه بخش ها/ اورژانس ها بر اساس استاندارد، وجود اتاق ایزوله تماسی/ قطره ای و ترجیحاً فضای ایزوله فشار منفی در اورژانس/کلیه بخش ها و واحدهای درمانی، جدا سازی بیماران مشکوک و محتمل به بیماری های واگیر مشمول نظام مراقبت در بخش های غیر بستری با حداقل امکانات-کلیه بخشهای درمانی بیمارستان(اورژانس، بخشهای ویژه، بخشهای بستری)، درمانگاه تخصصی</p>	<p>جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به دیگران طبق ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام می شود</p>	
	3	<p>مستند: بررسی پرونده بیماران -مصاحبه: آگاهی کارکنان در خصوص وجود دستگاه مجزا و فضای فیزیکی منطبق با استانداردها جهت دیالیز بیماران هپاتیت مثبت- مشا هده: وجود دستگاه مجزا جهت دیالیز بیماران هپاتیت مثبت، وجود شواهد انتقال ایمن بیمار کاندید دیالیز هپاتیت مثبت در صورت نبود دستگاه دیالیز مجزا در مرکز وجود فرایند اعزام بیمار به مراکز دیگر هپاتیت B ایزولاسیون دستگاه و فضا هپاتیت C ایزولاسیون دستگاه در صورت شیوع بالای عفونت فضا جدا HIV مثبت نیاز با ایزولاسیون دستگاه و فضا نمی باشد.</p>	<p>بیمارانی که امکان انتقال هپاتیت از آنها به دیگر بیماران محتمل است، با استفاده از دستگاه جداگانه دیالیز می شوند</p>	
	5	<p>تنظیم، تصویب و ابلاغ آیین نامه داخلی برای هر يك از کمیته های بیمارستانی -برگزاری جلسات کمیتهها مطابق آیین نامه مصوب -تعیین دبیر و اعضای اصلی کمیتهها، متناسب با وظایف و تخصصهای مورد نیاز، توسط تیم رهبری و مدیریت- تعیین دستور کار جلسات کمیته ها در راستای اهداف و مأموریت هر کمیته و با توجه به مشکلات واقعی و جاری بیمارستان -</p>	<p>جلسات کمیته های بیمارستانی مطابق ضوابط مربوط و متناسب با ابعاد عملکرد مدیریتی بیمارستان</p>	<p>کنترل عفونت</p>

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/ مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		برگزاری جلسات کمیته ها با رعایت آیین نامه داخلی و اهداف هر کمیته		
	7	تعیین دستور کار جلسات کمیته ها، همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی و اهداف هر کمیته - ارائه گزارش در ابتدای هر جلسه در خصوص اقدامات انجام گرفته و مشکلات رفع شده مطابق مصوبات جلسات پیشین - تهیه صورتجلسات با رعایت فرمت ثابت، با تشخیص و طراحی بیمارستان بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای مصوبات کمیته ها - حداقلهای مورد انتظار فرم صورتجلسه کمیته شامل: (تاریخ، ساعت و محل برگزاری جلسه - دستور کار جلسه، فهرست افراد حاضر و غایب - نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبل - شرح مباحث/ مذاکرات مطرح شده در جلسه - مصوبات جلسه، مسئول پیگیری مصوبات، مهلت زمانی اجرای مصوبات - امضای اعضای حاضر و ذکر اسامی اعضای غایب جلسه و اخذ امضای غایبین پس از جلسه	مصوبات کمیته های بیمارستانی شامل راه حل های واضح، مشخص و قابل اجرا برای حل مشکلات و تحقق نتایج مطلوب است.	
	5	تنظیم، تصویب و ابلاغ آیین نامه داخلی برای هر يك از کمیته های بیمارستانی - برگزاری جلسات کمیته ها مطابق آیین نامه مصوب - تعیین دبیر و اعضای اصلی کمیته ها، متناسب با وظایف و تخصص های مورد نیاز، توسط تیم رهبری و مدیریت - تعیین دستور کار جلسات کمیته ها در راستای اهداف و مأموریت هر کمیته و با توجه به مشکلات واقعی و جاری بیمارستان - برگزاری جلسات کمیته ها با رعایت آیین نامه داخلی و اهداف هر کمیته	جلسات کمیته های بیمارستانی مطابق ضوابط مربوط و متناسب با ابعاد عملکرد مدیریتی بیمارستان	
	2	مستند: برنامه ریزی و انجام نظافت، شستشو و گندزدایی در تمام بخشها - مصاحبه: آگاهی کارکنان مرتبط از محتویات راهنما و دستورالعمل های مرتبط - مشاهده: نظافت، شستشو و گندزدایی بخشها/ واحدها بر اساس راهنما/ دستورالعمل های مرتبط - تفکیک پسماند ها در بخشها بر حسب عفونی و غیر عفونی و نوک تیز - دفع وسایل نوک تیز و برنده در سفتی باکس با تاریخ مندرج و رعایت ظرفیت ۴/۳	بیمارستان از رعایت اصول بهداشت محیط در تمام بخشها / واحدها اطمینان حاصل مینماید	بهداشت محیط
	2	مستند: دستورالعمل در خصوص بیماران مبتلا به عفونتهای مسری نیازمند به اعمال جراحی - مشاهده: دستورالعمل با ترتیب زمانی انجام اعمال جراحی به تفکیک روز نت عمل جراحی و ساعت انجام عمل - لزوم رعایت احتیاطات مبتنی بر روش تماسی - قطره ای - و مراهات ملاحظات پیش گیری و کنترل عفونت در مواجهه با سایر بیماران و کارکنان در زمان قبل حین وریکوری لحاظ گردد - مصاحبه: پرسنل ضد عفونی تجهیزات پزشکی اتاق عمل و تخت های عمل در بیماران عفونی را توضیح دهند	نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل، با لحاظ وضعیت اورژانسی، عفونی و پرخطر بودن بیماران صورت میپذیرد	پیشگیری و ارتقا سلامت کارکنان و مراجعین
	3	مستند: شناسایی بیماریهای عفونی بر اساس سوابق معاینات شغلی کارکنان - مشاهده: تدوین و اجرای برنامه آموزشی در خصوص بیماریهای شغلی و روشهای پیشگیری از آن - پرونده پرسنلی دارای تیتتر و اسبقه واکسیناسیون - اعلام نتایج و پیگیری ارجاعات	بیماریهای شغلی شناسایی شده با حمایت بیمارستان مدیریت میشوند	



چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			کارکنان دچار سانحه - مصاحبه: آگاهی پرسنل از فرایند گزارش مواجهه شغلی		
		5	<p>مستند: تامین وسایل حفاظت فردی متناسب - مشاهده: وجود راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی در بخشها / واحدها - دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای حفاظت فردی در موارد نیاز - همچنین در بخشهای پرخطر از جمله اتاق ایزوله، بخشهای مراقبت ویژه، هماتولوژی، شیمی درمانی، سوختگی و...، وسایل حفاظت فردی علاوه بر کارکنان در اختیار ملاقات کنندگان و مراجعین نیز قرار میگیرد - انتقال - رعایت موازین کنترل عفونت در انتقال نمونه های آزمایشگاهی از بخشها به آزمایشگاه داخل ظروف در بسته</p> <p>مصاحبه: آگاهی کارکنان استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی</p>	بیمارستان در خصوص ارتقای سلامت برنامه ریزی و اقدام مینماید	
	۰	۱۶۰	امتیاز / امتیاز مکتسبه:	جمع	
			درصد امتیاز مکتسبه:		

موارد قابل بهبود



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



بهداشت محیط

بهداشت محیط

ردیف	عنوان	امتیاز	مصدق ندارد	امتیاز مکتسبه
1	آیا برنامه عملیاتی مدیریت پسماند در بیمارستان تدوین شده است؟	2		
2	آیا در برنامه عملیاتی بیمارستان برنامه کاهش میزان تولید پسماند پیش بینی شده است؟	1		
3	آیا تفکیک پسماندهای عفونی در مبدا مطابق دستورعمل های ارسالی (ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته) صورت می گیرد؟	1		
4	آیا تفکیک پسماندهای عادی در مبدا مطابق دستورعمل های ارسالی (ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته) صورت می گیرد؟	2		
5	آیا تفکیک پسماندهای تیز و برنده در مبدا مطابق دستورعمل های ارسالی (ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته) ارسالی صورت می گیرد؟	2		
6	آیا جهت جمع آوری پسماندهای تیز و برنده از سیفتی باکس دارای شرایط مندرج در ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته استفاده می شود؟	1		
7	آیا تفکیک انواع پسماند شیمیایی و دارویی در بیمارستان در مبدا بر اساس دستورعمل های ارسالی و مطابق (ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته) انجام می گردد؟	1		
8	آیا اعضا و اندام های قطع شده ، جنین مرده و جفت مطابق دستورعمل های ارسالی و مطابق (ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته) جمع آوری و دفع می گردد؟	2		
9	آیا تفکیک پسماندهای پر توزا و رادیو اکتیو مطابق دستورعمل های ارسالی صورت می گیرد؟	1		
10	در صورت وجود پسماند های حاوی جیوه، آیا پسماندهای فوق در بیمارستان تفکیک می شود؟	1		
11	در صورت وجود پسماند های حاوی جیوه، آیا برنامه زمان بندی جهت حذف تدریجی یا کاهش مرحله ای محصولات حاوی جیوه بر اساس مفاد کنوانسیون میناماتا وجود دارد؟	1		
12	در صورت وجود پسماند های حاوی جیوه، آیا تمهیداتی جهت جایگزینی محصولات حاوی جیوه (مانند فشارسنجهای هوا، رطوبت سنجها ، فشار سنجهای آبگونه ها و گازها، دماسنجها، دستگاه سنجش فشار خون، لامپ های حاوی ترکیبات جیوه و باتری ها و...) با محصولات بدون جیوه پیش بینی شده است؟	2		
13	در صورت وجود واحد دندانپزشکی، آیا کلیه یونیت های دندانپزشکی به جداکننده آمالگام مجهز می باشند؟	2		
14	آیا safety box برای پسماندهای تیز و برنده و ظروف جمع آوری پسماند عفونی به همراه ترالی به بالین بیمار آورده می شود؟	2		
15	آیا کد بندی رنگی پسماندهای تفکیک شده مطابق جدول شماره یک پیوست ۳ ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته انجام می پذیرد؟	1		
16	آیا برچسب گذاری پسماندهای تفکیک شده مطابق ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته انجام می پذیرد؟	2		
17	آیا تجهیزات و ظروف نگهدارنده پسماندها مطابق ضوابط رفع آلودگی و گندزدایی می گردند؟	1		
18	آیا محل نگهداری موقت پسماند مطابق ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته بیمارستان وجود دارد؟	3		

19	2	آیا زمان نگهداری پسماندها در اتاقک نگهداری موقت مطابق ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته رعایت می گردد؟
20	2	آیا در هر بخش فضای مشخص جهت نگهداری انواع پسماند تا زمان جمع آوری پسماند از بخش وجود دارد؟
21	1	آیا محلی برای تی شویی در بخش برای شستشو و گندزدایی سطل های زباله اختصاص داده شده است؟
22	1	آیا برای حمل انواع پسماندهای تولیدی از خودروهای مخصوص با علامت خاص پسماند استفاده می گردد؟
23	1	آیا برای حمل انواع پسماندهای تولیدی از شرکت های مجاز استفاده میگردد؟
24	1	در صورت وجود کاشتنی های مورد استفاده در پزشکی، مفاد " دستورالعمل مدیریت کاشتنی های مورد استفاده در پزشکی " برای مدیریت کاشتنی های مذکور رعایت می شود؟
25	3	آیا دفع نهایی پسماندهای شیمیایی و دارویی مطابق دستورالعمل مربوطه می باشد؟
26	4	آیا بیمارستان دارای دستگاه بی خطر ساز پسماند می باشد؟
27	2	آیا کاربر دستگاه بی خطر ساز ، آموزش دیده می باشد؟
28	3	آیا دستگاه بی خطر ساز دارای خرد کن می باشد؟
29	2	آیا ظرفیت دستگاه بی خطر ساز متناسب با پسماند عفونی و تیز و برنده تولیدی در بیمارستان (بر اساس دستورعمل ارسالی) می باشد؟
30	1	آیا برگه راهنمای کار با دستگاه موجود، در محل نصب دستگاه وجود دارد؟
31	1	بی خطر سازی پسماندها توسط دستگاه، به چه روشی انجام می شود؟ -اتوکلاو □!!!!!! -هیدروکلاو □ -گرمای خشک □ -ماکروویو □ -ماکروویو اتوکلاو □ -شیمیایی □ -سایر □
32	2	آیا اظهار نامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی، تیز و برنده مطابق با دستورعمل ارسالی (راهنمای تکمیل اظهار نامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی، تیز و برنده) توسط بیمارستان ارائه می گردد؟
33	1	آیا بیمارستان آب لوله کشی شده دارد؟ (آیا بیمارستان متصل به شبکه لوله کشی آب آشامیدنی شهر می باشد؟
34	1	آیا دسترسی به آب آشامیدنی برای بیماران، کارکنان و ملاقات کنندگان وجود دارد؟
35	1	آیا کیفیت آب بیمارستان با استانداردهای کشوری آب آشامیدنی (استانداردهای ۱۰۱۱ و ۱۰۵۳ و ۴۲۰۸ آب آشامیدنی) مطابقت دارد؟
36	3	آیا مخزن ذخیره آب با شرایط بهداشتی (برای تامین آب بیمارستان به مدت حداقل ۲۴ ساعت در مواقع بحران، بطوری که آب مخزن ذخیره دائماً در حال گردش باشد) وجود دارد؟
37	1	آیا نتایج کلرسنجی با استانداردهای ملی مطابقت دارد؟

		2	آیا شبکه لوله کشی آب بیمارستان سالم، مورد تایید مقامات بهداشتی، دارای فشار مناسب در بلندترین طبقه بیمارستان و بدون قطع آب باشد؟	38
		2	آیا کلرسنجی بصورت روزانه حداقل ۳ نمونه (حداقل یک نمونه کلر سنجی از مخزن ذخیره آب) در روز انجام و نتایج آن ثبت می شود؟	39
		1	در صورت عدم تطابق تایچ کلرسنجی با استاندارد های ملی آیا پیگیریهای لازم جهت رفع مشکل صورت گرفته است؟	40
		1	در صورت وجود تصفیه خانه فاضلاب بیمارستان، ظرفیت تصفیه خانه متناسب با حجم فاضلاب تولیدی است؟	41
		2	آیا پساب خروجی تصفیه خانه فاضلاب بیمارستان با استانداردهای خروجی فاضلاب سازمان حفاظت محیط زیست مطابقت دارد؟	42
		1	در صورت عدم وجود تصفیه خانه اختصاصی، آیا مطابق توافق نامه با وزارت نیرو، فاضلاب به شبکه جمع آوری فاضلاب شهری متصل به تصفیه خانه وصل می باشد؟	43
		1	آیا جمع آوری و دفع فاضلاب به نحوی طراحی گردیده است که از ایجاد بوی تعفن و بدمنظره شدن محیط جلوگیری شود؟	44
		1	آیا شبکه جمع آوری فاضلاب به گونه ای است که حشرات و جوندگان به فاضلاب دسترسی نداشته باشند؟	45
		2	آیا نتایج آزمایشات آب و فاضلاب در قالب خوداظهاری به معاونت بهداشت دانشگاه/شبکه بهداشت ارسال می گردد؟	46
		1	وضعیت سیستم فاضلاب منطقه ای که بیمارستان در آن واقع شده است چگونه است؟ دارای تصفیه خانه فاضلاب شهری (شبکه به تصفیه خانه فاضلاب شهری متصل است) <input type="checkbox"/> - فقط دارای شبکه جمع آوری فاضلاب شهری <input type="checkbox"/> - فاقد تصفیه خانه و شبکه جمع آوری فاضلاب شهری <input type="checkbox"/>	47
		3	وضعیت دفع پساب بیمارستان پس از انجام فرایند تصفیه و یا پیش تصفیه چگونه است؟ وصل به شبکه جمع آوری فاضلاب شهری متصل به تصفیه خانه شهری <input type="checkbox"/> - وصل به شبکه جمع آوری فاضلاب شهری فاقد تصفیه خانه شهری <input type="checkbox"/> - تخلیه در چاه جاذب <input type="checkbox"/> - دفع غیر بهداشتی در محیط <input type="checkbox"/> - تخلیه به آبهای سطحی <input type="checkbox"/> - مصارف کشاورزی و آبیاری <input type="checkbox"/>	48
		1	آیا در اتاق های بستری، معاینه و تریتمنت روشویی با شرایط بهداشتی وجود دارد؟	49
		1	آیا در تمامی بخش ها روشویی و تسهیلات شستشوی دست از قبیل آب و صابون وجود دارد؟	50
		2	آیا پنجره های مشرف به کوچه ها و خیابانهای پر سر و صدا مجهز به شیشه های دو جداره جهت تامین آسایش بیماران می باشد؟	51
		2	آیا ملحفه های عفونی و آغشته به مواد دفعی در کلیه بخش ها بطور جداگانه جمع آوری و با اصول بهداشتی به رختشویخانه حمل می شود؟	52
		1	آیا در کنار توالت بیماران ، مراجعه کنندگان تسهیلات شستشوی دست از قبیل آب و صابون موجود می باشد؟	53



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

54	آیا مدیریت صحیح نظافت و گند زدایی اتاق ها، وسایل و تجهیزات آنها و سایر قسمتهای بیمارستان وجود دارد؟	3
55	آیا آب سردکن با شرایط بهداشتی در بخش وجود دارد؟	1
56	آیا جداسازی نواحی تمیز و کثیف با خط قرمز در بخشهای حساس (نظیر ICU, NICU) انجام و از ورود افراد متفرقه جلوگیری بعمل می آید؟	1
57	آیا استانداردهای حفاظتی و بهداشتی در اتاق ایزوله رعایت می شود؟	3
58	آیا محل مناسب برای نصب لگن شوی و نگهداری لگن ها / لگن خردکن وجود دارد؟	1
59	آیا در بخش های ویژه (نظیر بخش های (NICU, CCU, ICU) نظافت مستمر و گندزدایی بصورت روتین و دوره ای انجام می شود؟	3
60	آیا بخش عفونی کاملاً از سایر بخشها مجزا می باشد؟	2
61	آیا بخش ICU دارای اتاق پیش ورودی با دستشویی / اسکراب مناسب می باشد؟	1
62	آیا بخشهای داخلی و اطفال و عفونی دارای حداقل یک اتاق استاندارد ایزوله تنفسی با شرایط بهداشتی می باشد؟	1
63	آیا پویون ها دارای شرایط بهداشتی می باشد؟	1
64	آیا برنامه زمان بندی نظافت دستشویی بخش ها تدوین شده است و براساس آن عمل می شود؟	1
65	آیا بخش های بیمارستان های روانپزشکی دارای اتاق استعمال دخانیات می باشد؟	1
66	آیا مسیرهای ورود و خروج تجهیزات و لوازم آلوده از استریل مجزا می باشد؟	2
67	آیا برنامه منظم شستشو و گندزدایی سطوح وجود دارد و براساس آن عمل می گردد؟	2
68	آیا منطقه تمیز از منطقه بسته بندی، استریل کردن و انبار داری جدا شده است؟	1
69	آیا قسمت شستشو و بسته بندی بصورت تکفیک شده از هم با شرایط بهداشتی وجود دارد؟	1
70	آیا تمام وسایل استریل شده بالاتر از سطح زمین و در قفسه های مناسب انبارداری می شود؟	1
71	آیا وسایل استریل شده بصورت جداگانه و مستقل از سایر تجهیزات و وسایل انبارداری می شود؟	1
72	آیا انجام فرآیند استریلیزاسیون مطابق دستور العمل می باشد؟	1
73	آیا عدم تداخل مسیرهای ورود و خروج تجهیزات و لوازم اتاق عمل رعایت می گردد؟	2
74	آیا ست شویی بخش در محل مناسب با شرایط بهداشتی وجود دارد؟	1
75	آیا سینک اسکراب برای خانم ها و آقایان بصورت جداگانه وجود دارد؟	1
76	"آیا دوش اضطراری و چشم شوی در مکانی که در شرایط اضطراری براحتی در دسترس همه کارکنان باشد، موجود می باشد؟	1
77	آیا اتاق کشت میکروبی مجهز به دستگاه هود استاندارد بوده (به نحوی که لوله هدایت هوای دستگاه به ارتفاعی که بوی نامطبوع مزاحمتی برای ساکنین مجاور ایجاد نکند) و مجهز به فیلتر هپا می باشد؟	2
78	آیا فیلتر هپای هود اتاق کشت میکروبی به موقع تعویض می گردد؟	1
79	آیا وضعیت حمل و نگهداری موقت نمونه ها و نحوه جمع آوری و انتقال آنها در آزمایشگاه مناسب است؟	1
80	آیا اتوکلاو مناسب جهت استریل کردن محیط های کشت استفاده شده قبل از خروج وجود دارد؟	1
81	آیا عملکرد کیفیت دستگاه اتوکلاو بطور منظم کنترل و ثبت می شود؟	1



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		1	آیا اتاقهای نمونه برداری، کشت میکروبی، شستشو و بیوشیمی دارای دستشویی و اتاق های شستشو و بیوشیمی علاوه بر دستشویی، دارای ظرفشویی مناسب بوده و فاضلاب آنها به سیستم دفع فاضلاب ساختمان متصل و به روش بهداشتی دفع می گردد؟	82
		1	آیا محلی مجزا جهت شستشو و استریل کردن وسایل آزمایشگاهی وجود دارد؟	83
		1	آیا محلی قابل شستشو و گندزدایی در داخل سرویس بهداشتی جهت قرار دادن نمونه های آزمایش (ادرار-مدفوع) پیش بینی شده است؟	84
		1	آیا در صورت وجود اتاق ایزوله تنفسی فشار منفی برقرار است؟	85
		1	در صورت وجود اتاق ایزوله تنفسی گردش / تغییر هوای اتاق بیشتر و یا مساوی ۱۲ بار در ساعت صورت می گیرد؟	86
		1	در صورت وجود اتاق ایزوله تنفسی بالای در ورودی ، دستگاه فشارسنج نصب شده است؟	87
		1	در صورت وجود اتاق ایزوله تنفسی تغییرات فشار داخل اتاق موجب فعال شدن آلام و اطلاع مسئول بخش می شود؟	88
		1	در صورت وجود اتاق ایزوله حفاظتی، فشار مثبت برقرار است؟	89
		1	در صورت وجود اتاق ایزوله حفاظتی، گردش /تغییر هوای اتاق ایزوله حفاظتی /بیشتر و یا مساوی ۱۲ بار در ساعت صورت می گیرد؟	90
		1	در صورت وجود اتاق ایزوله حفاظتی بالای در ورودی ، دستگاه فشارسنج نصب شده است؟	91
		1	در صورت وجود اتاق ایزوله حفاظتی تغییرات فشار داخل اتاق موجب فعال شدن آلام و اطلاع مسئول بخش می شود؟	92
		2	آیا هوای ورودی اتاق عمل از طریق دمنده های واجد فیلتر HEPA که به صورت مربع شکل در سقف اتاق عمل و بالای تخت عمل واقع گردیده اند، به صورت جریان تیغه ای تامین می شود؟	93
		1	آیا گردش / تغییر هوای اتاق / اتاق های عمل بیشتر / مساوی ۲۰ بار در ساعت صورت می گیرد؟	94
		1	آیا دهانه خروجی مکش اتاق / اتاق های عمل مستقیم به خارج باز نمی شود؟	95
		1	آیا گردش / تغییر هوای اتاق تریاژ بیشتر و یا مساوی ۱۲ بار در ساعت صورت می گیرد؟	96
		1	آیا فشار اتاق تریاژ منفی است؟	97
		1	آیا گردش / تغییر هوای فضای انتظار بخش اورژانس و پلی کلینک بیمارستان بیشتر و یا مساوی ۱۲ بار در ساعت صورت می گیرد؟	98
		1	آیا فشار هوای کربدورهای عمومی بیمارستان منفی است؟	99
		1	آیا فشار هوای داروخانه مثبت است؟	100
		1	آیا گردش /تغییر هوای داروخانه /اتاق دارو بیشتر / و یا مساوی ۴ بار در ساعت صورت می گیرد؟	101
		1	آیا فشار هوای آزمایشگاه منفی است؟	102
		2	آیا در واحد استریلیزاسیون مرکزی فشارهوای فضای استریل مثبت است؟	103
		1	آیا گردش / تغییر هوای فضای واحد استریلیزاسیون مرکزی بیمارستان بیشتر و یا مساوی ۱۰ بار در ساعت صورت می گیرد؟	104
		1	آیا در واحد استریلیزاسیون مرکزی جریان هوا از فضای استریل به سمت فضای تمیز و کثیف برقرار است؟	105
		1	آیا تمیز کردن دریچه خروجی به منظور پیشگیری از انسداد و شتاب منفی جریان هوا انجام می شود؟	106



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		1	آیا بازرسی چشمی فیلتر به منظور تایید درزگیری مناسب و عدم وجود سوراخ انجام می شود؟	107
		1	آیا فضای بیرون مجرای ورودی هوا تمیز است؟ (عدم وجود آشغال)	108
		1	آیا نصب فیلترها مناسب است؟	109
		1	آیا سیستم مورد استفاده میزان جریان تهویه مورد نیاز برای هر اتاق را فراهم می نماید؟	110
		1	آیا دسترسی به سیستم تهویه ایمن و آسان می باشد؟	111
		1	آیا دستگاه تامین هوا حاوی ماده یا اجزایی می باشد که باعث تقویت رشد میکروارگانیسم ها نگردد؟	112
		1	آیا برای جلوگیری از ورود حشرات موذی در داخل کانال ورودی و خروجی از یک مش با منافذ ۶ الی ۱۲ میلی متر استفاده می گردد؟	113
		2	آیا فیلترها به طور مطمئن نصب شده و به گونه ای در قاب خود قرار گرفته اند که فاقد هرگونه درز و شکافی باشد و از هرگونه جریان جانبی نیز جلوگیری شود؟	114
		1	آیا محل نصب فیلتر به گونه ای است که دسترسی آسان به فیلتر برای پاکسازی، حذف یا جایگزینی را فراهم نماید؟	115
		1	آیا بخش هایی که فیلتر هیا دارند فیلتر قابل تعویض بوده و فاقد هرگونه درز می باشند؟	116
		1	آیا فیلترهای هیا بر اساس کاتالوگ های سازنده تعویض می گردد؟	117
		1	آیا واحد های تامین هوا از دسترسی های غیر مجاز محافظت می گردد؟	118
		1	آیا واحدهای تامین هوا بر روی پشت بام مسیر دسترسی دایمی و ایمن دارند؟	119
		1	آیا تمامی اجزا واحدهای تامین هوا برای بازرسی روزانه به آسانی قابل دسترس می باشند؟	120
		1	آیا دستگاه تامین کننده هوا دارای حداقل استانداردها می باشد؟	121
		1	آیا تابلوی نشان دهنده محدودیت تردد در ورودی نصب شده است؟	122
		1	آیا واحد لندری در داخل بیمارستان می باشد؟ در صورت بلی به سوال های زیر پاسخ داده شود	123
		1	آیا ممنوعیت دسته بندی و یا آبکشی رخت ها در محلی که آلوده شده اند (مانند بخشها) رعایت می شود؟	124
		1	آیا رخت های آلوده (عفونی) در بخش داخل کیسه پلاستیکی زرد رنگ غیر قابل نشت قرار می گیرد؟	125
		1	آیا حداکثر از سه چهارم ظرفیت کیسه های پلاستیکی جمع آوری رخت استفاده می شود؟	126
		1	آیا ممنوعیت فشردن کیسه های پلاستیکی حاوی رخت رعایت می شود؟	127
		2	آیا کدبندی رنگی و برچسب شامل نام بخش، تاریخ، شیفت و علامت یا عبارت خطر زیستی رخت های آلوده (عفونی) قبل از خروج از محل تولید انجام می شود؟	128
		1	آیا نحوه انتقال رخت های استفاده شده به واحد رختشویخانه بصورت بهداشتی است؟ (سیستم شوتینگ و یا استفاده از ترالی)	129
		1	آیا بین های انتقال رخت استفاده شده در زمانی که مورد استفاده نیستند، در اتاق کثیف نگهداری می شوند؟	130
		1	آیا مستندات جمع آوری رخت به تفکیک هر بخش بر اساس دفتر جمع آوری درج شده و یک نسخه از آن در بخش و نسخه دیگر در رختشویخانه موجود می باشد؟	131
		1	آیا کارکنان در هنگام جمع آوری رخت ها از برجای نماندن وسایل نوک تیز و برنده در داخل رخت ها اطمینان حاصل می کنند؟	132

		1	آیا رخت های آلوده (عفونی) و کثیف (چرک) در توالی ها و بین ها حداقل در پایان هر نوبت کاری به رختشویخانه منتقل می گردد؟	133
		2	آیا در کلیه مراحل، لنژ کثیف با تمیز، عفونی با غیر عفونی و لنژ آغشته به مواد دفعی با سایر البسه تداخل نداشته و ورودی و خروجی مجزا می باشد؟	134
		2	آیا جداسازی فضاهای رختشویخانه دارای ویژگی لازم می باشد ؟	135
		1	آیا دریافت و کنترل رخت های کثیف و آلوده در بخش کثیف رختشویخانه انجام می شود؟	136
		2	آیا مراحل شستشوی رخت مطابق دستورالعمل رعایت می شود؟	137
		2	آیا رخت آلوده (عفونی) و رخت کثیف (چرک) با ماشین های لباسشویی جداگانه شستشو می گردند؟	138
		1	آیا در صورت استفاده از دستگاه های اتوماتیک، با توجه به رخت آلوده یا کثیف و میزان مقاومت رخت ها به حرارت، از برنامه های دستگاه ها برای شستشو استفاده می شود؟	139
		1	آیا مستندات دمای شستشو در محل رختشویخانه نگهداری می گردد؟	140
		1	آیا البسه های که دوخت و دوز یا تعمیر شود مجدد شستشو می گردد؟	141
		1	آیا رخت های اتاق عمل و بخشهای با خطر بالا مانند بخش سوختگی و پیوند اعضا بعد از شستشو، اتوکلاو می شوند؟	142
		1	آیا کارکنان رختشویخانه از نحوه مدیریت البسه آلوده به آنتراکس یا سیاه زخم، ایدز و تیفوئید آگاهی دارند؟	143
		1	آیا در صورت وجود البسه آلوده به آنتراکس یا سیاه زخم قبل از شستشو اتوکلاو می شوند؟؟) بهتر است برای بیماران مبتلا به آنتراکس ، سیاه زخم ترجیحا از البسه یکبار مصرف استفاده شود و پس از مصرف ، البسه آلوده همانند پسماند عفونی مدیریت شوند (144
		1	آیا در صورت وجود البسه آلوده به ایدز و تیفوئید به طور جداگانه با آب داغ بالاتر از ۸۵ درجه سانتیگراد شستشو می شوند؟) بهتر است برای بیماران مبتلا به ایدز و تیفوئید ترجیحا از البسه یکبار مصرف استفاده شود و پس از مصرف ، البسه آلوده همانند پسماند عفونی مدیریت شوند (145
		2	آیا دستورالعمل کاربرد مواد شوینده و گندزدا در واحد رختشویخانه نصب و در معرض دید کارکنان می باشد؟	146
		2	آیا محل نگهداری لنژ تمیز از نظر قفسه بندی ، دسته بندی و ارتباط با بخشها مناسب می باشد و هیچ گونه تداخلی با البسه کثیف ندارد ؟	147
		2	آیا محل نگهداری البسه تمیز در بخش ها و انبار رخت تمیز در رختشویخانه به گونه ای است که البسه تمیز از گرد و خاک و آلودگی حفاظت می گردد؟	148
		1	آیا رخت های تمیز در توالی های در دار و یا کیسه های پلاستیکی سفیدرنگ بسته بندی شده و حمل میگردند؟	149
		1	آیا از قراردادن رخت های تمیز در قسمت هایی که دارای آلودگی محیطی هستند، جلوگیری بعمل می آید ؟	150
		2	آیا رخت های تمیز در کیسه های پلاستیکی قرارداده می شود و به گونه ای بسته بندی، بارگیری، حمل ، نگهداری و تخلیه می گردد که در برابر گرد و غبار و آلودگی حفاظت می گردند؟	151
		2	آیا توالی های حمل رخت های تمیز و کثیف کاملا از یکدیگر مجزا و از طریق رنگ بندی یا برچسب مخصوص از یکدیگر قابل تشخیص بوده و به صورت جداگانه استفاده می شوند؟	152
		1	آیا محل مناسب جهت شستشوی توالی وجود دارد ؟	153

		1	آیا بین های نگهداری رخت قابل شستشو می باشند؟	154
		1	در صورت استفاده از بین های پارچه ای، آیا بصورت مداوم شستشو و گندزدایی می گردند؟	155
		1	آیا توالی های حمل رخت کثیف حداقل در پایان هر نوبت کاری شستشو و گندزدایی می گردند؟	156
		1	آیا دستگاه ترازو در بخش پذیرش وجود دارد و در پایان هر نوبت کاری شستشو و گندزدایی می گردد؟	157
		1	آیا ماشینهای لباسشویی، پتوشور و آبگیر (سانتریفیوژ) در بخش کثیف رختشویخانه نصب شده است؟	158
		1	آیا جهت شستشوی رخت از ماشینهای رختشویی صنعتی استفاده می گردد؟	159
		1	آیا ظرفیت ماشین های لباس شویی متناسب با برآورد حجمی کار و تعداد تخت های بیمارستان محاسبه شده است؟	160
		1	آیا واحد رختشویخانه دارای حداقل دو دستگاه ماشین لباس شویی تمام اتوماتیک می باشد؟	161
		1	آیا در واحد رختشویخانه یک دستگاه ماشین لباس شویی جهت رخت عفونی اختصاص یافته است؟	162
		1	آیا درجه حرارت شستشو توسط ماشین های لباسشویی متناسب با جنس، نوع رخت ها و مطابق دستورالعمل کارخانه سازنده می باشد؟	163
		2	آیا کنترل درجه حرارت آب و زمان شستشوی ماشین های لباسشویی توسط مسئول واحد رختشویخانه و تحت نظارت کارشناس بهداشت محیط انجام می شود؟ و امکانات لازم برای اینکار پیش بینی شده است ؟	164
		1	آیا خشک کن و اطوها در بخش تمیز رختشویخانه نصب گردیده اند؟	165
		1	آیا رختشویخانه مجهز به اطوهای غلطکی و پرسی می باشد؟	166
		1	آیا اطوها مجهز به سوئیچ خودکار قطع جریان برق می باشند؟	167
		2	آیا بخش تمیز و بخش کثیف از هم مجزا می باشد؟	168
		1	آیا در ورودی به بخش کثیف بعد از بخش پذیرش رخت و مستقل از در خروجی بخش تمیز می باشد؟	169
		1	آیا در ابتدای بخشهای کثیف و تمیز جاکفشی به همراه تعداد کافی دمپایی وجود دارد؟	170
		1	آیا مسیرهای کثیف و تمیز محل رختشویخانه توسط خط قرمز جدا شده است؟	171
		2	آیا مساحت رختشویخانه متناسب با حجم کار بیمارستان می باشد ؟	172
		3	آیا محل استقرار رختشویخانه مناسب بوده و در محل استقرار رختشویخانه و ارتباط آن با بخشهای مختلف، مواردی از قبیل عدم ایجاد مزاحمت برای بیماران و مردم لحاظ شده است؟	173
		2	آیا تهویه رختشویخانه دارای ویژگیهای لازم می باشد ؟	174
		1	آیا دماسنج در محوطه رختشویخانه نصب شده است؟	175
		1	آیا در واحد رختشویخانه تسهیلات بهداشتی شستشوی دست مجهز به صابون مایع و دستمال کاغذی و سطل زباله پدالدار با تعداد مناسب در دسترس کارکنان وجود دارد؟	176
		1	آیا محل شستشوی توالی در واحد رختشویخانه مجهز به آب گرم و سرد، متصل به سیستم فاضلاب و دارای تهویه بوده و دیوارها و کف آن تا زیر سقف کاشی یا سرامیک می باشد؟	177
		1	آیا تی شور خانه دارای ویژگیهای لازم است ؟.	178
		1	آیا خیاط خانه دارای ویژگیهای لازم است ؟	179

		1	آیا در واحد رختشویخانه از box safety به منظور جمع آوری وسایل تیز و برنده احتمالی باقیمانده در رخت ها استفاده می شود؟	180
		1	آیا دفتر ثبت رخت جمع آوری شده، رخت شسته شده و رخت توزیع شده به تفکیک هر بخش به صورت روزانه ثبت (مطابق دستورالعمل) و حداقل برای یک سال نگهداری می شود؟	181
		1	آیا مستندات شستشوی روزانه در رختشویخانه بر اساس تعداد و کیلوگرم به تفکیک هر یک از ماشین های لباسشویی ثبت و نگهداری گردد؟	182
		1	آیا میزان رخت جمع آوری شده در هر روز با میزان رخت شسته شده از نظر وزن و تعداد مطابقت دارد؟	183
		1	آیا دفتر سرجمع اموال برای تفکیک رخت ذخیره شده و رخت در گردش وجود دارد؟	184
		1	آیا میزان لباس ها و ملحفه ها و سایر اقلام پارچه ای در هنگام بالاترین ضریب اشغال تخت بیمارستانی پاسخ گوی نیاز بیمارستان است و برای بروز شرایط بحرانی نیز پیش بینی های لازم صورت گرفته است؟	185
		1	در صورت قرارداد لندری با خارج از بیمارستان آیا ضوابط ابلاغی کنترل و پایش میگردد؟	186
		1	آیا نواقص لندری خارج بیمارستانی پیگیری شده و در صورت عدم رعایت ضوابط ابلاغی لغو قرارداد شده است؟	187
		1	آیا برنامه شناسایی خطرات و کنترل خطرات مواد غذایی (HACCP) برای ارائه خدمات غذایی وجود دارد؟	188
		2	آیا آشپزخانه در داخل بیمارستان واقع شده است؟	189
		1	آیا هنگام سمپاشی حضور افراد ساکن و یا شاغل ممنوع است؟	190
		2	آیا برنامه کنترل حشرات و جانوران موذی در بیمارستان به طور منظم پایش می شود؟	191
		1	آیا برگه اطلاعات ایمنی شیمیایی مواد خطرناک موجود در بیمارستان لیست شده است؟	192
		4	آیا مستند سازی گزارش نواقص و پیگیریهای مرتبط برای رفع نواقص بهداشت محیط و مکاتبه با مسئولین و مراجع ذیربط انجام می شود؟	193
		1	آیا سردخانه جسد دارای شرایط بهداشتی مطابق آیین نامه نحوه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان می باشد؟	194
		1	آیا سردخانه جسد در محل مناسبی احداث شده است؟ (دسترسی مناسب و به دور از انظار عمومی)	195
		1	آیا تسهیلات نظافت و گند زدایی سطوح و تجهیزات در مجموعه سردخانه جسد وجود دارد؟	196
		1	آیا اصول بهداشتی و نظافت در آمبولانسهای مستقر در بیمارستان رعایت می شود؟	197
		2	آیا محل مناسبی با تسهیلات لازم برای شستشو و گندزدایی آمبولانس وجود دارد؟	198
		1	آیا گندزدایی آمبولانس در محل مناسب با تسهیلات لازم انجام می شود؟	199
		2	آیا مواد و تجهیزات بهداشت محیط بیمارستان به نحوی که پاسخگوی نیازهای فوری در حوادث، بلایا و اقدامات اضطراری باشد(مانند کیت های کنترل کیفی آب، تجهیزات، سموم، مواد گندزدا و ضد عفونی کننده ها) وجود دارد و ایمن نگهداری می شود؟	200
		2	آیا شرایط محوطه و فضای سبز بیمارستان بهداشتی می باشد؟	201
		3	هنگام صدور پروانه تاسیس و بهره برداری بیمارستان، تاییدیه معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده مربوطه اخذ شده است؟	202
		4	آیا پست کارشناس بهداشت محیط در چارت سازمانی بیمارستان وجود دارد؟	203



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		4	آیا پست کارشناس بهداشت محیط بیمارستان به کارشناس دارای مدرک کارشناسی بهداشت محیط اختصاص یافته است؟	204
		4	آیا فعالیت کارشناس بهداشت محیط بیمارستان در چارچوب شرح وظایف تعیین شده می باشد ؟	205
		2	آیا کارشناس بهداشت محیط در کمیته بهداشت و کنترل عفونت بیمارستانی عضویت داشته و بطور مستمر در جلسات حضور دارد ؟	206
		3	آیا کارشناس بهداشت محیط در کمیته بهداشت محیط بیمارستانی عضویت داشته و بطور مستمر در جلسات حضور دارد ؟	207
		1	آیا در دوره های آموزشی پیش بینی شده معاونت بهداشتی شرکت می نمایند؟	208
		2	آیا برنامه های آموزشی در زمینه های مختلف بهداشت محیط بر اساس نیاز سنجی تدوین و اجرا می شود ؟	209
		2	آیا اتاق تزریقات و پانسمان، CPR، جراحی سرپایی، سرویسهای بهداشتی، اتاق کار کثیف، فضاهای تمیز و استریل (اتاق عمل، رختشویخانه و ...) تا زیر سقف سنگ یا کاشی می باشد؟	210
		2	آیا دستگاههای اتوکلاودارای دو درب است به نحوی که از یک طرف بار گیری و از سمت دیگر تخلیه انجام می شود ؟	211
		2	آیا ارتباط CSSD با بخش اتاق عمل اصولی می باشد؟	212
		300	مجموع	



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



بهداشت حرفه ای

بهداشت حرفه ای

ردیف	موارد ارزیابی (استاندارد)	روش ارزیابی	حداکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات عدم انطباق
۱.	آیا بیمارستان کارشناس بهداشت حرفه ای با مدرک کارشناسی و بالاتر مهندسی بهداشت حرفه ای دارد و ابلاغ برای وی صادر شده است؟	بررسی مستندات	15		
۲.	آیا ساختمان و فضای بیمارستان مناسب است؟	مشاهده/بررسی مستندات	3		
۳.	آیا تهویه عمومی و موضعی در واحدهای مختلف بیمارستان به شکل مطلوبی وجود دارد؟	مشاهده/بررسی مستندات	2		
۴.	آیا بیمارستان برای انجام معاینات شغلی مجوز لازم را دریافت نموده است و معاینات پرسنل را انجام داده است؟ (درصد معاینات انجام شده؟)	بررسی مستندات	20		
۵.	MSDS مواد شیمیایی در بیمارستان تهیه شده و در دسترس کارکنان قرار دارد؟	مشاهده/مصاحبه/بررسی مستندات	5		
۶.	راهنمای استفاده از مواد شیمیایی در بیمارستان تهیه شده در دسترس کارکنان قرار دارد؟	مشاهده/مصاحبه/بررسی مستندات	2		
۷.	آیا فهرست مواد شیمیایی با حداقل کمیت مواد شیمیایی با پتانسیل ایجاد حادثه (TPQ) تهیه شده و اقدامات لازم در خصوص مواد مذکور طبق دستورالعمل انجام شده است؟	بررسی مستندات	2		
۸.	برچسب گذاری مواد شیمیایی برای کلیه مواد شیمیایی انجام شده است؟	مشاهده/مصاحبه/بررسی مستندات	3		
۹.	آیا سنجش عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار حداقل در بخش های پر خطر انجام شده است؟	بررسی مستندات	2		
۱۰.	آیا در موارد بالاتر از حد مجاز(عوامل زیان آور شیمیایی)، کنترل و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده است؟	بررسی مستندات	3		
۱۱.	آیا سنجش عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار حداقل در بخش های پر خطر انجام شده است؟	بررسی مستندات	2		
۱۲.	آیا در موارد بالاتر از حد مجاز(عوامل زیان آور فیزیکی)، کنترل و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده است؟	بررسی مستندات	3		
۱۳.	آیا سنجش عوامل زیان آور بیولوژیکی محیط کار حداقل در بخش های پر خطر انجام شده است؟	بررسی مستندات	2		
۱۴.	آیا در موارد بالاتر از حد مجاز(عوامل زیان آور بیولوژیکی)، کنترل و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده است؟	بررسی مستندات	3		



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		2	بررسی مستندات	آیا سنجش عوامل زیان آور ارگونومیکی محیط کار حداقل در بخش های پر خطر انجام شده است؟	۱۵.
		3	بررسی مستندات	آیا در موارد بالاتر از حد مجاز(عوامل زیان آور ارگونومیکی)، کنترل و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده است؟	۱۶.
		3	مشاهده/ مصاحبه/بررسی مستندات	آیا وسایل حفاظت فردی مناسب و به تعداد مکفی در اختیار شاغلین متناسب با نوع عامل زیان آور قرار گرفته است؟	۱۷.
		2	مصاحبه/بررسی مستندات	آیا نحوه استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی به شاغلین آموزش داده شده و بر استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی توسط شاغلین نظارت می گردد؟	۱۸.
		5	مصاحبه/بررسی مستندات	ارزیابی ریسک و اولویت بندی ریسکها در بخش ها و واحدهای بیمارستان مطابق با متدهای استاندارد انجام شده است؟	۱۹.
		3	مصاحبه/بررسی مستندات	مدیریت کنترل مخاطرات شغلی و اقدامات اصلاحی انجام شده است؟	۲۰.
		3	بررسی مستندات	ثبت، تجزیه و تحلیل حوادث و شبه حوادث مطابق با متدهای استاندارد انجام شده است؟	۲۱.
		2	بررسی مستندات	آیا شاخص های حوادث تهیه شده است؟	۲۲.
		5	مصاحبه/بررسی مستندات	بیماریهای شغلی پیرو انجام معاینات ادواری شناسایی و کنترل شده است؟	۲۳.
		5	مصاحبه/بررسی مستندات	تدوین و اجرای برنامه های آموزشی در خصوص عوامل زیان آور محیط کار و بیماریهای شغلی انجام شده است؟	۲۴.
کارشناس بهداشت حرفه ای: شماره تلفن کارشناس:			نوع بیمارستان: <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> خیریه <input type="checkbox"/> نظامی <input type="checkbox"/> غیره	مدیر رئیس بیمارستان: تعداد تخت: تعداد پرسنل: نمابر:	نام بیمارستان: بیمارستان: تلفن:

درصد تحقق استاندارد:

امتیاز مکتسبه:

امتیاز کل:



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



بخشهای روانپزشکی

بخش های روان تک تخصصی و عمومی

محور ارزیابی	آیتم ارزیابی	روش ارزیابی	امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات
فرایندها در بخش ها	دسترسی به متخصص نورولوژی و داخلی وجود دارد و در صورت عدم امکان، تعهد ارایه خدمات نورولوژی و داخلی توسط مرکز دیگری تامین می شود.	مستند	۱		
	یک کاردرمانگر برای برنامه روزانه، یک پزشک در بیمارستانهای غیر آموزشی*، رزیدنت روانپزشکی در بیمارستانهای آموزشی، اتند روانپزشکی در بیمارستانهای آموزشی آنکال می باشد.	مستند	۲		
	برای بخش روانپزشکی زنان نگهبان زن آموزش دیده و برای بخش مردان نگهبان مرد آموزش دیده استفاده می شود.	مشاهده-مستند	۱		
	مهارتهای اختلالات روانپزشکی، مراقبت از بیمار با افکار خودکشی، مراقبت از بیمار تهجمی و پرخاشگر سالیانه برای پرسنل برگزار می گردد و پرسنل آگاهی لازم را دارد.	مستند	۲		
	پرسنل پرستاری اتاق بیماران و اتاق ایزوله را توسط دوربین مدار بسته که در قسمت های مختلف بخش تعبیه شده اند، از ایستگاه پرستاری کنترل می کنند.	مشاهده	۲		
	حداقل آزمایشات اولیه در بیمارستان انجام میشود و یا با آزمایشگاه دیگری قرارداد داشته باشد. تمامی بیمارستانهای روانپزشکی دادای خدمات پس از فوت*، توانبخشی*، سرویس ارایه دهنده خدمات روانشناسی بالینی را دارا هستند	مستند	۱		
	خدمات تفریح درمانی، شرکت در برنامه های نرمش فیزیکی، روان درمانی فردی، گروه درمانی و خانواده درمانی قسمتی از برنامه بخش روانپزشکی در دسترس می باشد.	مشاهده-مستند	۲.۵		
	شرایط و مقرراتی در بخش روانپزشکی وجود دارد که از اقدام به خودکشی جلوگیری شود.	مستند	۱		
	دستورالعمل مربوط به حقوق بیمار روانپزشکی، مدیریت درمانی بیمار پرخاشگر، ارزیابی خطر آسیب به خود و ضوابط مربوط به ایمنی را بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت به صورت مکتوب تدوین کرده و هر سه سال یکبار تجدید نظر می نماید. دستورالعملی مدون برای استفاده از تلویزیون، دستورالعمل مدون مصرف سیکار در بخش وجود دارد.	مستند	۳		
	بیمار به هنگام پذیرش در بخش روانپزشکی مورد ارزیابی پرستاری، مورد ارزیابی طبی، ارزیابی کاردرمانی، ارزیابی مددکاری اجتماعی، ارزیابی روانشناسی و ارزیابی شغلی قرار می گیرد.	مستند	۳		
	برنامه ترخیص مشخص بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت تدوین شده است و بر اساس آن اجرا می شود.	مستند	۱		

		۱	مستند	استفاده از مهار فیزیکی و شیمیایی توسط پزشک حاضر در مرکز اجازه داده میشود. دستورات مربوطه در پرونده بیمار ثبت می شود.	اتاق ایزوله
		۱	مستند	بر اساس وزارت بهداشت دستورالعمل مشخصی برای کیفیت و کمیت ملاقات بیماران توسط بیمارستان وجود دارد و رفت و آمد ملاقات کنندگان کنترل می شود.	
		۲	مستند	پایش موضوعاتی همچون خودکشی*، اقدام به خودکشی*، فرار*، تهاجم ها*، لغزیدن* و افتادن بیمار*، سو رفتار با بیمار*، استفاده از اتاق ایزوله* و استفاده از مهار* انجام می شود.	
		۳	مشاهده-مستند	پرستار مسئول پایش بیماران منزوی حداقل دارای مدرک کارشناسی پرستاری می باشد. انزوای بیمار فقط به دستور پزشک انجام می شود. اتاق انزوا فقط جهت انزوای بیماران که خطر آسیب به خود دارند استفاده می شود. *از اتاق انزوا صرفا جهت مهار بیمار استفاده می شود. در هر از زمان فقط برای یک بیمار استفاده می شود. وسایلی که برای مهار بیمار استفاده میشود در مکان مناسب جهت دسترسی سریع باشند. مهار در اتاق انزوا با استفاده از ژاکت مخصوص انجام می شود. استفاده از مهار فیزیکی و شیمیایی توسط پزشک حاضر در مرکز اجازه داده میشود. *دستورات مربوطه در پرونده بیمار ثبت می شود.	
		۳	مستند	از قیم قانونی بیمار در زمان بستری بیمار رضایت آگاهانه در مورد استفاده احتمالی از اتاق ایزوله اخذ می گردد. *دستور ایزوله و مهار بیمار و خروج از ایزوله توسط پزشک در پرونده بیمار ثبت می شود. پرستار مسیول بیمار هر ۱۵ دقیقه یک بار مشاهدات خود را در پرونده ثبت می نماید.	
		۲.۵	مستند	کمیتته ای به منظور کاهش میزان مهار متشکل از رییس بخش، سرپرستار، رزیدنت ارشد بخش در بیمارستان آموزشی و یکی از روانپزشکان بخش در هر ماه به بررسی نیمرخ استفاده از مهار می پردازد.	
		۴	مشاهده	اتاق انزوا ظرفیت پایش از نظر صدا و تصویر را از ایستگاه پرستاری که در خارج اتاق است، دارد. *دما از ایستگاه پرستاری کنترل می گردد. یک سیستم دو طرفه انتقال صدا بین اتاق انزوا و ایستگاه پرستاری تامین شده است. *اتاق انزوا جهت کنترل بیشتر از سوی پرسنل پرستاری، واجد دوربین مدار بسته می باشد. یک تشک از فوم فشرده با رویه چرمی یک تکه بسیار محکم و قابل شستشو دارد. *اتاق انزوا کاملا ایمن می باشد. *حریم بیمار در اتاق انزوا حفظ می گردد. *اتاق انزوا در جایی می باشد که امکان نظارت و دسترسی راحت وجود دارد.	

				کاردرمانی
	۱.۵	مستند	یک متخصص کاردرمانی مسیول خدمات بالینی در بخش کار درمانی وجود دارد. * به ازای هر ده بیمار ارایه خدمت می نماید. ارایه خدمات کار درمانی با تایید پزشک مسیول بیمار انجام می شود.	
	۲	مستند	مشاوره کاردرمانی در موقع ترخیص در پرونده بیمار ثبت می شود. * بخش کاردرمانی خدمات خود را در روزهای صبح و در صورت امکان در شیفت عصر در تمام ایام هفته انجام می دهد. خدمات مشاوره با خانواده بیمار در زمان ترخیص و بستری انجام می گردد. نتایج ارزیابی به صورت روزانه در پرونده بیمار ثبت می شود.	
	۱	مشاهده	تجهیزات کار درمانی بر اساس ضرورت های بخش تعیین گردیده شده است. * و در یک محل امن نگهداری می شود.	
	۱.۵	مشاهده	بخش روانپزشکی دارای تجهیزاتی مانند نوار قلبی، دفیبریلاتور، اکسیژن سانترال یا کپسول اکسیژن و... می باشد.	
	۱	مشاهده	یک باجه تلفن و یک صندلی که بیماران به نحو مقتضی به آن دسترسی داشته باشند در بخش موجود است.	
	۱.۵	مشاهده	در اتاقهای بیماران تخت قابل حرکت و قابل شستشو*، میز کنار تخت*، کابینت متحرک یا ثابت*، وسایل فردی ایمن*، یک ظرف آشغال ایمن (غیر قابل احتراق، یکپارچه، غیر قابل نفوذ...) *موجود می باشد.	
	۱	مشاهده	کپسول آتش نشانی در محلی نگهداری می شود که در صورت بروز حریق براحتی در دسترس پرسنل قرار می گیرد*. امکان دستیابی بیماران به آن وجود ندارد. اتاق بیماران مجهز به وسایل خطرناک نیستند و موارد قابل احتراق به حداقل رسانیده شده است. برای هر حمام سیستم ایمنی برای خبر کردن پرستار وجود دارد.	
	۱	مشاهده	در راهروی بخش، صندلی و نیمکت به تعداد کافی* متصل به هم*، چند تایی* ثابت شده به کف راهرو* موجود می باشد.	
	۱.۵	مشاهده	یک اتاق سیگار با هواکش قوی* یک سطل زباله ثابت و ایمن به دور از تجهیزات آسیب رسان* در بخش موجود استگاز آشپزخانه بخش بطور اتوماتیک خاموش می شود. که در صورت باز ماندن خطری ایجاد نمی کند. *	
	۱	مشاهده	لباس آقایان شامل کت، پیژامه به رنگ روشن و ملایم (آبی و سبز)، مدل پیراهن یقه هفت، بدون دکمه می باشد. لباس بانوان پیراهن بلند با آستین گشاد و شلوار بلند، مقنعه و جوراب ساق کوتاه میباشد و رنگ روشن ملایم بدون طرح خاص و ساده می باشد.	
	۱	مشاهده	بخش روانپزشکی دارای محلی امن و مناسب بیرون از ساختمان، برای بیماران و ملاقات کنندگان داراست. *یک مکان امن برای	
				تجهیزات ساختمانی



چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

				بیماران در صورت وقوع زلزله جهت تجمع بیماران مشخص شده است.
		۲	مشاهده	بخش روانپزشکی دارای فضاهای زیر می باشد. اتاق ایزوله-اتاق درمان-اتاق مصاحبه-اتاق استراحت-نهار خوری بیماران- ایستگاه پرستاری و نگهداری
		۲	مشاهده	پرده در بخش وجود ندارد. لامپ ها آویزان نمی باشند. لامپها توکار می باشند. کلیدهای برق در ایستگاه پرستاری نصب شده اند. پریز های بخش غیر فعال می باشند. دستگاههای تهویه از ایستگاه پرستاری کنترل می شوند. در دستشویی و حمام به طرف خارج باز می شوند. شیشه دربهای ورودی ، سایر شیشه های بخش از نوع نشکن می باشد.
	۰	۵۴	امتیاز / امتیاز مکتسبه:	جمع
		۰	درصد امتیاز مکتسبه:	
<p>امتیاز کل: امتیاز مکتسبه: درصد تحقق استاندارد:</p>				
<p><u>توصیه ها:</u></p>				



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

بخش فیزیوتراپی

محور	موارد ارزیابی (استاندارد)	۰	۱	۲	وزن	امتیاز مکتسبه	روش ارزیابی	توضیحات عدم انطباق
مجوزها	پروانه بهره برداری و پروانه مسئول فنی معتبر است.				۲		مشاهده	
	آیا پرونده پرسنلی در موسسه وجود دارد. پایان طرح برای پرسنل پیراپزشکی				۲		مشاهده و بررسی	
نیروی انسانی	مسئول فنی معرفی شده و یا جانشین آن حضور دارند.				۳		مشاهده	
	افراد فاقد صلاحیت اعم از پزشک و پرسنل درمانی در مرکز فعالیت نمی نمایند				۲		مشاهده و بررسی	
	دفتر ثبت مشخصات جهت بیماران در پذیرش وجود دارد. ثبت نام و نام خانوادگی بیمار ، سن ، تاریخ و ساعت مراجعه ، لیست خدمات و مبلغ دریافتی در قبال خدمت انجام شده					۲		مشاهده و بررسی
فضای فیزیکی	آیا اتاق های الکتروتراپی و مکانوتراپی استاندارد میباشد				۲		مشاهده و بررسی	
	آیا توالت فرنگی و ایرانی برای بیماران وجود دارد				۲			
	در صورت اختلاف سطح ، (وجود طبقات) دسترسی به بخش ، دارای آسانسور ، بالابر مناسب می باشند ؟ وجود آسانسور با عرض ورودی حداقل ۹۵ سانتی متر - در صورت قرار داشتن در طبقه همکف امتیاز کامل می گیرد					۲		مشاهده و بررسی
پیشگیری و بهداشت	مدیریت پسماندهای نوک تیز و برنده (سفتی باکس) بصورت صحیح انجام می گردد				۲		مشاهده و بررسی	
	برای تمیز کردن کف و سطوح از محلول ضدعفونی کننده مناسب استفاده می گردد. وجود محلول های ضدعفونی سطوح کوچک و بزرگ - وجود محلول ضدعفونی سریع الاثر وسایل و تجهیزات - استفاده صحیح از محلولهای ضدعفونی				۲		مشاهده و بررسی	
	از ملحفه و روانداز تمیز و یکبار مصرف استفاده می شود. تمیز بودن بالش و تشک تخت و ترجیحا استفاده از ملحفه و روبالشی یکبار مصرف جهت آن					۲		مشاهده و بررسی
	سطل زباله درب دار و پدال دار با کیسه زباله زردرنگ جهت زباله های عفونی وجود دارد. وجود سطل های زباله درب دار پدالی به تعداد کافی - استفاده از کیسه زرد با آرم پرخطر جهت زباله های عفونی - استفاده از کیسه مشکی جهت زباله های غیر عفونی					۲		مشاهده
	وضعیت نور ، تهویه و سیستمهای برودتی/حرارتی و رعایت اصول بهداشتی، مناسب می باشد. وجود نور کافی و تهویه مطلوب در فضاهای مختلف درمانگاه - مناسب بودن سیستمهای روشنایی - وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب					۲		مشاهده و بررسی



چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

دستگاهها						
	مشاهده و بررسی		۲			دستگاه های الکتروپراپی کالیبره میباشند وجود برچسب و مستندات شرکت انجام
رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رضایت مندی مراجعین	مشاهده		۲			پروانه های معتبر تاسیس و مسئول فنی ، در معرض دید مراجعین نصب می باشند. مشاهده نصب پروانه ها در معرض دید مراجعین
	مشاهده		۲			پرسنل دارای اتیکت شناسایی می باشند. مشاهده نصب اتیکت شناسایی شامل نام خانوادگی و سمت ، توسط کلیه کارکنان
	مشاهده		۲			برنامه فعالیت در معرض دید مراجعین نصب گردیده است . مشاهده نصب برنامه پزشکان در تابلو اعلانات
	مشاهده		۲			پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات در معرض دید مراجعین نصب گردیده است ؟ مشاهده نصب پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات در معرض دید مراجعین
	مشاهده و بررسی		۲			تبلیغات غیر مجاز و یا گمراه کننده وجود ندارد. انجام تبلیغات با اخذ مجوز لازم از سازمان نظام پزشکی - عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و گمراه کننده
	مشاهده		۲			تعرفه های مصوب ابلاغی در معرض دید بیماران نصب است رؤیت نصب تعرفه ها در معرض دید مراجعین در سالن انتظار
	مشاهده و بررسی		۲			تعرفه های مصوب ابلاغی ، رعایت می گردد. بررسی مستندات(دفاتر پذیرش و...) مبنی بر رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی
	مشاهده		۲			امکانات حمل و نقل بیمار وجود دارد . برانکارد و صندلی چرخ دار

نام و امضاء مسئول فنی (یا جانشین آن) موسسه :

نام و امضاء کارشناسان معاونت درمان



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



مدیریت تجهیزات پزشکی

چک لیست بازدید نظارتی مدیریت تجهیزات پزشکی

ردیف	شاخص	بله: امتیاز خیر: ۰ امتیاز	وزن	امتیاز نهایی	توضیحات
الف					
نیروی فنی واحد تجهیزات پزشکی					
الف	نیروی فنی واحد تجهیزات پزشکی				سقف امتیاز: ۶
۱	آیا تعداد کارشناسان تجهیزات پزشکی بیمارستان با تعداد تخت‌های بیمارستان متناسب است؟		۲		
۲	آیا رشته تحصیلی کارشناسان تجهیزات پزشکی با دانش تخصصی تجهیزات پزشکی مرتبط است؟		۲		
۳	آیا کارشناسان تجهیزات پزشکی آگاهی کافی از تجهیزات پزشکی دارند؟		۲		
ب					
فضای فیزیکی و امکانات واحد تجهیزات پزشکی					
ب	فضای فیزیکی و امکانات واحد تجهیزات پزشکی				سقف امتیاز: ۵
۱	آیا واحد تجهیزات پزشکی مجزا و مستقل است؟		۲		
۲	آیا فضای فیزیکی اختصاص داده شده به واحد تجهیزات پزشکی مناسب است؟		۱		
۳	آیا تجهیزات و ابزارهای اولیه مورد نیاز عیب‌یابی در واحد تجهیزات پزشکی موجود است؟		۲		
پ					
تامین برق سالم					
پ	تامین برق سالم				سقف امتیاز: ۶
۱	آیا کنترل کیفی پریزهای برق بخش‌های ویژه، اتاق عمل و اورژانس انجام شده است؟		۲		
۲	آیا تجهیزات ups در بخش‌های ویژه، اتاق عمل و اورژانس وجود دارد؟		۲		
۳	آیا نتایج و مدارک تست چاه ارت در دسترس است؟		۲		
ت					
تدوین روش‌های اجرایی					
ت	تدوین روش‌های اجرایی				سقف امتیاز: ۶
۱	آیا تدوین دستورالعمل‌های تجهیزات پزشکی مطابق لیست زیر صورت گرفته است؟				
۱-۱	بروز رسانی شناسنامه		۱		
۲-۱	کنترل کیفی و کالیبراسیون		۱		
۳-۱	سرویس و pm		۱		
۴-۱	تجهیزات پشتیبان		۱		
۵-۱	اقتصاد سنجی		۱		
۲	آیا کارشناس تجهیزات پزشکی نسبت به دستورالعمل‌های فوق آگاهی کامل دارد؟		۱		

ث	آشنایی با سامانه‌های اداره کل ، آیین نامه، ضوابط و دستورالعمل‌ها	سقف امتیاز: ۴
۱	آیا کارشناسان تجهیزات پزشکی با سامانه اداره کل، آیین نامه، ضوابط و دستورالعمل‌های سامانه آشنایی کامل دارند؟	۲
۲	آیا کارشناسان تجهیزات پزشکی با سایر ضوابط و دستورالعمل‌های مرتبط با تجهیزات پزشکی آشنایی کامل دارند؟	۲

سقف امتیاز: ۸	تامین ایمن گازهای طبی			ج
	۲		آیا در بدو ورود انواع کپسول گازهای طبی به بیمارستان، نوع گاز و خلوص گاز اکسیژن بررسی شده و نتایج آن ثبت می‌شود؟	۱
	۲		آیا تهیه، نگهداری و حمل و نقل کپسول‌های طبی مطابق ضوابط ایمنی مربوط انجام می‌شود؟	۲
	۲		آیا نحوه نشانه‌گذاری و رنگ بندی کپسول انواع گازهای طبی، مطابق ضوابط مربوط بررسی شده و از هیچ گونه پوشش استفاده نمی‌شود؟	۳
	۲		آیا اکسیژن با فشار، جریان و خلوص مورد انتظار برای بیمار تأمین شده و مدیریت تجهیزات پزشکی بر کیفیت آن نظارت می‌نماید؟	۴
سقف امتیاز: ۲۵	خرید و تامین تجهیزات پزشکی			چ
			تجهیزات ضروری هر یک از بخشها و تجهیزات پشتیبان	۱
	۲		آیا فهرست تجهیزات ضروری هر بخش و بخش‌های پشتیبان در کمیته درمان دارو و تجهیزات تعیین و تصویب و یا بازنگری شده‌است؟	۱-۱
	۱		آیا فهرست تجهیزات ضروری در هر بخش و نیز بخش‌های پشتیبان تجهیزات ضروری وجود دارد و مسئولان /کارکنان مرتبط در تمام نوبت‌های کاری از آن آگاهی دارند؟	۲-۱
	۱		آیا تجهیزات ضروری در هر بخش و تجهیزات پشتیبان با دسترسی مناسب و به موقع آماده به کار هستند؟	۳-۱
	۱		آیا از تجهیزات با تکنولوژی مناسب با خدمات بیمارستان استفاده می‌شود؟	۲
	۲		آیا نیازسنجی سالانه تجهیزات پزشکی از کلیه بخش‌ها با اولویت‌بندی و رعایت صرفه و صلاح بیمارستان انجام می‌شود؟	۳
	۲		آیا گزارش سه ماهه خرید به مدیریت تجهیزات پزشکی دانشگاه ارسال می‌شود؟ (فقط مراکز دانشگاهی)	۴
	۲		آیا کمیته تجهیزات پزشکی مرکز به طور منظم تشکیل می‌شود؟	۵
	۲		آیا بخشنامه حمایت از تولیدات داخلی به طور کامل رعایت می‌شود؟	۶
	۲		آیا تامین تجهیزات پزشکی از شرکت‌های مجاز ثبت شده در سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی (imed) صورت می‌گیرد؟	۷
	۲		آیا بخشنامه ریاست دانشگاه در خصوص تامین تجهیزات پزشکی به طور کامل رعایت می‌شود؟ (بخشنامه شماره ۵/د/۶۳۵۲۹۸ مورخ ۹۶/۱۰/۲۷) (فقط مراکز دانشگاهی)	۸
	۲		آیا ضوابط و الزامات پیش فاکتور و فاکتور رعایت می‌شود؟	۹



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		۲	آیا اعلام وصول تجهیزات پزشکی تأمین شده به مدیریت تجهیزات پزشکی دانشگاه به موقع صورت گرفته است؟ (فقط مراکز دانشگاهی)	۱۰
		۲	آیا نصب و راه اندازی تجهیزات پزشکی تأمین شده به موقع صورت گرفته است؟	۱۱
		۲	آیا نصب و راه اندازی تجهیزات پزشکی تأمین شده به موقع به مدیریت تجهیزات پزشکی دانشگاه اعلام شده است؟ (فقط مراکز دانشگاهی)	۱۲
سقف امتیاز: ۳۶			ح پایش، نگهداری، ارزیابی و کاربری صحیح تجهیزات پزشکی	
		۲	آیا تجهیزات پزشکی فراخوان شده جمع آوری و از گردش کار خارج می شوند؟	۱
			آیا اطلاعات شناسنامه ای زیر در سامانه ثبت اطلاعات تجهیزات پزشکی مرکز (MDMS) به روز بوده و در دسترس است؟	۲
		۲	اطلاعات دستگاه های موجود (نام دستگاه، مارک، مدل، شماره سریال، سال نصب ...)	۱-۲
		۲	کنترل کیفی	۲-۲
		۲	نگهداری پیشگیرانه	۳-۲
		۲	تعمیرات و سرویس های دوره ای	۴-۲
		۲	آیا اطلاعات الصافی روی دستگاه با سامانه ثبت اطلاعات تجهیزات پزشکی مرکز مطابقت دارد؟	۳
		۲	آیا اسقاط تجهیزات پزشکی مطابق ضوابط مربوط انجام می شود؟	۴
		۲	آیا انبارش تجهیزات پزشکی مطابق ضوابط مربوط انجام می شود؟	۵
		۲	آیا تعمیرات تجهیزات پزشکی از طریق شرکت های نمایندگی / ثالث مجاز انجام می شود؟	۶
			نگهداری پیشگیرانه	۷
		۱	آیا فهرست تجهیزات پزشکی سرمایه ای و حیاتی مشمول نگهداری پیشگیرانه توسط تجهیزات پزشکی بیمارستان تهیه و برنامه زمان بندی انجام ارزیابی های نگهداری پیشگیرانه تدوین شده است؟	۱-۷
		۳	آیا نگهداری پیشگیرانه مطابق برنامه انجام و سوابق ارزیابی ها و اقدامات اصلاحی احتمالی متعاقب آن در بخش ها و دفتر تجهیزات پزشکی نگهداری می شود؟	۲-۷
			سرویس های دوره ای	۸
		۱	آیا فهرست تجهیزات حیاتی و سرمایه ای مشمول سرویس های دوره ای در کمیته درمان، دارو و تجهیزات بیمارستان تعیین شده است؟	۱-۸



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

۲-۸	آیا عقد قراردادهای معتبر و جاری برای سرویس دوره‌ای تجهیزات حیاتی و سرمایه‌ای انجام شده‌است؟	۱	
۳-۸	آیا سرویس‌های دوره‌ای به صورت منظم و بر اساس برنامه زمانبندی شده واحد تجهیزات پزشکی بیمارستان توسط شرکت‌های نمایندگی مجاز انجام می‌شود؟	۲	
۹	کنترل کیفی		
۱-۹	آیا فهرست تجهیزات حیاتی و سرمایه‌ای کنترل کیفی در کمیته درمان، دارو و تجهیزات تعیین و برنامه زمانبندی انجام کنترل کیفی تدوین شده‌است؟	۱	
۲-۹	آیا مستندات استعمال کنترل کیفی از شرکت‌های مجاز موجود است؟	۱	
۳-۹	آیا کنترل کیفی تجهیزات پزشکی به صورت منظم و بر اساس برنامه زمانبندی شده توسط شرکت‌های مجاز اجرا شده و نتایج آن در واحد تجهیزات پزشکی موجود است؟	۲	
۴-۹	آیا برچسب‌های الصاقی مطابق با دستورالعمل‌ها و نتایج آزمون کنترل کیفی با تاریخ اعتبار بر روی تجهیزات نصب شده‌است؟	۲	
۵-۹	آیا کنترل کیفی مجدد در صورت دریافت هرگونه گزارش یا موارد عدم انطباق در عملکرد دستگاه در فاصله دو دوره کنترل کیفی انجام شده‌است؟	۱	

۱۰	آموزش کاربران		
۱-۱۰	آیا برنامه آموزش کاربران تدوین شده‌است؟	۱	
۲-۱۰	آیا تمامی کاربران دائم و موقت تجهیزات پزشکی در تمامی نوبت‌های کاری در خصوص اصول نگهداشت و کاربری صحیح و ایمن تجهیزات پزشکی آگاهی و تسلط کامل دارند؟	۱	
۳-۱۰	آیا گواهینامه الکترونیکی / فیزیکی پس از گذراندن دوره‌های آموزشی کاربران آموزش دیده اعطا شده‌است؟	۱	
۱۱	آیا تجهیزات پزشکی غیر فعال / معیوب، نشانه‌گذاری شده و از جریان کار خارج می‌شوند؟	۲	
خ	بخش دیالیز		
۱	آیا مشخصات فنی و خدمات پشتیبانی دستگاه‌های همودیالیز، صافی‌های مصرفی و دستگاه‌های تصفیه اسمز معکوس مطابق ضوابط مربوط است؟	۲	
۲	آیا کنترل کیفیت آب دستگاه‌های تصفیه اسمز معکوس انجام می‌شود و در صورت هرگونه عدم انطباق اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید؟ (سنجش سختی آب TDS روزانه، میکروبی ماهانه، AMI هر سه ماه)	۲	
د	مجموع	۱۰۰	



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



مدیریت ملزومات پزشکی

تجهیزات و ملزومات پزشکی مصرفی

ردیف	موارد مورد ارزیابی	روش ارزیابی (مشاهده/ مصاحبه/بررسی مستندات)	حداکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات عدم انطباق
۱	آیا مرکز درمانی/بیمارستان دارای مسئول فنی تجهیزات و ملزومات پزشکی دارای شرایط اعلام شده توسط این اداره کل می باشد؟	مصاحبه/بررسی مستندات	۱۰		
۲	تجهیزات پزشکی مصرفی مورد نیاز مرکز درمانی/بیمارستان به چه صورت انتخاب و تامین میگردد؟(نقش کمیته فنی در انتخاب کالا)	مصاحبه/بررسی مستندات	۱۰		
۳	آیا مرکز درمانی/بیمارستان نسبت به تهیه فهرست خرید (فرمولاری ملزومات مصرفی پزشکی) اقدام نموده است؟ (موضوع براساس گروههای ۱۲ گانه طرح تحول بررسی گردد)	بررسی مستندات	۱۰		
۴	آیا مرکز درمانی التزام لازم را جهت خرید ملزومات مصرفی پزشکی، آزمایشگاهی، اقلام گرانیقیمت (شامل ایمپلنت های ارتوپدی، ایمپلنت های جراحی مغزو اعصاب، قلبی، لاپاراسکوپی) و ... از شبکه توزیع قانونی و فهرست اعلامی اداره کل تجهیزات پزشکی دارد؟ (۱۵ فاکتور با حداقل ۳ ردیف کالا شامل مصرفی تخصصی و عمومی بررسی گردد)	بررسی مستندات	۱۰		
۵	آیا مرکز درمانی در خرید های خود بر رعایت ضوابط فاکتور و پیش فاکتور توسط شرکت ها نظارت دارد؟ (۱۵ فاکتور به صورت تصادفی انتخاب و به شرح ذیل بررسی گردد)	بررسی مستندات	۱۰		
۶	آیا مرکز درمانی / بیمارستان در مطابقت و بروزرسانی ملزومات مصرفی موجود در انبار مرکزی / انبار بخش ها و ... موارد ثبت شده در سیستم HIS از نظر موجودی، برند، مشخصات کالا، قیمت و ... نظارت دارد؟ (چند کالا به صورت تصادفی انتخاب و به شرح ذیل بررسی گردد)	مشاهده/بررسی	۱۰		
۷	آیا درج مشخصات کامل کالا (برند، مدل، سایز، کد IRC و ...) و قیمت ابلاغی اداره کل در صورتحساب بیماران رعایت می گردد؟ (۵ صورتحساب شامل اقلام مصرفی تخصصی و عمومی بررسی گردد)	بررسی مستندات	۱۰		
۸	آیا ضوابط و ابلاغیه های جاری در حوزه ملزومات پزشکی از توپدی مطابق با دستورالعمل جامع اقلام ارتوپدی (باستناد نامه های شماره های ۶۶۴/۵۶۴۱۷ مورخ ۱۳۹۸/۰۷/۰۱ و ۶۶۴/۷۰۱۱۹ مورخ ۱۳۹۸/۰۸/۱۲ مدیرکل محترم امور تجهیزات و ملزومات پزشکی) رعایت می گردد؟	مشاهده/ مصاحبه/بررسی مستندات	۱۰		
۹	آیا اقدامات پیشگیرانه از مصرف مجدد کاشتنی های ارتوپدی خارج شده از بدن بیمار، مطابق با دستورالعمل ابلاغی امحاء کاشتنی های ارتوپدی (به استناد نامه شماره ۶۵۵/۱۱۴۱۶۳ مورخ ۱۳۹۵/۰۷/۱۸ معاون محترم وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو) صورت میگیرد؟	مصاحبه/بررسی مستندات	۱۰		

۱۰	مشاهده/ مصاحبه	۱۰	آیا بیماران جهت تهیه تجهیزات پزشکی مصرفی مورد نیاز به خارج بیمارستان ارجاع داده می شوند؟ (بررسی مستندات و مصاحبه با بیمار)
۱۱	مشاهده/ مصاحبه	۱۰	دستورالعمل انبارش و نگهداری تجهیزات و ملزومات پزشکی (بخشنامه شماره ۶۵۵/۱۷۷۰۴ مورخ ۹۶/۰۲/۲۳ معاون وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو) الزامات انبارش و نگهداری تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی از نظر پایش وضعیت کالاهای موجود در انبار و ... در مرکز صورت می گیرد؟
۱۲	مشاهده/ مصاحبه	۱۰	آیا کالای موجود در انبارهای تجهیزات و ملزومات مرکز درمانی دارای تاریخ مصرف معتبر می باشد؟
۱۳	مصاحبه/بررسی مستندات	۱۰	آیا لزوم استفاده از سامانه های الکترونیکی اداره کل تجهیزات پزشکی از جمله سامانه ثبت کمبودها ، سامانه ثبت مشکلات کیفی (MDR) ، سامانه توزیع کالای پزشکی و ... در بیمارستان رعایت می گردد؟
۱۴	مصاحبه/بررسی مستندات	۱۰	آیا لزوم شناسه گذاری ردیابی و رهگیری و کنترل اصالت کالاهای تجهیزات و ملزومات پزشکی (الصاق برچسب اصالت ملزومات مصرفی پزشکی) مطابق با بخشنامه شماره ۶۶۴/۴۵۰۹۶ مورخ ۱۳۹۹/۰۵/۱۱ مدیر کل امور تجهیزات و ملزومات پزشکی ، در خریدهای بیمارستانی رعایت می گردد؟
۱۵	مشاهده/ مصاحبه/بررسی مستندات	۱۰	آیا نحوه کنترل اصالت و رهگیری و ردیابی TTAC فرآورده های سلامت محور و ضرورت تأمین و توزیع دارو ، تجهیزات و ملزومات پزشکی و سایر فرآورده های سلامت محور، مطابق با بخشنامه شماره ۱۰۰/۱۴۷۵ مورخ ۱۳۹۸/۱۱/۱۲ وزیر در خریدهای بیمارستانی رعایت می گردد؟
۱۶	مشاهده/ مصاحبه	۱۰	آیا طرح توزیع تک دوز (Unit dose) دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی مطابق با ابلاغ تصمیم کمیته ۱۰۰ دارو و تجهیزات دانشگاه (ابلاغی به شماره نامه ۵/۴۳۵۲۷۶ مورخ ۱۳۹۹/۰۹/۲۵) در بیمارستان رعایت می گردد؟
۱۷	مشاهده/ مصاحبه	۱۰	اقدامات لازم جهت رعایت دستورالعمل انبارش و نگهداری تجهیزات و ملزومات پزشکی (مطابق با بند ۱۲) از جمله بررسی تاریخ مصرف معتبر ، رعایت شرایط نگهداری و فضای انبارش متناسب با حجم و نوع اقلام موجود در آزمایشگاه مرکز صورت میگیرد؟
۱۸	مصاحبه/بررسی مستندات	۱۰	رعایت زنجیره سرد برای کیت ها و اقلام مختلف مصرفی آزمایشگاهی در شرایط توصیه شده بطور صحیح اجرا می گردد ؟
۱۹	مصاحبه/بررسی مستندات	۱۰	آیا کالیبراسیون تجهیزات آزمایشگاهی به صورت دوره ای انجام و ثبت می گردد ؟
۲۰	مشاهده/بررسی مستندات	۱۰	آیا نقطه سفارش و لیست مربوط به موجودی کیت ها و اقلام مختلف مصرفی آزمایشگاهی وجود دارد؟
۲۰۰		۰	%۰



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



مدیریت دارویی



چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

مدیریت دارویی

ردیف	موارد ارزیابی (استاندارد)	بله	خیر	توضیحات عدم انطباق
۱	آیا اجناس آتش زا و چیزهایی که ممکن است با جرقه باعث آتش سوزی شود در انبار موجود است؟ محل قرارگیری آنها صحیح است؟			
۲	آیا مستندات و صورتجلسات بازدی دوره ای سه تا شش ماهه تاسیسات در انبار دارویی موجود است؟			
۳	آیا کلید کلید و پریزها در کنار درب ورودی و داخل جعبه قرار دارند؟			
۴	آیا کل سیستم برق انبار به یک کلید اصلی مجهز می باشد که در موقع خروج خاموش شود؟			
۵	آیا از کابلها و کانالها و مهتابی های روکش دار در انبار استفاده شده است؟			
۶	آیا پشت پنجره ها و درب انبار حفاظ و درزگیر نصب شده است؟ و پنجره ها دارای پرده نورگیر می باشند؟			
۷	آیا انبار دارای دزدگیر و قفل های قابل اطمینان و مجهز به دوربین مداربسته می باشند؟			
۸	آیا کف انبار مقداری از سطح فضای بیرون بالاتر است به گونه ای که موقع بارندگی شدید از ورود آب به داخل انبار جلوگیری شود؟			
۹	آیا در کف انبار برای قرار دادن دارو از پالت های فلزی و یا چوبی استفاده شده است؟			
۱۰	آیا کپسول آتش نشانی (پودر یا گاز) در کنار درب ورودی انبار به تعداد به تعداد لازم و تابلوی نحوه استفاده از آن در کنار آن نصب شده است؟			
۱۱	تاریخ اعتبار کپسول های آتش نشانی			
۱۲	آیا تابلوی عدم مصرف دخانیات و یا سیگار در کلیه بخشهای انبار نصب شده است؟			
۱۳	آیا افراد آموزش دیده برای اطفاء حریق در تمام شیفت های کاری در انبار یا بیمارستان حضور دارند؟			
۱۴	آیا شیلنگ آب و دستگاههای خبردهنده در انبار وجود دارند؟			
۱۵	آیا موادی که قابلیت اشتعال بالایی دارند مانند الکل، در محلی جدا از داروها و نزدیک به ابزار اطفاء حریق نگهداری می شوند؟			
۱۶	آیا در چینش داروها فاصله ۱۰ سانتی متر از زمین و ۳۰ سانتی متر از دیوارها و کارتن های دیگر و حداکثر ارتفاع ۲۵۰ سانتی متر رعایت شده است؟			
۱۷	آیا امکان رفت و آمد بین کارتن ها و جریان هوا بین داروها وجود دارد؟			
۱۸	آیا در انبار داروها به دور از فایل های کهنه، سموم و مواد شیمیایی، لوازم اداری نگهداری می شود؟			
۱۹	آیا در انبار دسترسی به سیستم HIS و سیستم کامپیوتری مناسب و به روز، بستر اینترنتی با سرعت مناسب و خط تلفن ثابت و مستقل وجود دارد؟			
۲۰	آیا کف انبار بتونی یا دارای کف پوش مقاوم هست؟			
۲۱	آیا هر روز توسط جاروبرقی صنعتی نظافت می شود؟			
۲۲	آیا انبارهای دارویی سرپرست نظافت دارد؟ و نظافت انبارها روزانه انجام می گیرد؟			
۲۳	آیا انبارها دارویی سرپرست نظافت دارد؟ و نظافت انبارها روزانه انجام می گیرد؟			
۲۴	آیا جنس سقف انبار از عایق می باشد؟			
۲۵	آیا برای تهویه هوای انبار هواکش های متعدد وجود دارد؟			



چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

۲۶	سیستم خنک کننده انبار داروئی: کولر گازی	چیلر
۲۷	آیا انبار داروئی در قبال حوادث غیر مترقبه نظیر سیل، آتش سوزی و غیره بیمه شده است؟ و بیمه نامه تا چه تاریخی معتبر است؟	
۲۸	آیا دماسنج و رطوبت سنج در نقاط متفاوت انبار و یخچال داروئی وجود دارد؟ و مرتبا در فرم های مخصوص ثبت و فرم ها سالیانه بایگانی می شوند؟	
۲۹	آیا کنترل دما و رطوبت در روزهای تعطیل و در ایام مرخصی مسئول انبار توسط چه کسی انجام می شود؟	
۳۰	آیا تعدادی گلدباکس و آیس پکهای خشک در داروخانه موجود است؟ تعدا:	
۳۱	آیا کنترل دما و رطوبت در روزهای تعطیل و در ایام مرخصی مسئول انبار داروئی انجام می شود؟	
۳۲	انتقال دارو و تجهیزات مصرفی یخچالی و غیر یخچالی از انبار بخش توسط چه وسیله ای صورت می گیرد؟	
۳۳	آیا کلیه اقلام داروئی و تجهیزات مصرفی پزشکی مصرفی دارای اتیکت با ذکر نام با خودکار، تاریخ انقضا با مداد هستند؟	
۳۴	آیا چینش دارو و لوازم در قفسه ها با در نظر گرفتن دسته داروئی، وزن و حجم اجناس، تاریخ انقضا، قابلیت ریزش، قابلیت آلودگی اجناس کناری انجام شده است؟	
۳۵	آیا چینش انبار به گونه ای است که اجناس باعث مسدود شدن درب انبار شده است؟	
۳۶	آیا برای عبور و مرور چرخ دستی فضا در نظر گرفته شده است؟	

ردیف	پایش نگهداری داروهای یخچالی	بله	خیر	توضیحات عدم انطباق
۱	آیا فرم ثبت دمای یخچال روی در یخچال نصب شده است؟			
۲	آیا دماسنج سالم در داخل یخچال وجود دارد؟			
۳	دمای یخچال روزانه چند بار ثبت شده است؟			
۴	آیا دمای یخچال بین ۲-۸ درجه حفظ شده است؟ آیا دیتالاگر وجود دارد؟			
۵	آیا داروئی در قسمت درب یخچال قرار داده شده است؟			
۶	آیا غیر از دارو مواد دیگری در یخچال داروئی وجود دارد؟			
	آموزش			
۷	آیا کلیه پرستاران یا ماماها دوره آموزشی خط مشی داروخانه را در ارتباط با حرفه آنهاست دیده اند؟			
۸	آیا پرستار یا مامائی که جدیداً وارد این بخش شده دوره آموزشی امورات داروئی را گذرانده است؟			
۹	آیا مستندات آموزشی پرسنل درمانی و منشی ها در بخش موجود است؟			
۱۰	آیا فرم آموزشهای زمان ترخیص به بیماران داده می شود؟ شماره تلفن و تماس سه بیمار نوشته شود			
۱۱	آیا پمفلتهای آموزشی برای داروهای جدید بعد از امضای پرسنل درمانی در بخش موجود است؟ چند مورد با ذکر نام			



چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			آیا جزوات آموزشی انبار داروئی صحیح و ایمن، کنترل دمای یخچال داروهای پرخطر، داروهای مشابه در بخش یا کامپیوتر بخش موجود می باشد؟	۱۲
			آیا جزوه آموزشی امورات داروئی در بخش موجود است؟	۱۳
			ترالی اورژانس و استوک	
			آیا لیست موجودی استوک به تایید کمیته دارو و لوازم پزشکی و مسئول علمی بخش رسیده است؟	۱۴
			آیا عنوان و نحوه چینش ترالی اورژانس طبق و ویرایش ششم ترالی اورژانس رعایت شده است؟	۱۵
			آیا موجودی استوک با دفترچه استوک بخش همخوانی دارد؟	۱۶
ردیف	بله	خیر	فارماکوپه داروئی	
			آیا آخرین فارماکوپه داروئی بیمارستان در کامپیوتر بخشها قابل دسترسی می باشد؟	۱۷
			آیا فرم اضافه نمودن دارو به فارماکوپه داروئی بیمارستان در بخش موجود است؟	۱۸
			آیا فرم تهیه داروی خارج از فارماکوپه در بخش موجود می باشد؟	۱۹
ردیف	بله	خیر	وضعیت داروها و لوازم تاریخ گذشته	
			آیا دارو و یا لوازم با تاریخ انقضای کمتر از شش ماه در بخش موجود است؟	۲۰
			آیا لیست و تعداد دارو و لوازم با تاریخ انقضای زیر شش ماه کتبا به داروخانه اعلام شده است؟	۲۱
			آیا صورتحساب داروها و لوازم تاریخ نزدیک و تاریخ گذشته در بخش بایگانی شده است؟	۲۲
ردیف	بله	خیر	ADR	
			آیا کارتهای زرد داروئی در بخش موجود است؟	۲۳
			آیا موارد گزارش ADR بعد از روئت و امضای پرسنل درمانی در پوشه خود نگهداری می شود؟	۲۴
			آیا بخشنامه استانی و داخلی در رابطه با ADR که به امضای پرسنل درمانی رسیده، در پوشه مجزا نگهداری می شود؟	۲۵
			آیا موارد گزارش شده ADR از بخش وجود دارد؟	۲۶
			آیا کپی گزارشات در اتو.ماسیون بارگذاری می شود؟	۲۷



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



مدیریت بحران و حوادث

مدیریت خطر حوادث و بلایا							
واحد پاسخگو	روش ارزیابی	امتیاز نهایی	وزن	امتیاز (۰-۱)	موارد ارزیابی	استاندارد	ردیف
الف-۲ مدیریت خطر حوادث و بلایا							
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	بررسی صورتجلسه کمیته ها فایل تکمیل شده ۵مخاطره با اولویت اول		3		عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی بیمارستان در کمیته مدیریت خطر حوادث وبلایای مرکز شناسایی، اولویت بندی و ثبت شده است. (امتیازدهی عوامل خطر آفرین با استناد به کتاب ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا)	الف-۲-۱	1
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	مشاهده صورتجلسات کمیته مصاحبه و پرسش از تیم ارزیاب		3		تیم ارزیابی ایمنی بیمارستان بر اساس سنجه های اعتبار بخشی در کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلایا تعیین شده است و از نحوه تکمیل فایل FHSI آگاهی دارند.		2
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	مشاهده		3		فایل ارزیابی ایمنی بیمارستان تکمیل و نتیجه در مکان های ذکر شده در سنجه های اعتبار بخشی (ریاست، دفتر پرستاری و HCC) نصب شده است.		3
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	بررسی مستندات		3		مجوز مقاوم سازی ساختمان و تاسیسات در خصوص اجزای سازه ای از مراجع ذیصلاح دریافت شده است. (بیمارستان های با قدمت کمتر از ۵ سال)		4
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات	بررسی مستندات		3		مقاوم سازی اتصالات سازه ای در قسمت های مورد نیاز انجام شده است. (بیمارستان با قدمت بالای ۵ سال)		5
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات	بررسی مستندات		3		در صورت تغییر کاربری و توسعه فضای فیزیکی مطالعات مقاوم سنجی لازم انجام شده و مجوزهای مربوط از مبادی قانونی اخذ می گردد.		6
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات	مشاهده		3		اجزای غیر سازه ای بیمارستان به صورت استاندارد ثابت شده اند.		7
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات	بررسی مستندات		3		اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج FHSI، تدوین و اجرایی شده است.		8
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	مشاهده آیین نامه و ابلاغ آن		3		آیین نامه کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلایا تدوین، ابلاغ و بازنگری شده است.		9



چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

10	برای تمامی اعضا کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلایا ابلاغ صادر شده است.	3	مشاهده ابلاغ ها	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
11	دبیر کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلایا تعیین شده و دارای ابلاغ می باشد.	3	مشاهده ابلاغ	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
12	اعضای کمیته به شرح وظایف خود آگاهی دارند.	3	مصاحبه	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
13	جلسات کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلایا تشکیل شده (به تعداد ۴ جلسه در ۶ ماه) و مصوبات اجرایی می شوند.	3	بررسی صورتجلسات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
14	نتایج ارزیابی خطر و ایمنی بیمارستان در کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلایا طرح و بررسی شده است.	2	بررسی صورتجلسات کمیته	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
15	اثرات و خطرات احتمالی عوامل خطر آفرین تعیین شده است.	2	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
16	برنامه کاهش خطرات بر اساس اولویت های استنتاج شده از ارزیابی ایمنی و ارزیابی خطر بیمارستان طراحی و عملیاتی شده است.	2	مشاهده _ مصاحبه _ بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
17	مکان های خطر آفرین جهت آتش سوزی شناسائی شده است.	3	بررسی مکان های خطر آفرین	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
18	خاموش کننده های دستی به تعداد مناسب در مکان های مناسب نصب شده اند.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
19	سیستم اعلان حریق موجود و فعال می باشد.	3	امتحان سیستم	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
20	تأییدیه آتش نشانی از سازمان آتش نشانی اخذ گردیده است.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ مدیریت
21	لیست رابطین آتش نشانی موجود در دسترس می باشد و دارای برنامه (حضور ۲۴ ساعته) در بیمارستان می باشند.	3	بررسی مستندات و برنامه	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
22	رابطین آتش نشانی آموزش های لازم را دیده و گواهی های مربوطه را کسب نموده اند.	3	بررسی مستندات- مصاحبه با رابطین	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
23	برای آموزش کارکنان در زمینه مهار آتش سوزی، برنامه ریزی و تمرین مستمر صورت گرفته است.	3	بررسی مستندات- مصاحبه- بررسی عملکرد	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ مسئول آتش نشانی

الف-۲-۲

24	مخازن حاوی مواد قابل اشتعال در فاصله ای ایمن از بیمارستان، تأسیسات الکتریکی، دیگ های بخار، آشپزخانه و سایر مناطق مستعد آتش سوزی قرار گرفته اند.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
25	جایگاههای مخازن سوخت علامت گذاری شده، روشنائی مناسب و حصارکشی شده است.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
26	نحوه نظارت بر جایگاههای مخازن سوخت (با رویکرد قابل دسترس بودن برای پرسنل مسئول) برنامه ریزی و اجرا می شود.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
27	وسایل و مایعات قابل اشتعال به صورت اختصاصی و در مکان های ایمن ذخیره می شوند.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ مسئول انبار
28	منابع تأمین کننده اکسیژن و مخازن ذخیره آن در محیطی امن و خارج از بیمارستان قرار دارد.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
29	وسایل اطفاء حریق نزدیک ورودی و خروجی بخش ها قرار گیرد.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ مسئول آتش نشانی
30	کپسول ها به آسانی در دسترس بوده و در ارتفاع ۱۲۰ متری از سطح زمین و در معرض دید نصب شده اند.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ مسئول آتش نشانی
31	ثبت نتایج تعمیر و نگهداری (شارژ مجدد) کپسول ها و شیرهای آتش نشانی انجام پذیرفته است.	3	مشاهده مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ مسئول آتش نشانی
32	راهنمای عملکرد سیستم های محافظت از آتش سوزی و نقشه محل قرارگیری شیرهای آتش نشانی وجود دارد.	3	مشاهده راهنمای عملکرد بر روی کپسول هاو سایر موارد مشاهده نقشه ها در واحد تأسیسات، HCC داخلی و خارجی	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ مسئول آتش نشانی
33	دستگیره اتکا در راه پله ها، رمپ ها و راهروها، سرویس های بهداشتی، آسانسورها در ارتفاع مناسب نصب شده است.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
34	برای راه پله ها، رمپ ها و مسیره های غیرهمسطح با کف، نرده دوطرفه پیش	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات

				بینی شده است که در حداکثر ظرفیت به صورت ایمن قابل استفاده است.	
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات	مشاهده		3	کف تمام ساختمان ها لیز و سست نبوده و دارای شکاف، ترک خوردگی یا لق شدگی نمی باشند در مقابل آب مقاوم بوده و ناهموار و فرورفته نمی باشند.	35
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات	مشاهده		3	تمامی تجهیزات، کمدها، قفسه ها، تابلوها به صورت استاندارد به دیوارها و یا جایگاههای خود فیکس شده اند.	36
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات	مشاهده		3	راهروها، رمپ ها، راه پله ها و تمامی مسیرها و راه پله های خروج اضطراری عاری از موانع بوده و دارای روشنایی کافی می باشند.	37
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات	مشاهده		3	مسیرها و راه پله های خروج اضطراری با علائم راهنمایی واضح و از نوع شب نما مشخص نشده اند.	38
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات	مشاهده		3	دربهای خروج اضطراری مقاوم در برابر آتش ضربه و دود بوده و به سمت بیرون باز می شوند و مانعی در مقابل هجوم جمعیت وجود ندارد.	39
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ مدیریت	مشاهده گواهینامه		3	گواهینامه استاندارد / گواهی ایمنی آسانسورها از اداره کل استاندارد اخذ شده است.	40
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات	مشاهده مستندات		3	تعمیر و نگهداری آسانسورها، برنامه ریزی و انجام سرویس های دوره ای پیشگیرانه، توسط شرکت های دارای صلاحیت از اداره استاندارد آسانسور صورت می پذیرد.	41
دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	مصاحبه- بررسی مستندات		3	دستورالعمل استفاده از آسانسورها در زمان حریق و تخلیه تدوین شده و پرسنل از آن آگاهی دارند.	42
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ مسئول انبار	مشاهده		3	در انبارها، از قفسه بندی های فلزی مستحکم و غیر قابل اشتعال، درب های فلزی فاقد شکاف استفاده شده است.	43

44	سیم کشی انبارها توکار بوده (استفاده از لوله های مخصوص ضدضربه و اشتعال) و کلیدها و پریزها و روشنائی های ضدجرقه استفاده شده است.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
45	از علائم هشدار ممنوعیت سیگار، جعبه کمکهای اولیه استفاده شده است و انبار روشنائی و تهویه مناسب دارد.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
46	از نرده محافظ در پشت پنجره انبارها استفاده شده است و کف صاف فاقد هرگونه لغزندگی و دارای استحکام کافی و زیرسازی مناسب از نظر ایمنی در مقابل آتش سوزی و زلزله است.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
47	روش اجرائی گزارش حوادث بیمارستان تدوین شده است و پرسنل از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می کنند.	3	بررسی مستندات- مصاحبه	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
48	پس از انجام تمرین ها یا بروز بیمارستان. حوادث تحلیل عملکرد(در کمیته اقدامات اصلاحی مدیریت) انجام داده و مؤثر صورت پذیرفته است	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
49	برنامه ریزی لازم برای تأمین امنیت فیزیکی بیمارستان شامل ساختارها، موانع فیزیکی، کنترل دسترسی ها، با رعایت اصول تکریم انسانی و محوریت حفاظت فیزیکی انجام شده است.	2	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ حراست
50	قفل ها و آزرها در مناطق مهم و حساس بیمارستان و دوربین های مدار بسته بدون نقض حریم خصوصی بیماران نصب شده اند.	2	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ حراست
51	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا برنامه ریزی های لازم جهت تأمین ایمنی محل ذخیره آب، غذا، دارو و تجهیزات سوخت را انجام داده است.	2	مشاهده- بررسی صور تجلسات کمیته ها	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
52	برنامه ریزی های لازم جهت تأمین ایمنی سیستم های ارتباطی شبکه های کامپیوتری، سایت و سیستم اطلاعات بیمارستان انجام شده است.	2	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ واحد IT

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

53	نظام های گزارش فوری موارد غیرمعمول بیماریهای نوپدید و موارد تخلفات مدنی، احتمالات خرابکاری، دزدی، آدم ربایی ایجاد شده اند.	2	مصاحبه- بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ حراست
54	ژنراتورهای بیمارستان دارای شناسنامه، فرم تعمیرات و نگهداری سرویس های پیشگیرانه و سوابق تعمیراتی ثبت شده در شناسنامه می باشد.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
55	ژنراتورهای بیمارستان به صورت مدون و مستمر، براساس چک لیست ارزیابی می شوند.	3	بررسی چک لیستها	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
56	ژنراتورها سوخت کافی برای یک هفته به صورت ذخیره دارند.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
57	ژنراتور پشتیبان برای ژنراتور اصلی وجود دارد.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
58	بیمارستان از دو شبکه مجزای انتقال برق تغذیه می شود.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
59	بخش مراقبت های ویژه و اتاق عمل و اتاق زایمان دارای ترانسفورمر یک به یک (ایزوله) فعال در توزیع انرژی الکتریکی می باشد.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
60	چاه ارت بیمارستان توسط مراجع ذیصلاح بازرسی شده و دارای تأییدیه می باشد.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
61	مرکز درمانی دارای تعداد چاه ارت مناسب با حجم تجهیزات موجود در مرکز درمانی (میزان آمپر مصرفی) می باشد.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
62	تمامی پریزها و سه راهی های مورد استفاده برای تجهیزات پزشکی ارت دار می باشد و پرسنل آگاهی کافی دارند.	3	مشاهده- مصاحبه	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/تاسیسات/ تجهیزات پزشکی
63	تابلوهای برق اصلی، فرعی و درون بخشی و ایزوله بیمارستان به صورت دوره ای ارزیابی شده و برنامه نگهداری تدوین و اجرا شده است.	3	مشاهده- بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات

الف-۲-۳

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

64	تابلوهای برق بیمارستان دارای قفل مناسب بوده و دارای کفپوش عایق مناسب جلوی تمامی تابلو برق ها می باشد.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
65	پریزهای برق یو پی اس و برق اضطراری مشخص می باشد.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/تاسیسات/ تجهیزات پزشکی
66	از بانک های خازنی جهت اصلاح ضریب توان و کاهش هزینه برق بیمارستان استفاده می شود.	3	مشاهده قبض برق (صفر شدن هزینه راکتیو)	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
67	در پریزهای برق مرتبط با استفاده بیماران، از فیوزهای مناسب و کلید جریان باقی مانده (محافظ جان) استفاده شده است.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
68	کلیه دستگاهها و تجهیزات موتورخانه دارای شناسنامه با حداقل های مورد انتظار (براساس سنجه های اعتباربخشی) می باشند.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
69	تمامی دستگاهها براساس چک لیستهای عملکردی به صورت دوره ای و روزانه کنترل می گردند.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
70	سوابق تعمیرات دستگاهها موجود می باشد.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
71	وسایل و تجهیزات سامانه های سرمایشی، گرمایشی و تهویه به صورت دوره ای سرویس و نگهداری پیشگیرانه شده و بروزرسانی و جایگزین می گردند.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
72	موتورخانه دارای تابلوهای هشدار و خطر مناسب بوده و از ورود افراد غیرمجاز ممانعت می شود و مقاوم به حریق بوده و کاربرد دیگری ندارد.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
73	دیگ های بخار بیمارستان دارای شناسنامه، فرم تعمیرات و نگهداری سرویس های پیشگیرانه و سوابق تعمیراتی ثبت شده در شناسنامه می باشد.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

74	دیگ های بخار به صورت مدون و مستمر بر اساس چک لیستها ارزیابی می شوند.	3	بررسی چک لیستها	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا/ تاسیسات
75	در نزدیکی دستگاهها رگولاتور جهت تنظیم فشار بخار ورودی نصب گردیده است.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا/ تاسیسات
76	دستگاه دیگ بخار دوگانه سوز با ذخیره سوخت کافی برای یک هفته می باشد.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا/ تاسیسات
77	دیگ بخار پشتیبان آماده به کار وجود دارد.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا/ تاسیسات
78	دستگاه پشتیبان جهت تأمین بخار عملیات بلودان (زیر آب زنی بخار) در فواصل زمانی مناسب موجود می باشد.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا/ تاسیسات
79	گواهینامه دیگ های بخار توسط شرکت های ذیصلاح صادر شده است.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا/ تاسیسات
80	سامانه های آب رسانی بیمارستان (الکتروپمپ ها و شیرآلات) دارای شناسنامه، فرم تعمیرات و نگهداری سرویس های پیشگیرانه و سوابق تعمیراتی ثبت شده در شناسنامه می باشد.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا/ تاسیسات
81	بیمارستان دارای منبع ذخیره آب برای مصرف یک هفته در شرایط اضطراری می باشد.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا/ تاسیسات
82	الکتروپمپ های ذخیره شده جهت تأمین پیوسته آب وجود دارد.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا/ تاسیسات
83	تجهیزات و تابلوهای برقی در محل ایمن بدون هرگونه احتمال آب گرفتگی ناشی از سرریز منبع یا ترکیبگی لوله نصب شده اند.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا/ تاسیسات
84	سیستم آتش نشانی فعال می باشد و منبع ذخیره آن براساس استانداردها تأمین می باشد.	3	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا/ تاسیسات

85	تجهیزات حیاتی اتاق عمل، بخش های ویژه، اتاق زایمان و سایر بخشهای دارای تجهیزات حیاتی از منابع تغذیه بدون وقفه جریان برق (UPS) برخوردار می باشند.	2	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
86	عملکرد دستگاههای تغذیه بدون وقفه جریان برق و نحوه فعال شدن دستگاه پس از جریان برق به طور منظم و دوره ای بررسی می شود.	2	بررسی چک لیستها و مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ تاسیسات
87	سامانه هشدار اولیه (EWS) تدوین و به کلیه واحدها ابلاغ شده است.	3	مصاحبه- بررسی مستندات	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
88	فهرست منابع خبری معتبر به همراه شماره تماس در اختیار دفتر پرستاری و دفتر مدیریت و اتاق فرماندهی حادثه (HCC) قرار داده شده است.	3	مشاهده و مصاحبه	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
89	فهرست موارد قابل گزارش به سوپروایزر و ستاد هدایت دانشگاه (EOC) براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت تدوین شده و به کلیه واحدها ابلاغ شده و کارکنان آموزش های لازم را دیده اند.	3	مصاحبه- بررسی مستندات	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
90	نحوه اطلاع رسانی و دریافت خبر از مراجع بالاتر براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت تدوین و به اعضاء سامانه فرماندهی حادثه ابلاغ شده است.	3	مصاحبه- بررسی مستندات	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
91	اعضاء سامانه فرماندهی حادثه در خصوص سامانه هشدار اولیه، سطوح فعال سازی و نحوه ارتباط با مراجع بالاتر و ستاد هدایت آموزشهای لازم را دیده اند.	3	مصاحبه- بررسی مستندات	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
92	سامانه فرماندهی حادثه براساس استانداردهای موجود و در کمیته مدیریت خطر حوادث تدوین شده است.	3	بررسی مستندات	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
93	شرح وظایف، مسئولیت ها و اختیارات افراد برحسب نوع جایگاه و براساس کتاب آمادگی بیمارستانی	3	مصاحبه-بررسی مستندات	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا

				تدوین و به اعضا اصلی و جانشین ابلاغ شده است.	
دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	مصاحبه- بررسی مستندات		3	اعضا سامانه فرماندهی حادثه در خصوص شرح وظایف آموزش های لازم را دیده اند و تمرین های مورد نیاز برگزار گردیده است.	94
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ مدیریت	مشاهده		3	اتاق فرماندهی حادثه (HCC) براساس استانداردهای موجود تجهیز و آماده می باشد.	95
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ مدیریت	مشاهده		3	اتاق فرماندهی حادثه جایگزین با ویژگی های مشابه وجود دارد.	96
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ مدیریت	مشاهده		3	وسایل ارتباطی جایگزین جهت فراخوان پرسنل، هماهنگی با سایر مراکز و نهادها تهیه و آماده به کار می باشند.	97
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ مدیریت	بررسی مستندات		3	تفاهم نامه های لازم براساس سنجه های اعتباربخشی با سایر سازمان ها موجود می باشند.	98
دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	مصاحبه- بررسی مستندات		3	تمرینات در رابطه با تفاهم نامه ها به صورت سالانه انجام می شود.	99
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	بررسی مستندات		3	فضایی برای تریاژ در بلایا و فوریتهای بزرگ در نظر گرفته شده است (برای تریاژ حوادث شیمیائی و رادیولوژیک محل تریاژ خارج از بیمارستان در نظر گرفته شود).	100
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	مصاحبه- بررسی مستندات		3	کارکنان آموزشهای لازم در زمینه تریاژ در بلایا و فوریتهای بزرگ را دیده اند.	101
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	بررسی مستندات		3	برنامه عملیاتی استفاده از وسایل نقلیه، آمبولانس ها و راههای انتقال برای بیمار، نیرو، تجهیزات و ذخایر موجود می باشد و پرسنل از آن آگاهی دارند.	102
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ واحد کنترل عفونت	مصاحبه- بررسی مستندات		3	فرآیندهای پیشگیری و کنترل بیماریهای عفونی برای پرسنل آموزش داده شده است.	103
کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ داروخانه/تجهیزات پزشکی	بررسی مستندات		3	فرآیندی برای منابع اضافی و دسترسی به ذخایر و کارکنان فوق برنامه	104

				برای آلودگی زدائی در زمان اپیدمی ها یا پاندمی ها وجود دارد.	
کمیتته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ داروخانه/تجهیزات پزشکی	بررسی مستندات		3	ذخیره تجهیزات حفاظت فردی برای حداکثر ظرفیت بیمارستان برای ۶۰ ساعت در نظر گرفته شده است.	105
کمیتته مدیریت خطر حوادث و بلایا	بررسی مستندات		3	مناطق قرنطینه در زمان اپیدمی ها و پاندمی ها در بیمارستان در نظر گرفته شده است.	106
کمیتته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ واحد مدارک پزشکی/واحد IT	بررسی مستندات		3	بیمارستان برای حفظ ذخیره سازی اطلاعات بیماران در زمان بلایا (انبوه بیماران) برنامه دارد.	107
کمیتته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ واحد مدارک پزشکی/واحد IT	بررسی مستندات		3	روش جایگزین برای سیستم الکترونیک اطلاعات بیماران در زمان بلایا در صورت قطع سیستم طراحی شده است.	108
کمیتته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ حراست/مسئول ایمنی	بررسی مستندات		3	فرآیندهای لازم جهت حفظ ایمنی و امنیت پرسنل و بیماران در زمان بلایا تدوین شده اند.	109
کمیتته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ حراست	مصاحبه- بررسی مستندات		3	کارکنان حفاظت فیزیکی و کارکنان مناطق کلیدی از فرایندهای حفظ ایمنی و امنیت در شرایط اضطراری آگاهی داشته و آموزشهای لازم را دیده اند.	110
کمیتته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ دفتر پرستاری/تجهیزات ت پزشکی	مصاحبه- بررسی مستندات		2	برنامه افزایش ظرفیت برای بیمارستان در سه جزء فضای فیزیکی و تجهیزات پزشکی و نیروی انسانی تدوین شده و پرسنل از آن آگاهی دارند	111
دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	بررسی مستندات		2	نیازسنجی آموزشی در حیطه مدیریت خطر حوادث و بلایا انجام شده و برنامه ریزی آموزشی براساس آن صورت پذیرفته است.	112
دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	مصاحبه- بررسی مستندات		2	دوره های آموزشی عمومی و تخصصی براساس نیازسنجی انجام شده و شرح وظایف و مسئولیتهای پرسنل در طول سال برگزار شده اند.	113

کارکنان بالینی اختصاصی رفع آلودگی های CBRNE انتخاب شده و آموزش های لازم را دیده اند.	2	مصاحبه- بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	114
تمرین دورمیزی حداقل ۲ بار و تمرین عملیاتی حداقل یک بار در طول سال براساس نتایج ارزیابی خطر و سناریوهای محتمل برگزار شده است.	2	مصاحبه- بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	115
دستورالعمل فعالسازی برنامه پاسخ در زمان حوادث تدوین شده و کارکنان مرتبط و اعضاء HICS از آن اطلاع دارند.	2	مصاحبه- بررسی مستندات	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	116
شماره تماس تمامی پرسنل در اختیار تلفنخانه و دفتر پرستاری و HCC مرکز قرار دارد.	2	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا/ دفتر پرستاری	117
دستورالعمل تخلیه بیمارستان در زمان حادثه تدوین شده و تمامی کارکنان از آن اطلاع دارند.	2	مصاحبه- بررسی مستندات	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	118
وسایل و تجهیزات مورد نیاز طبق دستورالعمل جهت تخلیه تأمین شده اند.	2	مشاهده	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	119
برنامه های آمادگی و پاسخ براساس ۵مخاطره اول برنامه ریزی، اجرا و بازبینی می گردند.	2	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	120
منابع لازم جهت اجرای برنامه های آمادگی و پاسخ پیش بینی شده است؟	2	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	121
خط مشی یا روش اجرایی تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران تدوین شده و پرسنل مرتبط از آن آگاهی دارند.	3	مصاحبه- بررسی مستندات	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	122
بخش ها و واحدهای حیاتی بیمارستان با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا شناسائی شده اند.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	123
فهرست ونحوه تدارک اقلام ضروری موردنیاز برای تداوم	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	124

				عملکرد بخش ها/واحدهای حیاتی بیمارستان تهیه و تدوین شده است.	
125	مکان های جایگزین احتمالی برای بخش ها/واحدهای حیاتی بیمارستان تعیین شده است.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	
126	فهرست تجهیزات پزشکی موردنیاز/ذخیره ویا نحوه تامین آنها برای تداوم عملکرد بخش ها/واحدهای حیاتی بیمارستان تهیه و تدوین شده است.	3	بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	
127	برنامه بازگشت به حالت عادی پس از حادثه تدوین و براساس آن عمل می شود.	1	مصاحبه- بررسی مستندات	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	
128	مکان اداری مناسب جهت فعالیت دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا در نظر گرفته شده است.	3	مصاحبه- بررسی مستندات	مدیریت	
129	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا دارای کار تابل اختصاصی خود می باشد.	3	مصاحبه- بررسی مستندات	مدیریت	
130	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا حداقل هفته ای سه روز شیفت صبح فقط در واحد بحران فعالیت دارد.	3	مصاحبه- بررسی مستندات	مدیریت	
	مجموع امتیازات	36 7			

توضیحات:

اخذ امتیاز ۱ (کامل) در هر بند منوط به اجرایی شدن تمام موارد خواسته شده در آن بند می باشد.

اخذ مجموع حداقل ۱۲۰ امتیاز از ۱۳۶ امتیاز، ضروری بوده و به معنای محقق شدن ۶۰ درصد از موارد بررسی شده در چک لیست می باشد.



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



تاسیسات و ابنیه

تاسیسات					
ردیف	سنجه	ملاک ارزیابی	حداکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات
۱	وجود نقشه های چون ساخت برای تاسیسات و محوطه ساختمان	مکانیک ۲ برق ۱	۳		
۲	وجود نقشه های چون ساخت برای لوله کشی گاز محوطه	وجود دارد ۱ وجود ندارد ۰	۱		
۳	آیا شبکه دفنی فلزی گاز دارای حفاظت کاتدیک دارد. و بازدید دوره های انجام میشود	وجود دارد و بازدید میشود ۲ وجود دارد و بازدید نمی شود ۰	۲		
۴	آیا کاتالوگ ، دستورالعملها و دفترچه راهنمای تجهیزات تاسیساتی در آرشیو بیمارستان وجود دارد	چیلر ۰/۵ دیگ بخار و مشعل ۰/۵ دیزل ژنراتور ۰/۵ هواساز ۰/۵	۲		
۵	تعمیر و نگهداشت تاسیسات چگونه است	شرکت خصوصی ۳ پرسنل تاسیسات بیمارستان ۲ هیچ کدام ۰	۳		
۶	آیا سرپرست نگهداشت ، تحصیلات مرتبط دارد؟	لیسانس و بالاتر در تاسیسات ۱ فوق دیپلم ۰/۵ سایر رشته ها ۰	۱		
۷	چک لیست های کنترل ارسال شده مرتب آماده میشود	کلیه تجهیزات برق و مکانیک (در غیر اینصورت نمره صفر اعمال خواهد شد)	۳		
۸	آیا فشار مثبت و منفی در اتاقهای عمل - تمیز - ایزوله - کثیف و CSR صحیح است و فیلترهای دستگاه های هواسازهای فضاهای مذکور مطابق با چک لیست تعویض می گردد.	عالی - متوسط - ضعیف ۳ ۲ ۰	۳		
۹	آیا پرسنل تاسیسات لباس یکدست و متحد دارند	بلی ۱ خیر ۰	۱		
۱۰	آیا پرسنل تاسیساتی تحصیلات و آموزش لازم را دارند (امتیاز نهایی حاصل میانگین امتیازها)	مدرک فوق دیپلم تاسیسات ۲ دیپلم فنی ۱/۵ مدرک حرفه و فن ۱ ندارد ۰	۲		
۱۱	سیستم آتش نشانی تر کاملاً آماده است و منابع ذخیره آب مربوطه نیز آماده کار می باشد.	آماده است ۲ آماده نیست ۰	۲		
۱۲	آیا بیمارستان دارای تیم آموزش دیده توسط سازمان آتش نشانی و همچنین رابطین در	بلی ۲ خیر ۰	۲		

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

				بخش ها می باشد.(داشتن تیم و گواهینامه برای هر یک از اعضای تیم ضروری است)	
		۲	بلی ۲ خیر ۰	کپسول های آتش نشانی بروز شده در تمامی محل های مورد نیاز موجود است	۱۳
		۲	بلی ۲ خیر ۰	مخزن ذخیره آب مصرفی به تعداد ۲ عدد با بوستر پمپ آماده به کار وجود دارد	۱۴
		۲	بلی ۲ خیر ۰	آب مصرفی داخل مخزن ذخیره تست بهداشت محیط به لحاظ آلودگی دارد	۱۵
		۲	عالی - متوسط - ضعیف ۲ ۱ ۰	کارکرد اگزاست فنها	۱۶
		۲	عالی - متوسط - ضعیف ۲ ۱ ۰	وضعیت عدم هرگونه نشستی در موتورخانه	۱۷
		۱	عالی - متوسط - ضعیف ۱ ۰/۵ ۰	کارکرد پمپ ها اعم از بالانس بودن، صدل، لرزش، نشستی و...	۱۸
		۲	عالی - متوسط - ضعیف ۲ ۱ ۰	کلیه لوله ها، کانال ها و تاسیسات موتورخانه عایق مناسب دارند	۱۹
		۲	بلی ۲ خیر ۰	کنترل کارکرد صحیح سختی گیر انجام می گیرد	۲۰
		۲	بلی ۲ خیر ۰	موتورخانه، اتاق هواساز، محل استقرار دیزل ژنراتور و کلیه فضاهای محل استقرار تجهیزات نظافت کلی دارد	۲۱
		۲	بلی ۲ خیر ۰	مخزن گازوئیل برای ذخیره سوخت مورد نیاز پر است	۲۲
		۲	بلی ۲ خیر ۰	دیگ بخار دارای دستگاه دی اریتور و دی ام زن می باشد و چک لیست آن موجود است	۲۳
		۲	بلی ۲ خیر ۰	سیستم ایمنی و اطفای حریق در موتورخانه موجود است	۲۴
		۱	عالی - متوسط - ضعیف ۱ ۰/۵ ۰	کلیه لوله ها و شیر آلات و تجهیزات لیبل مربوطه را دارند	۲۵
		۱	عالی - متوسط - ضعیف ۱ ۰/۵ ۰	تجهیزات و لوازم موردنیاز در تاسیسات وجود دارد -حدید گیره - جعبه ابزار-دریل-ترانس جوش-دستکش فازمتر 20kv - کفش ایمنی برق - کلاه ایمنی - حداقل یکدستگاه کامپیوتر یا لبتاب متصل به اینترنت	۲۶
		۲	عالی - متوسط - ضعیف ۲ ۱ ۰	رضایت کاربران از سیستم تهویه مطبوع بیمارستان	۲۷

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		۱	عالی - متوسط - ضعیف ۱ ۰/۵ ۰	سیستم زهکشی محوطه و نظافت منهول های فاضلاب و تمیزکاری پشت بام و مسیرهای آب باران	۲۸
		۲	عالی - متوسط - ضعیف ۲ ۱ ۰	اجرای تمهیدات اولیه کنترل مصرف انرژی اعم از اجرای نصب پرده هوا در ورودی، استفاده از تجهیزات دارای برچسب انرژی کم مصرف، استفاده از لامپهای کم مصرف و ...	۲۹
		۲	ندارد ۰	دو مداره بودن تغذیه برق بیمارستان یا داشتن فیدر اختصاصی بیمارستان	۳۰
		۲	ندارد ۰	کنترل و چک لیست عملکرد صحیح چاه ارت	۳۱
		۲	عالی - متوسط - ضعیف ۲ ۱ ۰	وجود ۲ دیزل ژنراتور یا بیشتر بصورت پارالل	۳۲
		۲	پایش اعلام حریق دیپلم اطفاء حریق ۱	پایش معتبر دوره ای کارکرد سیستم اعلام حریق و اطفاء حریق توسط شرکت های ذی صلاح یا تهیه و بررسی چک لیست های مربوطه توسط مسئول تاسیسات	۳۳
		۳	ندارد ۰	داشتن استاندارد برای تمام آسانسورها	۳۴
		۲	عالی - متوسط - ضعیف ۲ ۱ ۰	استاندارد بودن تابلوهای برق - نظافت آنها و وجود نقشه در داخل آن و عدم دستکاری آنها	۳۵
		۲	عالی - متوسط - ضعیف ۲ ۱ ۰/۵	روشن بودن و آماده به کار بودن کلید سیستم روشنایی	۳۶
		۲	عالی - متوسط - ضعیف ۲ ۱ ۰	آماده به کار بودن تابلوهای ایزوله و عدم وجود نشستی آنها در اتاق های عمل و بخش های ویژه	۳۷
		۱	عالی - متوسط - ضعیف ۱ ۰/۵ ۰	وجود سیستم جایگزین پیچینگ بیمارستان - اینتر کام - نرس کال	۳۸
		۲	فعال و برگه دارد یا مجوز دارد ۲ فعال و برگه ندارد ۱ فعال نیست ۰	تصفیه خانه فاضلاب فعال است و برگه نتایج آزمایشات مربوط بطور منظم تهیه میشود	۳۹
		۱	بلی - در دست اقدام - خیر ۱ ۰/۵ ۰	آیا در سیستم نگهداشت سامانه cmms پیاده شده است	۴۰



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		۳	عالی - متوسط - ضعیف ۱ ۲ ۳	شاخص های ارزیابی عملکرد طبق سامانه cmms درشش ماهه گذشته	۴۱
		۳	عالی - متوسط - ضعیف ۰ ۱ ۳	شاخص ارزیابی لاگ شیت از سامانه cmms	۴۲
		۳	عالی - متوسط - ضعیف ۰ ۱ ۳	ثبت هزینه نگهداشت در سامانه cmms	۴۳
		۸۵		جمع کل امتیاز کسب شده	
				درصد تحقق امتیاز ارزیابی	
			مدیر منابع فیزیکی و نظارت بر طرحهای عمرانی	کارشناس ارزیابی کننده	

توجه:

- ۱- در حال حاضر و تا زمان استقرار سامانه cmms در بیمارستان های خصوصی درج تمام فعالیت های مربوط به نگهداشت و هزینه های مربوطه در سامانه اکسل به صورت منظم، لازم الاجراست و در صورت انجام موارد فوق فقط امتیاز ردیف ۴۳ اعمال و نمره کل ارزیابی در نظر گرفته شده در بیمارستان های خصوصی ۷۸ است. لذا ساماندهی چک لیست ها و هزینه ها در اکسل ، لازمه کسب نمره از ردیف مربوطه است.
- ۲- در بند ۳۸ مجوز امکان عدم استفاده از تصفیه خانه فاضلاب بیمارستانی بایستی از شرکت آب فاضلاب استان اخذ گردد. بدیهی است امتیاز نامل در صورت معتبر بودن مجوز و دارا بودن برگه تأییدیه از سازمان محیط زیست منطقه، اعمال خواهد شد.
- ۳- در صورتی که لوله کشی گاز محوطه از جنس پلی اتیلن باشد که نیاز به حفاظت کاتدیک ندارد، امتیاز ردیف مربوطه اعمال خواهد شد.

چک لیست اینبه (در حال ویرایش)

ردیف	سنجه	ملاک ارزیابی	حداکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات
۱	ارایه فایل اتوکد نقشه های چون ساخت با تایید مشاور دارای صلاحیت	سازه ۱ معماری ۲	۳		
۲	کیفیت رنگ آمیزی و سرامیک کاری کف و کف پوشها و دیوارها و کارکرد مناسب دربها و پنجره ها	عالی ۳ متوسط ۱.۵ ضعیف ۰.۵	۳		
۳	استانداردهای صرفه جویی در مصرف انرژی ۱. وجود پنجره های دوجداره ۲. وجود فیلتر ورودی	عالی ۲ متوسط ۱.۰ ضعیف ۰.۵	۲		
۴	وجود پارکینگ خودروی مناسب طبق ضوابط شهرداری برای مراجعین	عالی ۲ متوسط ۱ ضعیف ۰.۵	۲		
۵	زیبایی و مناسب بودن فضای فیزیکی انتظار مراجعین در لابی و پذیرش	عالی ۲ متوسط ۱ ضعیف ۰.۵	۲		
۶	کفایت و تمیزی نازک کاری سرویس های بهداشتی برای مراجعین	عالی ۲ متوسط ۱ ضعیف ۰.۵	۲		
۷	زیبایی نمای ظاهری ساختمان	عالی ۱ متوسط ۰.۵ ضعیف ۰.۲۵	۱		
	مجموع		۱۵		



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



مددکاری اجتماعی

مددکاری اجتماعی

توضیحات	امتیاز مکتسبه	امتیاز (۰-۱-۲)	روش ارزیابی	آیتم ارزیابی	محور ارزیابی
		۲		آیا فضای فیزیکی واحد مددکاری اجتماعی از لحاظ نور، تهویه مناسب می باشد؟	محور مربوط به ارزیابی محیط فیزیکی و تجهیزات: (۱۲-۶) (امتیاز)
		۲		آیا واحد مددکاری اجتماعی دارای اتاق مجزا و مستقل جهت مصاحبه و مشاوره می باشد؟	
		۲		آیا محل قرارگیری واحد مددکاری اجتماعی به راحتی در دسترس بیماران و سایر مراجعین (معلولین) می باشد؟	
		۲		آیا تابلوی راهنمای مددکاری اجتماعی در محیط بیمارستان موجود می باشد؟	
		۲		آیا مددکار اجتماعی دسترسی به تجهیزات اداری از قبیل خط تلفن آزاد، اتوماسیون، اینترنت، پرینتر و فکس دارد؟	
		۲		آیا مددکار اجتماعی تجهیزات کامل پیشگیرانه و بهداشتی مانند ماسک، دستکش، محلولهای ضد عفونی کننده و در صورت لزوم لباس مخصوص در هنگام مواجهه با پاندمی ها (کرونا و...) را در اختیار دارد؟	
		۲		آیا واحد مددکاری اجتماعی فرم های ابلاغی را در His بارگذاری می کنند؟	
		۲		آیا واحد مددکاری اجتماعی اطلاعات پرونده بیماران را با استفاده از فرم های ابلاغی دارای شناسه کشوری ثبت تکمیل کرده است؟	محور مربوط به مستندات مددکاری اجتماعی مربوط به انجام پروتکل های ابلاغی: (۱۴-۱۷) (امتیاز)
		۲		آیا اجزای فرم های ابلاغی (اعم از ارزیابی، اهداف، مداخلات) به درستی توسط مددکار اجتماعی تکمیل شده است؟	
		۲		آیا مداخلات مددکاری اجتماعی متناسب با برنامه ریزی و اهداف مندرج در فرم می باشد؟	
		۲		آیا مددکار اجتماعی برای بیماران آسیب پذیر اجتماعی برنامه های حمایتی داشته است؟	
		۲		آیا مددکاران اجتماعی پروتکل های ابلاغی در دوران پاندمی کووید ۱۹ (پروتکل مداخلات روانی اجتماعی در کرونا، پروتکل حمایت از بازماندگان متوفیان) را انجام می دهند؟	
		۲		آیا مددکاران اجتماعی پروتکل های شش گانه خدمات پایه مددکاری اجتماعی را انجام می دهند؟	
		۲		آیا مددکاران اجتماعی راند روزانه از بخش اورژانس به منظور شناسایی بیماران آسیب پذیر و تریاژ انجام می دهند؟	

		۲	آیا مددکاران اجتماعی راند روزانه از بخش های بستری را انجام می دهند؟	
		۲	آیا مددکاران اجتماعی ارزیابی روانی - اجتماعی و اولویت بندی نیازهای بیماران را انجام میدهد؟	
		۲	آیا مددکاران اجتماعی مشاوره فردی و گروهی را جهت حل مشکلات روانی اجتماعی بیماران انجام می دهند؟	
		۲	آیا مددکاران اجتماعی به موقع آمار ماهیانه از انجام پروتکل ها به ستاد دانشگاه ارائه می دهند؟	
		۲	آیا مددکار اجتماعی از منابع موسسه ی خیریه ی بیمارستانی در راستای تامین نیازهای مراجعین استفاده نموده است؟	محور مربوط به مستندات مددکاری اجتماعی در حیطه همکاری درون و بین بخشی: (۱۲-۱۶ امتیاز)
		۲	آیا مددکاران اجتماعی با نهادهای دولتی نظیر سازمان بهزیستی، کمیته امداد، و بیمه ها و... همکاری مؤثری دارند؟	
		۲	آیا مددکاران اجتماعی با نهادهایی غیردولتی و NGO ها همکاری دارند؟	
		۲	آیا مددکاران اجتماعی عضو کمیته های بیمارستان هستند؟	
		۲	آیا مددکاران اجتماعی همکاری با کمیته اخلاق بالینی دارند؟	
		۲	آیا مددکاران اجتماعی همکاری با تیم مداخله در بحران بیمارستان در ارائه حمایت روانی - اجتماعی در بلایای طبیعی و غیرطبیعی دارند؟	
		۲	آیا گروههای هدف بویژه آسیب پذیر توسط مددکار اجتماعی به بخشهای مختلف بیمارستان معرفی شده اند؟ (آموزش پرسنل ، نصب فرایند در بخشها و ..)	
		۲	آیا مددکار اجتماعی برنامه ی مشخصی برای استفاده از حمایت های خیرین در رفع نیازهای مددجویان و بیماران وجود دارد؟	
		۲	آیا واحد مددکاری اجتماعی نیازهای مددجویان را شناسایی و برای بیماران آسیب پذیر اجتماعی برنامه های حمایتی لازم را انجام داده است؟	محور مربوط به مستندات مددکاری اجتماعی در حیطه اعتباربخشی (۱۰-۵ امتیاز)
		۲	آیا خط مشی ها و روشهای مرتبط با فعالیت مددکاری ترسیم و تحویل دفتر بهبود کیفیت / اعتباربخشی بیمارستان شده است؟	
		۲	آیا واحد مددکاری اجتماعی پیگیری پس از ترخیص بیماران آسیب پذیر (برحسب ضرورت) را انجام می دهد؟	

		۲		آیا مددکار اجتماعی برخورد مناسب با همکاران و بیماران دارند؟	محور مربوط ارزیابی عملکرد مددکار اجتماعی با بررسی میدانی و خود اظهاری (۱۲-۱۶ امتیاز)
		۲		آیا مددکار اجتماعی همکاری لازم با تیم درمان جهت پاسخگویی به نیاز بیماران دارد؟	
		۲		آیا فعالیتهای مددکاری اجتماعی مرتبط با شناسه شغلی می باشد؟	
		۲		آیا مددکار اجتماعی رضایت شغلی دارد؟	
		۲		آیا مددکار اجتماعی چالشها و مشکلات کاری خود را به مقام مافوق خود انعکاس داده است؟	
		۲		آیا انعکاس مشکلات به مقام مافوق در بهبود عملکرد فرد/ واحد / خدمت رسانی نسبت به بیماران موثر بوده است؟	
	۰	۷۰	امتیاز / امتیاز مکتسبه:	جمع	
	۰		درصد امتیاز مکتسبه:		

توصیه ها:



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



مدیریت اطلاعات سلامت

مدیریت اطلاعات سلامت

محور ارزیابی	آیتم ارزیابی	روش ارزیابی	امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات
سامانه های اطلاعاتی	سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان پشتیبان و ارائه اقلام اطلاعاتی مطابق ضوابط مربوط را برای بیمار فراهم می کند.	گام های اجرائی سنجه الف-۵-۱-۲ اعتباربخشی نسل چهارم	5		
	سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان ارزیابی اطلاعات بیمار را فراهم می کند.	گام های اجرائی الف-۵-۱-۵ اعتباربخشی نسل چهارم	5		
	سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان گزارش سازی و گزارش گیری از انواع اطلاعات پرونده پزشکی بیمار را فراهم می کند	گام های اجرائی الف-۵-۱-۷ اعتباربخشی نسل چهارم	5		
	سامانه های اطلاعات بیمارستانی امکان گزارش سازی و گزارش گیری از انواع اطلاعات مدیریتی را فراهم می نماید.	الف-۵-۱-۸	5		
	براساس شیوه ای مدون ، ورود صحیح داده ها در سامانه اطلاعات بیمارستانی نظارت و کنترل میشود.	الف-۵-۲-۱	5		
	داده های مرتبط با فقره های اطلاعاتی سامانه آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) براساس ضوابط مربوط ثبت و بروز رسانی میشود.	الف-۵-۲-۲	4		
	داده های مرتبط با نیروی انسانی سامانه آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) براساس ضوابط مربوط ثبت و بروز رسانی میشود.	الف-۵-۲-۲	3		
	داده های مرتبط با تجهیزات پزشکی سامانه آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) براساس ضوابط مربوط ثبت و بروز رسانی میشود.	الف-۵-۲-۲	3		
	سطوح دسترسی به اطلاعات بیمار با شرایط و معیارهای معین و مبتنی بر اصل محرمانگی برنامه ریزی و رعایت میشود.	الف-۵-۴-۱	5		
	پذیرش تمامی مراجعین و بیماران با کد اختصاصی الکترونیک و با قابلیت ارزیابی در مراجعه های بعدی صورت می پذیرد.	الف-۵-۱-۵	5		
بایگانی و مدارک پزشکی	فرایند الکترونیک نمودن فرمهای پزشکی انجام شده و در حال تکمیل می باشد .	الف-۵-۲-۵	6		
	ثبت اطلاعات پرونده های بیماران با استفاده از فرم های ابلاغی دارای شناسه کشوری صورت می پذیرد.	الف-۵-۳	10		
	محل نگهداری سوابق پرونده های پزشکی براساس ضوابط مربوط است.	الف-۵-۴	5		
	خلاصه برداری و امحای پرونده های پزشکی پس از دوره زمانی مقرر براساس ضوابط مربوط است .	الف-۵-۵	5		
	پرونده های پزشکی حین فرایند ترخیص و در بخشهای بالینی از نظر کمی بازبینی شده و اقدامات اصلاحی موثر به عمل می آید.	الف-۵-۶	5		



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		5	الف-۵-۷	بازبینی کمی و کیفی تعداد معینی از پرونده ای پزشکی ، پس از ترخیص انجام شده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی موثر به عمل آید.
		5	الف-۵-۸	فرآیندی معین برای کنترل و صیانت از پرونده ای بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها/واحدها برنامه ریزی و براساس آن اقدام میشود.
		5	الف-۵-۹	کدگذاری پرونده های بالینی براساس طبقه بندی بین المللی بیماری ها و ضوابط مربوط انجام میشود.
		5	الف-۵-۵	قابلیت ردیابی مراجعه های قبلی بیماران براساس کد ملی در سامانه اطلاعات بیمارستانی در تمامی بخش ها / واحدها فراهم است.
		4	الف-۵-۶	ثبت و بایگانی خدمات در بیمارستان برنامه ریزی شده و درحال انجام می باشد.
	۰	۱۰۰	امتیاز / امتیاز مکتسبه:	جمع
	۰		درصد امتیاز مکتسبه:	

توصیه ها:



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



گردشگری سلامت

گردشگری سلامت

ردیف	آیتم ارزیابی	روش ارزیابی	امتیاز				توضیحات
			بلی (۲)	ناحدودی (۱)	خیر (۰)	امتیاز سنجه	
۱	تطبیق خدمات واحد بیماران بین الملل با پروانه و مجوز قانونی موسسه					۴	-
۲	وجود کارشناس IPD دارای حداقل مدرک کارشناسی در یکی از رشته های مرتبط با خدمات بهداشتی، درمانی					۲	-
۳	صدور ابلاغ و شرح وظایف کارشناس IPD					۱	-
۴	استقبال کارشناس IPD از بیمار بین الملل هنگام ورود					۱	-
۵	ارائه توضیحات اولیه به بیمار بین الملل توسط کارشناس IPD					۱	-
۶	انجام فرآیند پذیرش با هماهنگی کارشناس IPD					۴	-
۷	انجام فرآیند ترخیص با هماهنگی کارشناس IPD					۴	-
۸	توانایی برقراری ارتباط مناسب با استفاده از زبان انگلیسی و زبان غالب بیمار توسط تیم IPD					۶	-
۹	ارائه خدمات و یا انجام هماهنگی های لازم جهت تامین امکانات جابجائی بیمار در سطح شهر و یا فرودگاه					۱	-
۱۰	وجود پزشک IPD دارای حداقل مدرک پزشک عمومی					۲	-
۱۱	صدور ابلاغ و شرح وظایف پزشک IPD					۱	-
۱۲	ارزیابی وضعیت بیمار بدو ورود به بخش توسط پزشک IPD (حداکثر ظرف یکساعت)					۱	-
۱۳	پیگیری بیمار در خصوص امور تشخیصی و درمانی توسط پزشک IPD					۱	-
۱۴	ارائه اطلاعات لازم و شفاف سازی حقوق بیمار توسط پزشک IPD					۲	-
۱۵	بررسی استانداردهای IHR هنگام پذیرش بیمار بین الملل توسط پزشک IPD					۱	-
۱۶	نظارت پزشک IPD بر ثبت اطلاعات بیماران بین الملل در سامانه گردشگری سلامت					۲	-

		۴	-				دارا بودن مجوز طبابت پزشک معالج در شهر تاسیس موسسه پزشکی	۱۷
		۲	-				وجود قرار داد معتبر مابین پزشک معالج و موسسه پزشکی	۱۸
		۲	-				وجود پرستار IPD دارای حداقل مدرک کارشناسی پرستاری	۱۹
		۱	-				صدور ابلاغ پرستار IPD	۲۰
		۱	-				ارزیابی وضعیت بیمار در بدو ورود به بخش توسط پرستار IPD	۲۱
		۱	-				داشتن حداقل سه سال سابقه کار پرستاری برای پرستار IPD	۲۲
		۴	-				وجود فرآیندهای Follow up بیماران از زمان ترخیص تا بهبودی کامل از طریق پزشک یا مراکز درمانی کشور مبدا	۲۳
		۴	-				رضایت سنجی استاندارد از بیماران بین الملل	۲۴
		۲	-				پیگیری بیمار پس از ترخیص توسط واحد IPD از طریق خود بیمار یا همراهان وی (از طریق تماس تلفنی، ارسال ایمیل و ...)	۲۵
		۲	-				ارائه نسخه دارویی ترخیص مطابق با استانداردهای دارویی	۲۶
		۲	-				اخذ رضایت آگاهانه با استفاده از فرم های ترجمه شده به زبان بیمار و انگلیسی برابر ضوابط و مقررات مربوطه در کلیه مداخلات پرخطر توسط پزشک معالج	۲۷
		۲	-				ارائه خلاصه پرونده و فهرست (برابر اصل) ریز خدمات و تجهیزات مصرفی در صورت درخواست بیمار	۲۸
		۲	-				آموزش حین ترخیص با رعایت استانداردها و استفاده از فرم های از پیش تدوین شده	۲۹
		۶	-				جمع آوری آمار بیماران بین الملل به صورت منظم به منظور بهبود فرآیندها توسط تیم IPD	۳۰
		۴	-				وجود فرآیند بازگرداندن هزینه درمانی به بیمار در صورت کنسلی و یا توقف درمان	۳۱
		۴	-				آیا گروه IPD دوره های مربوط به گردشگری سلامت (دوره های وزارت بهداشت یا دوره های مورد تأیید وزارت بهداشت) را گذرانده اند؟	۳۲

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		۲	-				فرآیند های رضایت شخصی و ترک بیمارستان منطبق بر قوانین و ضوابط	۳۳
		۴	-				وجود فرآیند نوبت دهی و دسترسی به موقع برای بیماران بین الملل	۳۴
		۲	-				تکمیل بودن پرونده بیمار و استفاده از کدهای استاندارد تشخیصی (ICD ۱۰) در ثبت اطلاعات	۳۵
		۴	-				تدوین بسته های خدمتی معین برای ارائه خدمات	۳۶
		۴	-				فرآیند های مستند و شفاف دریافت هزینه	۳۷
		۲	-				تشکیل کمیته مرگ و میر حداکثر تا ۲۴ ساعت در صورت وقوع مرگ بیمار	۳۸
		۱	-				آیا شاخصهای بهبود کیفیت مشخص و عملیاتی شده است؟	۳۹
		۱	-				رویکرد برنامه ریزی استراتژیک توسط مدیران اجرایی	۴۰
		۲	-				پیش بینی فرآیند ارائه خدمات در کشور مبدا در صورت بروز عوارض در جهت کسب رضایت بیمار	۴۱
		۲	-				فرآیند ارجاع ایمن در موارد خاص به سایر مراکز معتبر و دارای مجوز قانونی	۴۲
		۲	-				آیا برای تیم IPD کلاسهای آموزشی گذاشته شده است؟	۴۳
		۲	-				آیا برای تیم IPD آموزش مسائل حقوقی صورت می گیرد؟	۴۴
		۴	-				آیا مسئول IPD فرآیند ایجاد شرایط مناسب کاری برای پرسنل خود دارد؟	۴۵
		۴	-				وجود فرآیند مشخصی برای انتخاب و آموزش افراد تیم IPD	۴۶
		۱	-				فرآیند جهت تامین امنیت بیمار و همراهان	۴۷
		۱	-				امکانات متناسب با اعتقادات مذهبی	۴۸
		۱	-				رعایت حریم خصوصی	۴۹
		۴	-				ثبت کامل مشخصات پزشک و کارشناس واحد بیماران بین الملل و پزشکان معالج در سامانه گردشگری سلامت	۵۰
		۸	-				ثبت کامل اطلاعات بیماران در سامانه گردشگری توسط کارشناس IPD	۵۱

		۸	-				همخوانی اطلاعات ثبت شده در سامانه در مقایسه با پرونده های بیماران	۵۲
		۸	-				سایت اینترنتی واحد بیماران بین الملل موسسه پزشکی با شرایط مندرج در ماده ۱۵ آیین نامه	۵۳
		۵	-				وجود تابلو ها و علائم هدایت کننده حداقل به زبان انگلیسی در تمامی بخش هایی که بیمار تردد دارد	۵۴
		۲	-				وجود واحد مستقل بیماران بین الملل	۵۵
		۱	-				وجود محل مناسب برای انتظار بیماران پیش از پذیرش	۵۶
		۱	-				رعایت شرایط استاندارد سرویس های بهداشتی و فرنگی در اتاق بستری بیمار	۵۷
		۱	-				سرمایش و گرمایش مناسب، کیفیت مناسب نور، تهویه هوا	۵۸
		۱	-				وجود آسانسور و رمپ	۵۹
		۲	-				رعایت شرایط کلی ایمنی بخش های بستری بیماران IPD	۶۰
		۱	-				دکوراسیون ، طراحی فضا و مبلمان مناسب و متناسب	۶۱
		۲	-				اتاق تک تخته یا بخش مجزا برای بیماران بین الملل	۶۲
		۱	-				کیفیت مناسب البسه بیمار، بالشت، تشک، پتو و ملحفه	۶۳
		۲	-				تعویض لوازم خواب و لباس بیمار حداقل روزی یک بار	۶۴
		۴	-				سیستم احضار پرستار فعال	۶۵
		۴	-				وجود امکانات رفاهی نظیر اینترنت مناسب، رایانه، یخچال، تلویزیون، امکانات اذیتباطی (تلفن با خطوط داخلی و آزاد)، پکیج مناسب وسایل شخصی	۶۶
		-	۳				آیا فضای کلی موسسه درمانی از نظر پذیرش بیماران بین الملل مورد تأیید می باشد؟	۶۷
		-	۲				آیا موسسه درمانی بطور کلی در خصوص گردشگری سلامت فعال است؟	۶۷
		-	۳				نتیجه مصاحبه با چند بیمار بین الملل	۶۸
				امتیاز مکتسبه:	جمع امتیاز: ۳۵۰			
				درصد امتیاز مکتسبه				



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



منابع انسانی

مدیریت منابع انسانی

رتبه	عوامل ارزیابی	ضرب	امتیاز					
			خیلی ضعیف	ضعیف	متوسط	خوب	خیلی خوب	عالی
			عدم انجام	تا ۲۰٪	تا ۴۰٪	تا ۶۰٪	تا ۸۰٪	تا ۱۰۰٪
			0	1	2	3	4	5
امتیاز خود ارزیابی (با ضرب)	امتیاز ارزیابی دانشگاه (با ضرب)							
1	بکارگیری کارکنان بر اساس ضوابط و مقررات مربوط، شرح شغل و شرایط احراز صورت می پذیرد.	3						
2	توانمندیهای عمومی و اختصاصی برای هر یک از مشاغل تعیین شده است و بکارگیری کارکنان بر اساس آن صورت می پذیرد.	3						
3	حداقل مهارت های ارتباطی برای کارکنان مرتبط با مراجعین و بیماران، ارزیابی و پیش از بکارگیری آنها احراز میشود.	3						
4	برنامه ریزی آموزشی سالیانه براساس برنامه توسعه فردی و نیازسنجی آموزشی برنامه ریزی و اجرا میشود.	4						
5	کتابچه توجیهی برای معرفی شرایط عمومی و موارد اختصاصی هر بخش / واحد و مقررات اداری و مالی در دسترس کارکنان است.	4						
6	جانشین پروری و انتقال تجربیات و اطلاعات بین کارکنان، برنامه ریزی و براساس آن اقدام میشود.	3						
7	اثربخشی برنامه های آموزشی در حیطه آگاهی و مهارت، ارزیابی و بر اساس نتایج آن اقدامات اصلاحی مؤثر برنامه ریزی و اجرا میشوند.	4						
8	کنگرهها و همایش های علمی اطلاع رسانی شده و از حضور کارکنان در دوره های بازآموزی و آموزش مداوم پزشکان حمایت میشود.	1						
9	کنترل های انضباطی بر اساس ارزیابی مستمر کارکنان برنامه ریزی شده و با رعایت قوانین و مقررات مرتبط اجرا میشوند.	3						
10	نتایج ارزشیابی سالیانه کارکنان، در طراحی برنامه آموزشی و ارتقاء شغلی کارکنان استفاده میشوند.	3						
11	شایستگی کارکنان بر اساس معیار های معین ارزیابی شده و نتایج آن ملاک ارتقای شغلی کارکنان است.	2						
12	اصل محرمانه بودن و امنیت اطلاعات کارکنان و سطح بندی دسترسی به این اطلاعات رعایت میشود.	2						



چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

									3	اطلاعات مربوط به مرخصی و سوابق حوادث شغلی احتمالی کارکنان، به تفکیک بخش ها / واحد ها، در واحد منابع انسانی نگهداری میشوند.	13
									3	عملکرد و تصمیمات تیم مدیریت و رهبری نشان دهنده ارزش گذاری، توسعه و حمایت از کارکنان است.	14
									3	رضایت کارکنان حداقل دو بار در سال و با فاصله شش ماه ارزیابی و بر اساس نتایج آن، اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر اجرا میشود.	15
									3	رضایت کارکنان در بیمارستان به نحوی است که اشتغال در این مرکز را به سایرین توصیه مینمایند.	16
									3	امکانات رفاهی بر اساس شاخصهای مبتنی بر شواهد عینی و ضوابط مربوط، به کارکنان تعلق میگیرد.	17
									3	تعلق سازمانی در میان کارکنان مشهود بوده و رده های مختلف شغلی نسبت به موفقیت سازمان احساس مسئولیت مینمایند.	18
									3	بیمارستان در قبال عملکرد/ نقش کارکنان در وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت مبتنی بر فرهنگ ایمنی بیمار اقدام مینماید.	19
									3	بررسی نوبت کاری	20
									3	بایگانی احکام و سایر مستندات در پرونده فیزیکی کارکنان	21
									3	ابلاغ کتبی مانده مرخصی سالانه به همکاران (با اخذ امضاء مستخدم) و درج در پرونده پرسنلی	22
									3	نحوه تنظیم تب مرخصی کارکنانی که باز خرید مرخصی نموده اند	23
									3	بررسی پرونده های بازنشستگی (برابر بخشنامه ارسالی به شماره ۵/د/۲۸۱۳۰ مورخه ۲۱/۱/۱۴۰۰)	24
									3	تاریخچه شغلی کارکنان دارای فوق العاده مدیریت	25
									3	کارکنان دارای سوابق بخش خصوصی	26
									3	کارکنان دارای فوق العاده اینتارگری	27
									3	کارکنان تغییر عنوان یافته و تغییر رسته داده شده (غیرمرتبط)	28
									3	رعایت موارد مطروحه در بخشنامه های ارزشیابی	29
									3	رعایت شاخص های مربوط به HOP	30



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



طرح انطباق (عفاف و حجاب)

ارزیابی طرح انطباق (عفاف و حجاب)				
ردیف	آیتم	ملاک ارزیابی	حداکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه
۱	پوشش حرفه ای کارکنان خانم و آقایان از پزشکان و سایر پرسنل	<ul style="list-style-type: none"> ○ استاندارد های پوشش رده های مختلف شغلی پرسنل درمانی به تمام واحدها ابلاغ شده و پرسنل از آن اطلاع دارند. ○ پرسنل خانم و آقا یونیفرم را رعایت کرده اند. ○ نصب اتیکت شناسایی عکس دار در محل قابل رویت همگانی روی لباس تمام پرسنل. ○ شلوار خانم ها بلند تا مچ پا با گشادی مناسب که مچ آن به تناسب تنگ تر باشد. ○ مانتو گشاد و بلند تا سر زانو. ○ قد آستین تا مچ و عدم تا کردن آستین ها توسط آقایان و خانم ها. ○ یقه گرد (کاملاً دور گردن) ،طوریکه گردن قابل مشاهده نباشد. ○ پوشیدن روپوش سفید از روی لباس فرم بخش های ویژه و اطاق عمل در بیرون از بخشها. ○ مقنعه به رنگ مناسب تا زیر سینه. ○ موها بطور کامل زیر مقنعه می باشد و فقط گردی صورت بیرون است. ○ استفاده از هدبند که کاملاً موجبات پوشش سر را به جهات رعایت شئونات اسلامی و پزشکی بعمل آورند. ○ جوراب سفید ضخیم ساده توسط خانم ها. ○ کفش خانم ها متناسب با یونیفرم، جلو بسته و فاقد پاشنه تیز و صدای آزار دهنده . ○ عدم استفاده از زینت آلات و در صورت استفاده عدم نمایش آنها و استفاده از ساق دستی. ○ عدم استفاده از لوازم آرایش، مواد معطر و همچنین ناخن بلند و برق ناخن و لاک ناخن و ناخن مصنوعی. ○ پرسنل آقا یونیفرم را رعایت کرده اند. ○ اصلاح سر و صورت متناسب با شئونات اسلامی. ○ شلوار آقایان بلند و تا مچ پا با گشادی مناسب ،که مچ آن به تناسب تنگ تر باشد و عدم استفاده از شلوار جین. ○ قد پیراهن آقایان تا روی باسن با گشادی مناسب. ○ قد آستین آقایان تا ۱۰ سانتیمتر بالاتر از آرنج. ○ کلاه مناسب بطوریکه تمام سر و موها را بپوشاند. 	۳۰	

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		<ul style="list-style-type: none"> ○ کفش متناسب با یونیفرم و عدم پوشیدن دمپایی و کفش جلو باز توسط آقایان. ○ عدم استفاده از زیورآلات توسط آقایان. ○ استفاده از ماسک بزرگتر توسط آقایانی که محاسن دارند جهت حفظ پوشش لازم و پیشگیری از عفونت. ○ رفتار و گفتار بسیار متین و موقر، در حدود انجام وظایف محوله و با رعایت کامل شئون اسلامی است. ○ پرهیز از شوخی و طرح مسائل خانوادگی و تردد غیر ضروری در بیمارستان. ○ الزام پوشش چادر و مقنعه برای پرسنل غیر درمانی. ○ اتاق های رختکن خانم ها از آقایان (اعم از پزشک، پرستار و خدمه) بطور کامل تفکیک شده اند. ○ در اتاق های رختکن قابل بستن است. ○ اتاق های رختکن ها با توجه به تفاوت های فیزیکی ساختمانها با استفاده از پرده پاراوان و یا سایر ابتکار عمل ها تفکیک شده است دارای پرده قابل کشیدن می باشند ○ اتاق های رختکن در بخش اتاق عمل، به سایر فضاهای اتاق عمل اشرافیت ندارند . ○ اتاق های غذاخوری و چایخوری آقایان از خانم ها در کلیه ساعات شبانه روز تفکیک می باشد . ○ دستشویی و محل اسکراب خانم ها از آقایان تفکیک می باشد. ○ انجام اسکراب دست در محل های پوشیده و دور از نگاه نامحرم. ○ کمک به جراح، کمک جراح و پرستار خانم و اقا جهت بستن بندهای گان، دادن نوشیدنی، خشک کردن عرق، مرتب کردن ماسک و مقنعه الزاماً توسط همکاران همگن 	
	۹	<ul style="list-style-type: none"> ○ لباس تمام بیماران بر اساس یونیفرم بیمارستان می باشد. ○ گان و کلاه/ سرپند برای بیماران مرد که تمام موهایشان را پوشانده باشد. ○ گان و روسری بزرگ و مناسب برای بیماران زن که گردن و سینه ها را پوشانده باشد. ○ مناسب با فصل سرما، برای تمام بیماران شینل و جوراب و لباس گرم حین انتقالات بین بخشی پوشانده میشود. ○ مادران شیرده و باردار لباس مخصوص شیردهی و بارداری دارند، طوری که گشاد باشد و تمام قسمتهای بدن را بپوشاند. ○ عدم استفاده از لوازم آرایشی توسط بیماران و همراهان 	<p>۲ پوشش بیماران و همراهان</p>

			<ul style="list-style-type: none"> ○ تمام همراهان لباس مخصوص همراه و کارت همراه دارند. ○ پوشش همراهان در حد شرعی است و پرسنل نیز به آن توجه دارند. ○ تمام قسمتهای بدن بیماران در تمام مراحل عمل (به استثنای مواقع ضروری) با ملحفه یا شان عمل پوشانده شوند. 	
		۳	<ul style="list-style-type: none"> ○ نیازهای عبادی گیرندگان خدمت توسط پرستاران هر بخش شناسایی شده و تسهیلات لازم برای ایشان فراهم می شود. (اعم از قبله نما و مهر و سجاده) ○ ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش های ویژه بیمارستان و اتاق عمل، ممنوع می باشد و سرپرستار بخش بر اجرای صحیح آن نظارت می نماید. ○ 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 بر اساس آن عمل می نمایند. ○ 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. ○ اطلاع رسانی به پرسنل و همراهان و بیماران مبنی بر عدم استفاده از تلفن همراه و فیلم برداری و عکس برداری از بیماران در بخشهای بالینی بخصوص در بخش های روان 	۳ حقوق گیرندگان خدمت
		۳۰	<ul style="list-style-type: none"> ○ پرسنل از طرح انطباق آگاهی دارند. ○ تحویل بیمار با پوشش کامل توسط پرستار یا بیماربر همگن به پرستار اتاق عمل. ○ آماده ساختن بیمار برای بیهوشی توسط پرستار همگن با حمایت روحی و معطوف نمودن توجه بیمار به معنویات و جلب اعتماد وی. ○ انتقال بیمار روی تخت عمل توسط پوششهای برزنتی با میله های متحرک/ملحفه توسط کادر همگن. ○ انجام عمل سونداز برای بیمار توسط پرستار همگن و در صورت نبود فرد همگن. ○ گذاشتن الکترودهای دستگاه مانیتورینگ و تنظیم وضعیت بیمار حتی الامکان توسط پرسنل همگن 	۴ رعایت طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرعی

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			<ul style="list-style-type: none"> ○ عدم حضور افراد غیرضروری، هنگام تنظیم وضعیت بیمار و یا پرپ کردن بدن بیمار در اتاق و آماده سازی توسط پرسنل همگن. ○ پوشاندن نواحی تناسلی بیماران هنگام تنظیم وضعیت بیمار بوسیله شان/ حوله/ پد/ گاز ○ پوشاندن کلیه اعضا بدن بیمار به استثنای موضع پرپ و انجام عمل پرپ حتی الامکان توسط سیرکولر همگن ○ انتخاب پرستار همگن برای اعمال جراحی نواحی تناسلی و عدم حضور مستخدمین و پرسنل غیربهداشتی و درمانی غیرهمگن ○ پوشاندن بیمار پس از اتمام عمل جراحی و انجام پانسمان جهت انتقال به اتاق ریکاوری ○ مراقبت و کنترل بیمار در اتاق ریکاوری حتی الامکان توسط پرستار همگن (بویژه بیماران زن) ○ انتقال بیمار زن به بخش حتماً با همراهی یک پرستار همگن ○ خودداری از بکارگیری خدمه مرد در اتاق های قبل از زایمان، زایمان و بعد زایمان ○ انجام پرتونگاری بیماران توسط افراد همگن ○ انجام تکنیک ها و روش های باریم انمای و اروگرافی خانمها/ ماموگرافی/ هیستروگرافی و سالپنژوگرافی الزاماً توسط تکنسین یا کارشناس زن ○ انجام تکنیک ها و روش های باریم انمای و اروگرافی آقایان/ اپیدیدموگرافی الزاماً توسط تکنسین یا کارشناس مرد ○ حضور یکی از محارم بیمار در محل انجام سونوگرافی توسط پزشک غیرهمگن ○ انجام رادیوگرافی بیمار الزاماً توسط پزشک و تکنسین همگن (در صورتیکه تعداد پزشکان و تکنسین های زن و مرد به حد کافی باشد) ○ معاینه و درمان بیماران توسط کادر درمانی همگن (در صورتیکه به تعداد کافی تراپیست زن و مرد وجود داشته باشد) ○ پوشش نواحی غیرضروری با ملحفه در موارد درمان با دستگاه دیاترمی توسط کادر غیرهمگن ○ استفاده از دستکش در موارد تمرین درمانی توسط کادر درمانی غیرهمگن 	
--	--	--	---	--

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			<ul style="list-style-type: none"> ○ حضور یکی از محارم بیمار در کابین درمان درموارد درمان بیمار زن توسط تراپیست مرد ○ انجام E.C.G بیماران زن توسط خانم ها و E.C.G بیماران مرد توسط آقایان درکل شبانه روز ○ انتخاب مناسب مکان E.C.G برای عدم تردد افراد غیرهمگن ○ انجام خونگیری الزاماً توسط افراد ذیصلاح همگن ○ وجود حفاظ پاراوان در محل خونگیری ○ عدم تردد افراد غیرهمگن در محل خونگیری ○ تفکیک محل کار خانم ها از آقایان تا حدامکان ○ تفکیک محل انتظار مراجعه کنندگان زن و مرد تا حدامکان ○ بخش های زنان و مردان تفکیک شده است. ○ در بخشهای مختلط، اطاق بیماران مرد و زن جدا می باشد ○ بین بیماران پرده نصب شده است و در حین ارائه خدمت پرده ها کشیده می شود. 		
		۱	<ul style="list-style-type: none"> ○ ارشاد و راهنمایی کارکنان و مراجعین به رعایت حدود پوشش و شئونات در راستای قوانین کشوری و دستورات اسلامی ○ ارائه خدمات مشاوره ای اعتقادی اخلاقی و خانوادگی با رویکرد استحکام بنیاد خانواده و ترویج عفاف و حجاب 	<p>امر به معروف و نهی از منکر و استفاده از خدمات مشاوره ای</p>	۵
		۲	<ul style="list-style-type: none"> ○ نصب بنر و اطلاعیه ها و . . . به مناسبتهای مختلف از جمله روز زن ،اعیاد دینی ○ نصب بنرها و اطلاعیه ها در زمینه اصول اخلاقی ، شعائر دینی ○ معرفی الگوهای موفق فرهنگی کشوری با استفاده از ابزارها و رسانه های نوین ○ تهیه و نصب مطالب برگرفته از آموزه های دینی و رهنمودهای امام و رهبری متناسب با محیط در مسیرهای پرتردد و ورودی ها و سالنهای انتظار و به روز رسانی نوبتی آنها 	<p>فضا سازی و تبلیغات محیطی با استفاده از شیوه های اثر بخش و ابزار های نوین تبلیغی و رسانه ای</p>	۶
		۳	<ul style="list-style-type: none"> ○ اعمال تشویق سازمانی برای کارکنان فعال در امور ترویج فرهنگ حجاب و عفاف. ○ حمایت و تسهیل و تشویق کارکنان جوان به ازدواج و فرزند آوری. ○ ایجاد سازو کار مناسب برای رعایت عزت و کرامت مراجعین با حجاب و اعمال مشوق های فردی و موردی. 	<p>تشویق کارکنان فعال و باحجاب و الگو در زمینه فرهنگی و اخلاقی</p>	۷

		۵	<ul style="list-style-type: none"> ○ اجرای برنامه های فرهنگی و هنری برای شاغلین و خانواده آنان با محوریت حجاب ○ ارائه تسهیلات مناسب برای بهره مندی از پوشش و مد اسلامی ○ اجرای مسابقات فرهنگی ○ عرضه محصولات فرهنگی با تخفیف ○ تامین امکانات ورزشی و زمینه تفریحات مفرح و سالم برای کارکنان بخصوص بانوان و خانواده ها 	۸	برگزاری اردوها و مسابقات فرهنگی خانوادگی و نمایشگاههای مرتبط
		۳	<ul style="list-style-type: none"> ○ فراهم بودن تسهیلات اجرای فریض دینی برای بیماران و همراهان و کارکنان ○ مناسب بودن برنامه غذایی پرسنل برای روزه داری ماه رمضان ○ اجرای نماز جماعت در صورت امکان 	۹	وجود نمازخانه مناسب جهت انجام فرایض دینی برای بیماران کارکنان و همراهان
		۱	<ul style="list-style-type: none"> ○ تشکیل گروههای مجازی جهت تبلیغ عفاف و حجاب 	۱۰	بهره گیری مناسب از ظرفیتهای فضای مجازی
		۳	<ul style="list-style-type: none"> ○ حضور کارکنان در برنامه های آموزشی و احتساب آنها بعنوان آموزشهای حین خدمت استفاده ○ از اساتید مجرب و آگاه در این زمینه و ارائه پاسخ به سئوالات مربوط به حجاب و عفاف ○ تهیه و توزیع مطالب علمی آموزشی برای تبیین ضرورت حفظ عفاف و حجاب در جامعه 	۱۱	اجرای برنامه های آموزشی و اقناع سازی در زمینه عفاف و حجاب
		۲	<ul style="list-style-type: none"> ○ پوشش رئیس و مدیران و مترون مطابق با استانداردها می باشد ○ پوشش سوپروایزرین و سرپرستاران و مسئولین مطابق با استاندارد می باشد 	۱۲	اهمیت دادن به رفتار و پوشش حرفه ای (عفاف و حجاب) در انتصابات استخدامها
		۶	<ul style="list-style-type: none"> ○ مسئول عفاف و حجاب و طرح انطباق در بیمارستان تعیین شده است ○ چک لیست عفاف و حجاب و طرح انطباق به واحدها ابلاغ شده است ○ خودارزیابی عفاف و حجاب و طرح انطباق توسط واحدها انجام می شود ○ ارزیابی عفاف و حجاب و طرح انطباق توسط مدیران انجام می شود ○ چک لیست های ارزیابی تجزیه و تحلیل شده و در جهت بهبود هرچه بهتر وضع موجود برنامه ریزی شده است 	۱۳	ارزیابی مستمر میزان رعایت پوشش حرفه ای (حجاب و عفاف) و اجرای طرح انطباق به همراه تجزیه و تحلیل آنها با هدف بهبود فرآیند



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		۱	<ul style="list-style-type: none">○ در مرکز کارشناس دینی و خبره جهت رفع نیازهای دینی بیماران و پرسنل تعیین شده است و کانون بسیج فعال در مرکز وجود دارد.	وجود کانون فعال فرهنگی و دینی در مرکز	۱۴
		۱	<ul style="list-style-type: none">○ ترجیح و تقدم بخشیدن به مواجهه ملایم، مبتنی بر حسن خلق و معطوف به جذب حداکثری.○ و احاله برخوردهای انضباطی به آخرین مرحله از مراحل تصمیم گیری.○ تأکید و توجه توأمان به تعمیم موضوع عفاف و حجاب به مردان / زنان .	تأکید بر جذب مشارکت همدلانه کارکنان هر دستگاه در اجرای برنامه ها و ارشاد متخلفین	۱۵

امتیاز بیمارستان:



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



مدیریت فن آوری اطلاعات



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

واحد فناوری اطلاعات

ردیف	استانداردهای مورد ارزیابی	حداکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه
مسئول			
1	حکم و شرایط احراز مسئول	4	
خط مشی ها، دستورالعمل ها و روشهای مربوطه			
2	وجود خط مشی ها، دستورالعمل ها و روشهای مربوطه	3	
3	حفظ امنیت سیستم، مشخص کردن سطوح دسترسی افراد	4	
4	ترویج استفاده از واژه ها و تعاریف استاندارد در بیمارستان	3	
5	روش های نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی	4	
6	روش های پشتیبانی از سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری	3	
7	روش های خرید و انتخاب نرم افزار	1	
8	روش های پیشگیری و مقابله با حوادث و اتفاقات ناخواسته	2	
9	کنترل رعایت الزامات و استانداردهای واحد	4	
10	اطلاع رسانی در زمینه ی مراقب تها و خدمات ارائه شده توسط بیمارستان	2	
سیستم اطلاعات بیمارستان HIS			
11	نیاز سنجی سایر کارکنان در حوزه فناوری اطلاعات	2	...
12	آشنایی کارکنان با HIS	3	...
13	آشنایی با دستورالعمل های طرح سپاس	2	...
14	ثبت داده ها در HIS مطابق سند حداقل اقلام اطلاعاتی	4	...
15	فراخوانی تمامی سرویس های تبادل اطلاعات با سپاس	4	...
16	گواهی نامه مطابقت با استانداردهای سپاس	2	...
17	تطابق جداول پایه کدهای HIS با کدهای استاندارد سایت مکسا	4	...
18	گواهی نامه ارزیابی عملکرد HIS	2	...
19	ثبت کد ملی ملی بیمار با استفاده از سامانه استعلام هویت	4	...
20	ثبت اطلاعات بیمار مطابق با دستورالعمل وزارت در سپاس - ابلاغیه ۱۷۰۹۰۸/د/۵ مورخ ۹۷/۵/۲۳	3	
21	اجرای سیستم استحقاق درمان	3	
22	شناسه ارایه دهندگان خدمت در سیستم	2	...
23	ثبت تشخیص نهایی بیمار حداکثر تا ۴۸ ساعت پس از ترخیص	3	...
24	برابر بودن تعداد پرونده های ارسالی به سپاس و بیماران بستری	2	...
25	امکان اتصال به دستگاه پکس	1	...
26	بکارگیری سیستم صف (کیوسک نوبت دهی)	2	
27	بکارگیری سیستم نوبت دهی اینترنتی	2	
28	بروز بودن برنامه درمانگاه در سامانه نوبت دهی	2	
29	اجرای نظام ارجاع	4	
30	اجرای نسخه نویسی الکترونیکی در بیمارستان	2	



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

سامانه آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب)

...	2	سامانه آمار و اطلاعات بیمارستانی آواب	۳۱
امکانات			
...	4	قرارداد پشتیبانی HIS	۳۲
...	2	وجود رایانه	۳۳
...	2	فرم های ثبت اتفاقات و حوادث ناخواسته رایانه ای	۳۴
	2	مرتبط بودن مدرک تحصیلی مسئول HIS بیمارستان	۳۵
	2	مرتبط بودن مدرک تحصیلی مسئول IT بیمارستان	۳۶
...	2	مستندات رفع مشکلات سخت افزاری و نرم افزاری	۳۷
	۱	ارسال مرتب نسخ پشتیبان جهت آرشیو مرکزی در مدیریت آمار و فناوری اطلاعات	۳۸
جمع امتیاز			



تعرفه و اقتصاد درمان

تعرفه و اقتصاد درمان

ردیف	محور	موارد مورد ارزیابی	روش ارزیابی	امتیاز	امتیاز مکتسبه	توضیحات عدم انطباق
۱	برنامه کاهش پرداختی بیماران	آیا صورتحساب تنظیم شده برای بیمار و بیمه طبق فرمت اعلام شده برنامه می باشد.	مشاهده	۴		
۲		اعمال استحقاق درمان برای کلیه بیماران سرپایی و بستری در سیستم his مرکز، چاپ در صورتحساب و برگ پذیرش	مصاحبه، مشاهده چاپ در صورتحساب و برگ پذیرش	۴		
۳		اخذ تعرفه بیماران فاقد پوشش بیمه ای (آزاد) در صورت مراجعه به پزشک تمام وقت	مشاهده. مصاحبه	۴		
۴		اخذ هزینه مابه التفاوت یک تختی و دوتختی از سه تختی از بیماران	مشاهده. مصاحبه	۴		
۵		محاسبه سهم بیمار در صورت حساب بیمارستانی معادل ۵٪ بیماران ارجاعی روستایی و ۱۰٪ کل هزینه صورتحساب بیماران بستری	مشاهده	۴		
۶		آیا در خدماتی که سهم بیمه پایه کمتر از تعرفه ی مصوب دولت باشد مابه التفاوت آن در سهم یارانه سلامت درج می گردد.	مشاهده	۴		
۷		آیا از نظر وجود بیمه تکمیلی از بدو بستری بیماران تعیین تکلیف می گردد	مشاهده	۲		
۸		آیا هزینه مورد تعهد بیمه تکمیلی در صورتحساب درج می گردد.	مشاهده	۲		
۹		آیا هزینه خدمات ارائه شده برای بیماران در بخش اورژانس با کمتر از ۶ساعت با فرانشیز ۳۰درصد ارائه می گردد.	مشاهده	۴		
۱۰		صفر بودن هزینه زایمان طبیعی در صورت حساب بیماران	مشاهده	۴		
۱۱		بررسی پرونده های که سزارین بدون اندیکاسیون یا الکتیو انجام گرفته	مشاهده	۴		
۱۲		قرار گرفتن هزینه همراه بیماران زیر ۱۲ سال در پوشش برنامه	مشاهده	۴		
۱۳		آیا هزینه آمبولانس در موارد انتقال بیمار برای دریافت خدمات خارج از بیمارستان و براساس آخرین تعرفه های ابلاغی ۱۴۰۰ اخذ می گردد.	مشاهده	۴		
۱۴		بررسی مابه التفاوت دارو و دارو اخذ شده از بیماران به تفکیک سازمانهای بیمه گر	مشاهده و کنترل صورتحساب	۴		
۱۵		بررسی تعرفه اعزام بیمار در پرونده بستری و بستری موقت		۴		
۱۶		بررسی سهم فرانشیز بیمار(ثابت/درصدی)	مشاهده	۴		
۱۷		بررسی تعرفه کای حرفه ای پزشکان به تفکیک پزشکان متخصص مرکز	مشاهده	۴		
۱۸		عدم درج و اخذ هزینه تشکیل پرونده در صورت حساب بیمارستانی	مشاهده	۴		
۱۹		بررسی کای فنی خدمت هشتگ دار و خدمات پاراکلینیک	مشاهده	۴		
۲۰		چک هزینه غذای همراه در صورتحساب بیمار	مشاهده	۴		

		۴	مشاهده. مصاحبه	عدم دریافت هزینه استهلاک اتاق عمل مشمول بیش از ۴۰٪	۲۱
		۴	مشاهده	درج ضرایب دستورالعمل ماندگاری در سیستم HIS و صحت ستون تمام وقتی پزشکان در صورت حساب	۲۲
		۴	مشاهده	عدم درج خدمات فاقد تعرفه بدون مصوبه هیأت وزیران یا هیأت امنای در صورت حساب بیماران	۲۳
-		۴	مشاهده. مصاحبه	خارج شمول بودن هزینه خدمات: ضرب و جرح، مگر در موارد نزاع خانوادگی بستگان درجه یک، ضارب متواری اعم از شناخته شده و ناشناس با تایید مقام قضایی، ضارب با اختلالات روانی بدون قییم قانونی باشد)، زیبایی	۲۴
		۴	مشاهده. مصاحبه	عدم تحویل صورت حساب تفضیلی به دارندگان بیمه های مکمل طرف قرار داد با مرکز	۲۵
		۲		بررسی مدیریت خدمات دارویی در صورت حساب ها	۲۶
		۴		برنامه ریزی برای کاهش دارو و ملزومات مصرفی پزشکی اعمال گلوبال	۲۷
		۴		بررسی ستون تمام وقتی در کلیه صورت حساب ها	۲۸
		۴		بررسی کد تعدیلی ۵۱ در پرونده ها	۲۹
		۴		بررسی ویزیت متخصص کودکانطبق آخرین بخشنامه ابلاغی وزارت متبوعه	۳۰
		۲	مستندات. شواهد	مدیریت تجهیزات گران قیمت به منظور استفاده در سقف سال گذشته و بکارگیری جهت افراد بی بضاعت	۳۱
		۲		بررسی درخواست مابه التفاوت فروردین از بیمه ها و اصلاح تعرفه اردیبهشت(ارسال اسناد با تعرفه جدید)	۳۲
		۲	مستندات. شواهد	بررسی نمونه پرونده های که اعمال زیبایی انجام شده مثل رینوپلاستی	۳۳
		۲	مشاهده	خارج نمودن اتباع خارجه از مشمولین برنامه (تعرفه پرداختی بیماران)	۳۴
		۴		تامین البسه و ملحفه بیمار در طول اقامت توسط بیمارستان (طبق آخرین نامه ارسالی شورای عالی بیمه سلامت)	۳۵
		۴	مشاهده	درج هزینه خدمات موارد ارجاع شده به خارج از بیمارستان در پرونده بیماران با تعرفه دولتی	۳۶
		۴	مستندات، مصاح به،	عدم دریافت هزینه از بیمار در ارائه خدمات برون بیمارستانی منطبق بر زنجیره ارجاع	۳۷
		۴	مشاهده. مصاحبه.	ابلاغ زنجیره ارجاع دانشگاهی به بخش ها و دفتر پرستاری	۳۸
		۴	مصاحبه	شناسایی ، هماهنگی و عقد قرارداد جهت استفاده از خدمات قابل ارائه خارج از بیمارستان	۳۹
		۴	مصاحبه	عدم ارجاع بیماران جهت تأمین تجهیزات مورد نیاز به خارج از بیمارستان	۴۰

		۴	مشاهده	عدم ارجاع بیماران جهت تأمین داروهای تجویز شده به خارج از بیمارستان	کسورات و بیمه های پایه	۴۱
		۴	مشاهده. مصاحبه	عدم ارجاع نمونه های آزمایشگاهی خارج از فعالیت بیمارستان توسط همراهان بیماران به سایر مراکز خصوصی یا دانشگاهی		۴۲
		۴		اجرای ماده ۷ پزشکان		۴۳
		۴	مشاهده صورتجلسات	آیا کمیته کسورات به صورت مرتب برگزار می گردد.	داروخانه	۴۴
		۴	مشاهده و بررسی سامانه	به روز بودن اطلاعات سامانه سجادو...		۴۵
		۲	مصاحبه	خرید و تهیه اسکنر جهت الصاق مدارک ارسالی به بیمه سلامت (سامانه رز)		۴۶
		۲	مصاحبه	کنترل و ارسال به موقع پرونده ها به سپاس و سامانه رز		۴۷
		۲	مصاحبه	کنترل پرونده ها قبل از ارسال به کارشناس مقیم		۴۸
		۲	مصاحبه	کنترل کسورات پرونده ها بعد از رسیدگی کارشناس مقیم و اصلاح و ارسال مجدد به بیمه		۴۹
		۲	مصاحبه	بررسی پرونده های که بدون کسورات توسط کارشناس مقیم تأیید نهایی شده است.		۵۰
		۴	مشاهده رسید بیمه	تعداد ماه تاخیر در ارسال اسناد بیمه سلامت (آخرین ماه ارسال اسناد)		۵۱
		۴	مشاهده رسید بیمه	تعداد ماه تاخیر در ارسال اسناد تأمین اجتماعی (آخرین ماه ارسال اسناد)		۵۲
		۰	مشاهده مستندات	آخرین ماه پرداختی مطالبات سازمان بیمه سلامت به مرکز		۵۳
		۰	مشاهده مستندات	آخرین ماه پرداختی مطالبات سازمان بیمه تأمین اجتماعی به مرکز		۵۴
		۲	مشاهده	تدوین، تأیید و به روزرسانی فارماکوپه دارویی		۵۵
		۲	مشاهده	تدوین، تأیید و به روزرسانی فارماکوپه تجهیزاتی		۵۶
		۲	مشاهده. مصاحبه به	تأمین کلیه داروهای مورد نیاز منطبق بر فارماکوپه دارویی بیمارستان	۵۷	
		۲	مشاهده	دسترسی به فهرست برندها و قیمت های دارو، تجهیزات و مواد مصرفی مورد تأیید دارو غذا	۵۸	
		۲	مشاهده مستندات	بررسی مدیریت فنی دارو در صورتحسابها	۵۹	
		۲	مصاحبه. مشاهده	ابلاغ و در اختیار قرار گرفتن فارماکوپه دارویی و تجهیزاتی بخش ها و کارکنان	۶۰	
		۲	مشاهده. مصاحبه	تأمین کلیه تجهیزات مورد نیاز منطبق بر فارماکوپه تجهیزاتی بیمارستان	۶۱	
		۲	مستندات. مصاحبه	تجویز داروها مطابق با لیست فارماکوپه تهیه و تأیید شده	۶۲	



چک لیست
نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

		۰	مشاهده مستندات	آخرین ماه کارانه پرداختی پزشک	مالی	۶۳
		۰	مشاهده مستندات	آخرین ماه کارانه پرداختی پرسنل		۶۴
		۰	مشاهده مستندات	آخرین ماه اضافه کار پرداختی پرسنل		۶۵
		۰	مشاهده مستندات	آخرین ماه اضافه کار پرداختی به ماماها		۶۶
		۰	۲۰۰			
			درصد امتیاز	امتیاز مکتسبه:	۲۰۰	کل امتیاز:
			0			



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



مجموعه آزمایشگاهها

چک لیست جامع ارزیابی آزمایشگاههای پزشکی

الزامات مدیریتی

آیین نامه و بند سازمان و مدیریت ۴-۱

ردیف	بند استاندارد / آیین نامه	الزامات مورد نظر	سنجه	روش ارزیابی	امتیاز سنج	نقطه امتیاز	کاربرد	توضیحات
۱	الزامات آیین نامه و بند ۱-۴ استاندارد	الزامات قانونی در خصوص تاسیس و مسئولیت فنی آزمایشگاه، منطبق با "آیین نامه تاسیس و اداره امور آزمایشگاههای تشخیص پزشکی" رعایت شده است.	- آزمایشگاه دارای مسئول فنی واجد شرایط می باشد. (مطابق با شرایط مندرج در آیین نامه) - موسس و مسئول فنی آگاهی از مسئولیتهای خود دارند. - مسئول فنی در ساعاتی که در پروانه قانونی درج شده، در آزمایشگاه حضور دارد و بر فعالیتها نظارت می کند.	- مشاهده پروانه قانونی مسئول فنی / مسئولین فنی آزمایشگاه - مصاحبه با مسئول فنی و در صورت امکان موسس آزمایشگاه و ارزیابی آگاهی آنها از وظایف قانونی تعیین شده در آیین نامه و ضوابط مرتبط - مصاحبه با مسئول فنی و چند نفر از کارکنان و ارزیابی شواهد حضور مسئول فنی در ساعات موظف	*			
			دامنه ارائه خدمات و فهرست آزمایشهایی که پذیرش و انجام می شود، مطابق با ضوابط و مقررات کشوری است.	- بررسی پروانه قانونی آزمایشگاه، طیف خدمات و بخش های فعال، و اطمینان از عدم پذیرش و انجام آزمایش ها، برخلاف ضوابط و مقررات کشوری	*			
		تعرفه مصوب برای خدمات آزمایشگاهی رعایت می شود.	فعالیت های فنی آزمایشگاه را صرفا دانش آموختگان رشته های مرتبط با علوم آزمایشگاهی انجام می دهند.	- بررسی چند مورد تعرفه آزمایش ها در نرم افزار پذیرش و جوابدهی - بررسی رسید پذیرش چند نفر از بیماران روز قبل بطور تصادفی	*			
				- مصاحبه با مسئول فنی در مورد ضوابط بکارگیری کارکنان - بررسی مستندات مربوط به مدرک	*			

			تحصیلی چند نفر از کارکنان آزمایشگاه				
۲	۳-۱-۱-۴	اصول اخلاق حرفه ای در آزمایشگاه رعایت می شود.	<p>- منشور حقوق مراجعین در معرض دید مراجعین است.</p> <p>- مسئولین و کارکنان آزمایشگاه از محتوای کدهای اخلاقی شاغلین حرف پزشکی و منشور حقوق مراجعین آزمایشگاه</p> <p>- مشاهده تعهد نامه کتبی کارکنان به رعایت اصول اخلاق حرفه ای و منشور</p>	<p>- منشور حقوق مراجعین در معرض دید مراجعین است.</p> <p>- مسئولین و کارکنان آزمایشگاه از محتوای کدهای اخلاقی شاغلین حرف پزشکی و منشور حقوق مراجعین آزمایشگاه آگاهی دارند و به رعایت آنها متعهد هستند.</p>	*	<p>- مشاهده منشور حقوق مراجعین</p> <p>- مصاحبه با کارکنان و ارزیابی آگاهی آنان از کدهای اخلاقی شاغلین حرف پزشکی و منشور حقوق مراجعین آزمایشگاه</p> <p>- مشاهده تعهد نامه کتبی کارکنان به رعایت اصول اخلاق حرفه ای و منشور</p>	
			<p>- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد تمهیدات پیش بینی شده جهت حفاظت از اطلاعات بیماران و چگونگی نظارت بر رعایت آن</p> <p>- بررسی شواهد اجرای تمهیدات (مثلا تعیین نام کاربری و رمز عبور برای کاربران، استفاده از نرم افزارهای امنیتی و حفاظت از نسخه پشتیبان اطلاعات الکترونیکی)</p>	<p>روش های مشخصی برای حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران (از جمله سوابق پزشکی، اطلاعات بالینی، سابقه خانوادگی، نتایج آزمایش و غیره) پیش بینی شده است.</p>	*	<p>- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد تمهیدات پیش بینی شده جهت حفاظت از اطلاعات بیماران و چگونگی نظارت بر رعایت آن</p> <p>- بررسی شواهد اجرای تمهیدات (مثلا تعیین نام کاربری و رمز عبور برای کاربران، استفاده از نرم افزارهای امنیتی و حفاظت از نسخه پشتیبان اطلاعات الکترونیکی)</p>	
			<p><u>توضیح:</u> هرگونه ارتباط مالی، حرفه ای یا کاری مسئول فنی، گروه مدیریتی و سایر کارکنان آزمایشگاه، با افراد و سازمان های مرتبط که بطور فردی و خارج از چارچوب کاری آزمایشگاه باشد باید بطور رسمی و شفاف اعلام و مکتوب شده باشد و فرد کتبا متعهد گردد که این ارتباط هیچگونه تاثیر سوء</p>	<p>تضاد یا اشتراک منافع مسئولین و کارکنان آزمایشگاه با افراد، سازمان ها، شرکت ها و یا آزمایشگاههای دیگر بطور شفاف اعلام و مکتوب شده است و هیچگونه تاثیر سوء بر عملکرد آزمایشگاه ندارد.</p>	*	<p><u>توضیح:</u> هرگونه ارتباط مالی، حرفه ای یا کاری مسئول فنی، گروه مدیریتی و سایر کارکنان آزمایشگاه، با افراد و سازمان های مرتبط که بطور فردی و خارج از چارچوب کاری آزمایشگاه باشد باید بطور رسمی و شفاف اعلام و مکتوب شده باشد و فرد کتبا متعهد گردد که این ارتباط هیچگونه تاثیر سوء</p>	

				بر عملکرد آزمایشگاه ندارد. - بررسی اظهارنامه های مکتوب در مورد ارتباط مسئول فنی یا کارکنان آزمایشگاه با سایر افراد یا سازمان ها (مانند پزشکان، کادر درمانی، شرکت های تامین کننده تجهیزات و مواد مصرفی، مسئولین یا کارکنان سایر آزمایشگاهها، افرادی از سازمان های بیمه گر و غیره) و تعهد کتبی مبنی بر عدم تاثیر سوء بر عملکرد آزمایشگاه			
سیستم مدیریت کیفیت ۴-۲							
در سال ۱۳۹۸ امتیاز داده نمی شود.		-	بررسی خط مشی کیفیت آزمایشگاه و محتوای آن (مطابق با بند ۴-۱-۲-۳ استاندارد آزمایشگاههای پزشکی)	اهداف کلی آزمایشگاه و تعهد مسئول فنی و تلاش جهت دستیابی به اهداف، در خط مشی کیفیت مکتوب است.	سیاست ها و اهداف آزمایشگاه در "خط مشی کیفیت" مکتوب است.		۳
در سال ۱۳۹۸ امتیاز داده نمی شود.		-	مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی در مورد نحوه تدوین نظامنامه کیفیت - بررسی محتوای نظامنامه کیفیت و بررسی درج انواع فرآیندهای کاری و فعالیتهای مختلف در قالب مدارک آزمایشگاه مستند شده است. - نحوه انجام صحیح فرآیندهای کاری و فعالیتهای مختلف در قالب مدارک آزمایشگاه مستند شده است. - چگونگی ارزیابی و پایش نحوه اجرای فرآیندها و فعالیتهای مختلف در آزمایشگاه و پایش اقدامات اصلاحی و مستند شده است. <u>توضیح: اشاره به اطلاعات فوق در نظامنامه می تواند از طریق ارجاع به روش های</u>	انواع فرآیندهای کاری و فعالیتهای مختلف آزمایشگاه مشخص و تعریف شده است. نحوه انجام صحیح فرآیندهای کاری و فعالیتهای مختلف در قالب مدارک آزمایشگاه مستند شده است. چگونگی ارزیابی و پایش نحوه اجرای فرآیندها و فعالیتهای مختلف در آزمایشگاه و پایش اقدامات اصلاحی و مستند شده است.	کلیات مربوط به فرآیندهای کاری آزمایشگاه و چگونگی اجرا و پایش آنها در قالب "نظامنامه کیفیت" مستند شده است.		۴



		اجرایی یا دستورالعمل های مربوطه صورت گیرد.						
کنترل مدارک ۳-۴								
امتیاز در قسمت های مرتبط چک لیست محاسبه می شود.			-	مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد انواع مدارک، چارچوب و قالب تهیه مدارک، روند کلی تدوین آنها و مسئولیت های کارکنان در رده های کاری مختلف در تدوین مدارک مرتبط	مراحل اجرای فرایندها و روش صحیح انجام فعالیت های مختلف آزمایشگاهی در قالب روشهای اجرایی، راهنماها، دستورالعمل های کاری و غیره، مستند و موجود است.	مدارک لازم در آزمایشگاه مدون شده و موجود است.	۳-۴	۵
			۱	بررسی فهرست مدارک درون سازمانی (شامل روش های اجرایی، دستورالعمل ها، راهنماهای کاری، فرم ها، جداول و غیره) که تعداد کپی و محل های نگهداری آنها درج شده است.	فهرست جامع مدارک درون سازمانی حاوی عنوان مدرک، تعداد کپی موجود از مدرک، و محل های توزیع و نگهداری آن مدرک، موجود است.	فهرست انواع مدارک آزمایشگاه (کاغذی یا الکترونیک) و محل های توزیع و نگهداری آنها مستند است.	۱-۳-۴	۶
			۱	بررسی فهرست مدارک برون سازمانی (شامل آیین نامه، مقررات و ضوابط، استانداردها، کتب مرجع و غیره) که تعداد کپی و محل های نگهداری آنها درج شده است.	فهرست جامع مدارک برون سازمانی حاوی عنوان مدرک، تعداد کپی موجود از مدرک، و محل های توزیع و نگهداری آن مدرک، موجود است.			
			۱	ارزیابی نحوه نگهداری و مشاهده محل نگهداری مدارک در بخش های مختلف آزمایشگاه	محل نگهداری مدارک (کاغذی و الکترونیک) مشخص بوده و در معرض آسیب و دسترسی غیرمجاز نیستند.	مدارک در آزمایشگاه تحت کنترل می باشند.	۲-۳-۴	۷
			۲	- مصاحبه با کارکنان آزمایشگاه در مورد دسترسی به مدارک مرتبط با حیطه کاری آنها و درخواست مشاهده این مدارک	- همه کارکنان به مدارک (کاغذی و الکترونیک) مرتبط به خود، به سهولت دسترسی دارند. - در صورت لزوم، مدرک در اختیار افراد			

			مجاز در خارج از آزمایشگاه قرار می گیرد.	- مصاحبه با کارکنان بخشهای بالینی بیمارستان در مورد دسترسی به مدارک مرتبط و مورد نیاز ایشان و درخواست مشاهده این مدارک (مثلا روش نمونه گیری و غیره)
		۱	مدارک درون سازمانی بطور دوره ای توسط افراد مجاز بازرنگری و در صورت لزوم ویرایش می شوند. آخرین ویرایش مدارک درون سازمانی و برون سازمانی، در همه جا جایگزین نسخه قدیمی تر می شود.	- مصاحبه با مسئول فنی، گروه مدیریتی و کارکنان آزمایشگاه در مورد چگونگی بازبینی و ویرایش مدارک و فواصل انجام بازرنگری - مشاهده چند مورد از مدارک ویرایش شده و حصول اطمینان از اینکه جدیدترین نسخه در اختیار کارکنان مرتبط قرار دارد

قرارداد برای ارائه خدمت ۴-۴

			قرارداد مشخصی بین آزمایشگاه و افراد یا سازمان های ارائه دهنده خدمت به آزمایشگاه، و همچنین شرکت های تامین کننده اقلام مصرفی و تجهیزات آزمایشگاهی منعقد شده که مسئولیت ها، انتظارات و اختیارات طرفین را مشخص می کند.	آزمایشگاه قراردادهایی با مفاد مشخص با گیرندگان خدمت و نیز تامین کنندگان خدمات و تجهیزات آزمایشگاهی منعقد میکند. قراردادها بطور دوره ای بازرنگری میشوند.	۱-۴-۴ ۱-۳-۶-۴ (ت) ۲-۴-۴	۸
		۲	قرارداد مشخصی بین آزمایشگاه و افراد یا سازمان هایی که خدمتی را از آزمایشگاه دریافت میکنند (مثلا بیمه های تکمیلی، گیرندگان خدمات در	- ارزیابی قراردادهای منعقد شده برای ارائه خدمت و بررسی محتوای آنها و حصول اطمینان از این که علاوه بر مسائل مالی، مسئولیتها، انتظارات و اختیارات		

			طرفین در قرارداد درج شده است.	طرح های بهداشتی، طب کار و غیره) مکتوب شده است که مسئولیت ها، انتظارات و اختیارات طرفین را مشخص می کند.		
		۱	ارزیابی سوابق مربوط به بازنگری دوره ای و ویرایش قراردادها و بررسی آخرین موردی که تغییری در یک قرار داد ایجاد شده است.	قراردادها در فواصل زمانی مشخص بازنگری میشوند و تغییر در مفاد قرارداد به اطلاع ذینفعان می رسد.		

انجام آزمایش در آزمایشگاههای ارجاع ۴ - ۵

			۱	مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد معیارهای انتخاب و ارزیابی صلاحیت دوره ای آزمایشگاههای ارجاع و مشاورین آزمایشگاه	مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه معیارهای مشخصی برای انتخاب و ارزیابی دوره ای صلاحیت آزمایشگاههای ارجاع و مشاورین آزمایشگاه تعیین کرده اند. (مطابق با بند ۴-۵-۱ استاندارد)	انتخاب و ارزیابی کیفیت و کارایی عملکرد آزمایشگاههای ارجاع و مشاورین آزمایشگاه بر اساس معیارهای مشخص انجام می شود.	۹	۴-۵-۱
			۱	- بررسی فهرست آزمایشگاههای ارجاع و سایر اطلاعات مرتبط - مصاحبه با مسئولین پذیرش و نمونه گیری و سایر کارکنان ذیربط و ارزیابی آگاهی آنها از این که آزمایشهای ارجاعی مختلف به کدام آزمایشگاه ارجاع، ارسال میشوند.	اسامی آزمایشگاههای ارجاع، فهرست آزمایشهایی که به هر یک ارجاع می شود و اطلاعات تماس هر کدام موجود بوده و در دسترس کارکنان مرتبط قرار دارد.			
			۳	- مصاحبه با مسئول فنی در مورد نحوه ارزیابی آزمایشگاه های ارجاع - بررسی سوابق ارزیابی صلاحیت دوره ای آزمایشگاههای ارجاع و روش هایی که برای ارزیابی	کیفیت عملکرد و صلاحیت آزمایشگاه ارجاع و مشاورین آزمایشگاه بطور مستمر (بر اساس روش های تعیین شده) پایش و ارزیابی می شود.			

			صلاحیت بکار گرفته شده است.					
۱۰			قرارداد بین آزمایشگاه ارجاع دهنده و آزمایشگاه ارجاع منعقد شده و بطور دوره ای بازنگری می گردد.	قرارداد مکتوب بین آزمایشگاه ارجاع دهنده و آزمایشگاه ارجاع موجود بوده و حاوی محتوای مندرج در بند ۴-۵-۱-۲ استاندارد می باشد.	۲	بررسی قرارداد ارجاع و محتوای آن و اطمینان از درج حداقل موارد زیر: <ul style="list-style-type: none"> • نحوه ارتباط و افراد مسئول ارتباط در هر دو آزمایشگاه در شیفت های مختلف • چارچوب ارائه درخواست آزمایش و اطلاعاتی که لازمست در آن ثبت شود • مسئولیت انتقال نمونه و رعایت شرایط مناسب انتقال، جهت حفظ کیفیت نمونه • نحوه اجرای الزامات ایمنی و امنیت زیستی و حصول اطمینان از ایمنی فرد انتقال دهنده و جامعه در روند انتقال نمونه • شرایط عدم پذیرش و رد نمونه توسط آزمایشگاه ارجاع و نحوه اطلاع رسانی • مسئولیت حقوقی و قانونی ناشی از بروز خطا در نتایج آزمایش • زمان چرخه کاری آزمایش ها و آماده شدن و گزارش نتیجه هر آزمایش • چگونگی ارسال گزارش نتایج آزمایشها شامل گزارش نتایج اورژانس و موارد بحرانی، و افراد 		

			<p>مستول ارسال و دریافت نتایج در دو آزمایشگاه</p> <ul style="list-style-type: none"> • روش ارزیابی و حصول اطمینان از کیفیت و کارایی عملکرد آزمایشگاه ارجاع • نحوه ارتباط مالی دو آزمایشگاه و چگونگی رفع مشکلات و حل اختلافات • تاریخ اعتبار قرارداد و زمان بازنگری آن 				
		۲	<p>بررسی چند مورد سوابق مربوط به نمونه های ارجاع شده (شامل نام و مشخصات، نوع نمونه، نوع آزمایش درخواست شده، تاریخ ارسال نمونه و دریافت گزارش، نسخه کاغذی یا الکترونیک گزارش نتایج آزمایش های ارجاعی و غیره)</p>	<p>مستندات و سوابق مربوط به روند ارجاع و نمونه های ارجاعی و گزارش نتایج آزمایش ها تا مدت زمان مقتضی در آزمایشگاه ارجاع دهنده و ارجاع نگهداری می شود.</p>	<p>سوابق مربوط به روند ارجاع تا مدت زمان مشخص در آزمایشگاه ارجاع و ارجاع دهنده نگهداری می شوند.</p>	۳-۵-۴	۱۱
خدمات برون سازمانی و تدارکات ۴-۶							
		۱	<p>بررسی روش اجرایی خرید و انبارش و محتوای آن</p>	<p>مراحل مختلف فرآیند خرید و انبارش مواد مصرفی (مطابق با بند ۴-۶-۳-۱ استاندارد) در روش اجرایی خرید و انبارش مشخص و مکتوب شده است.</p>	<p>روش اجرایی خرید و انبارش اقلام مصرفی بدون بوده، مسئولیت ها و وظایف کارکنان مشخص است.</p>	۳-۶-۴	۱۲
		۱	<p>- مصاحبه با افراد ذیربط در فرآیند خرید و انبارش - بررسی شرح شغل مسئول انبار یا سایر کارکنان درگیر در فرآیند خرید و انبارش</p>	<p>وظایف، مسئولیت ها و اختیارات کارکنان مجاز به ارائه درخواست، خرید، تأیید درخواست، انجام خرید و دریافت اقلام مصرفی خریداری شده، مشخص است.</p>			
		۲	<p>- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه</p>	<p>تامین کنندگان تجهیزات و وسایل</p>	<p>تجهیزات و وسایل و تشخیص مقررات و</p>	۳-۶-۴	۱۳

			در مورد معیار های انتخاب و ارزیابی تامین کنندگان تجهیزات و وسایل تشخیص آزمایشگاهی - بررسی فهرست تامین کنندگان و اطلاعات ثبت شده در آن	تشخیص آزمایشگاهی، اطلاعات تماس و اقلامی که از هر یک خریداری می شود، مشخص و مستند است.	آزمایشگاهی (IVD) مورد تایید بوده و از مراجع معتبر تامین میشود.	ضوابط کشوری	
		*	بررسی مستندات ثبت چند شرکت تامین کننده (تولید کننده) در سایت اداره کل تجهیزات پزشکی یا مشاهده سندی که نشان دهد شرکت در سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی ثبت شده است	تجهیزات و وسایل تشخیص آزمایشگاهی از تامین کنندگان معتبر (ثبت شده در سامانه imed.ir) خریداری شده و کمبود اقلام مورد نیاز در قالب فرم "رصد چالش های تامین" به معاونت درمان دانشگاه گزارش می گردد.			
		*	- بررسی چند مورد از تجهیزات و وسایل تشخیص آزمایشگاهی که در آزمایشگاه استفاده می شوند، و اطمینان از ثبت آنها در سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی - ارزیابی و حصول اطمینان از عدم استفاده از وسایل تشخیص سریع (رپید تست) غیر مجاز به جای روش های معتبر آزمایشگاهی	- تجهیزات و وسایل تشخیص آزمایشگاهی که خریداری شده و در آزمایشگاه مورد استفاده قرار می گیرند، دارای تاییدیه معتبر کارکردی هستند. (در سامانه imed.ir ثبت شده اند) - از وسایل تشخیص سریع غیرمجاز به جای روش های معتبر در آزمایشگاه استفاده نمی شود.			
		۲	- مصاحبه با افراد مسئول دریافت اقلام خریداری شده و ارزیابی آگاهی آنها از مواردی که باید بررسی کنند (مثلا مطابقت اقلام خریداری شده با اقلام درخواستی، بررسی سری ساخت، تاریخ انقضا،	- فرد/ افراد مسئول دریافت اقلام خریداری شده، مشخص هستند. - افراد مسئول قبل از تحویل گرفتن، اقلام را مورد ارزیابی قرار می دهند.	شرایط تحویل اقلام خریداری شده مشخص است و هنگام تحویل، ارزیابی اولیه اقلام توسط کارکنان مسئول انجام می شود.	۱۴ ۱-۳-۶-۴ (ث)	

			<p>بررسی سالم بودن بسته بندی و عدم نشت، رعایت دما و سایر شرایط لازم برای حفظ کیفیت اقلام و غیره)</p> <p>- بررسی سوابق تحویل و دریافت چند مورد از اقلام خریداری شده و شواهد انجام ارزیابی اولیه و اطمینان از ثبت تاریخ دریافت و نام و امضاء فرد دریافت کننده</p>	<p>- تاریخ دریافت و نام و امضاء فرد دریافت کننده اقلام خریداری شده ثبت می شود.</p>			
		۲	<p>- مصاحبه با افراد مسئول خرید در مورد مدت زمان نگهداری سوابق خرید اقلام - بررسی سوابق خرید چند مورد اقلام مختلف بطور تصادفی</p>	<p>سوابق خرید اقلامی که برکیفیت نتایج آزمایش ها تاثیر دارند (برگه های درخواست خرید، فاکتورهای فروش معتبر، سوابق دریافت اقلام خریداری شده و غیره) تا مدت زمان معین در آزمایشگاه نگهداری می شوند.</p>	<p>سوابق مربوط به فرآیند خرید تا مدت زمان مشخص در آزمایشگاه نگهداری می شوند.</p>	۲-۳-۴-۶	۱۵
		۱	<p>بررسی سوابق مربوط به چند مورد رد اقلام خریداری شده در زمان تحویل، و دلایل رد آنها</p>	<p>سوابق مربوط به رد و مرجوع نمودن اقلام خریداری شده، و دلایل مربوطه ثبت و نگهداری می شود.</p>			
		۲	<p>بررسی مستندات کاغذی یا الکترونیک مربوط به موجودی اقلام مصرفی و ثبت مشخصات و اطلاعات مربوط به آنها</p>	<p>مشخصات انواع اقلام مصرفی موجود در آزمایشگاه ثبت شده است (مثل نوع، نام تولیدکننده، شماره سری ساخت، شماره بهر، تاریخ انقضاء، مکان و شرایط نگهداری آنها)</p>	<p>موجودی اقلام آزمایشگاهی تحت کنترل می باشد.</p>	۵-۶-۴ ۲-۶-۴ ۷-۲-۳-۵	۱۶
		۲	<p>- بررسی به روز بودن موجودی چند مورد از اقلام مصرفی بطور تصادفی</p> <p>- مصاحبه با افراد مسئول در مورد چگونگی حذف یا</p>	<p>آمار دقیق و به روز از موجودی کلیه اقلام مصرفی (تعداد/ حجم هر یک از اقلام) وجود دارد و در صورت اضافه</p>			

			اضافه کردن به آمار ارقام مصرفی جهت به روز نگهداشتن موجودی ارقام	شدن یا برداشت از هر یک از ارقام، آمار اصلاح می شود.		
		۲	- بررسی فهرست مربوط به نقطه سفارش ارقام مصرفی مختلف - مصاحبه با مسئول فنی، گروه مدیریتی و افراد مسئول خرید در مورد چگونگی رعایت نقطه سفارش، و بررسی سوابق و شواهد مربوطه	نقطه سفارش برای خرید ارقام مصرفی مختلف، مشخص و مستند شده است و خرید ارقام زمانی که تعداد یا حجم آنها به نقطه سفارش برسد، انجام می شود. (بند ۴- ۲-۶)		
		*	بررسی تاریخ انقضاء چند مورد از ارقام مصرفی بطور تصادفی (مثل محلول ها، معرف ها، کیت ها، دیسک های آنتی بیوگرام، محلولهای رنگ آمیزی و غیره)	در سیستم نگهداری و انبارش ارقام مصرفی، به تاریخ مصرف ارقام مختلف توجه شده و ارقام تاریخ مصرف گذشته در آزمایشگاه استفاده نمی شوند.	اقلامی که تاریخ مصرف آنها گذشته است در آزمایشگاه مورد استفاده قرار نمی گیرند.	۱۷

خدمات مشاوره ای ۴-۷

		۳	- مصاحبه با مسئول فنی، گروه مدیریتی و کارکنان کلیدی در مورد نحوه ارائه خدمات مشاوره ای - بررسی سوابق و شواهد ارائه خدمات مشاوره ای به گروههای مختلف گیرندگان خدمات (شامل پزشکان و کادر درمانی، بیماران، آزمایشگاههای ارجاع دهنده و غیره) مثلا ارائه راهنمایی در مورد انتخاب منطقی آزمایش ها، فواصل درخواست آزمایش های مختلف، درج توصیه ها و اطلاعات برای تفسیر صحیح نتایج و غیره	مسئولین آزمایشگاه در صورت لزوم به گیرندگان خدمات مشاوره می دهند بویژه در مورد: - نحوه انتخاب و درخواست منطقی آزمایش ها و دفعات و فواصل منطقی بین درخواست یک آزمایش - کاربرد و محدودیت های آزمایش ها - مواردی که بر تفسیر نتایج آزمایش اثر می گذارند.	متناسب با صلاحیت علمی و حرفه ای مسئول فنی و کارکنان آزمایشگاه، به گیرندگان خدمات اطلاعات و مشاوره داده می شود.	۱۸
--	--	---	--	--	---	----

حل و فصل شکایات و نظر سنجی از گیرندگان خدمات آزمایشگاه ۴-۸

۱۹	۲-۸-۴ ۳-۱۴-۴	به شکایات و سایر بازخوردهای گیرندگان خدمات (شامل پزشکان، کادر درمانی، بیماران، مراجعه کنندگان، آزمایشگاههای ارجاع دهنده و غیره) رسیدگی می شود.	- نحوه دریافت و ثبت شکایات و سایر بازخوردهای گیرندگان خدمات مشخص بوده و در این مورد به آنان اطلاع رسانی شده است. - بازخوردها و شکایات گیرندگان خدمات جمع آوری و رسیدگی شده، و سوابق مربوطه نگهداری می گردد.	۲ - مصاحبه با مسئول فنی، گروه مدیریتی و کارکنان مسئول در خصوص نحوه دریافت و رسیدگی به پیشنهادات و شکایات بیماران، پزشکان، مراقبین سلامت و سایر افراد ذیربط، و اطلاع رسانی به آنها - بررسی سوابق انجام این کار - در بیمارستان ها مصاحبه با پزشکان و پرستاران در این خصوص		
۲۰	۳-۸-۴	از گیرندگان خدمات آزمایشگاه نظرسنجی شده و میزان رضایت آنان ارزیابی می گردد.	نحوه انجام نظرسنجی، ثبت و تجزیه و تحلیل نظرات گیرندگان خدمات آزمایشگاه و مسئولیت کارکنان برای انجام این کار مشخص است، - نظرسنجی انجام شده و سوابق آن نگهداری می گردد.	۲ - مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی و کارکنان مسئول در مورد چگونگی نظرسنجی از گیرندگان خدمات شامل پزشکان، کادر درمانی و مراقبین سلامت، بیماران، مراجعه کنندگان، آزمایشگاه های ارجاع دهنده و غیره - بررسی سوابق نظرسنجی و روش های انجام آن		
شناسایی و کنترل موارد عدم انطباق ۹-۴						
۲۱	۱-۹-۴ ۲-۹-۴	روش اجرایی فرآیند مدیریت عدم انطباق مدون است.	روش اجرایی مدیریت عدم انطباق مدون و حاوی موارد اشاره شده در بند ۲-۹-۴ استاندارد می باشد.	۲ بررسی روش اجرایی شناسایی و کنترل موارد عدم انطباق و محتوای مندرج در آن		
			- کارکنان آزمایشگاه در رده های مختلف از چگونگی شناسایی، ثبت و گزارش موارد عدم انطباق آگاهی دارند. - مسئولیت ها و وظایف کارکنان در این موارد مشخص بوده و در شرح	۲ - مصاحبه با چند نفر از مسئولین و کارکنان آزمایشگاه و ارزیابی آگاهی آنها از روش های مختلف شناسایی موارد عدم انطباق - بررسی شرح شغل و مصاحبه با چند نفر از مسئولین و کارکنان در مورد مسئولیتها و		

			وظایفشان برای شناسایی، ثبت و گزارش موارد عدم انطباق به مسئول مافوق	شغل ایشان درج گردیده است.		
۲۲	۳-۹-۴	۴	<p>- ارزیابی سوابق مربوط به چند مورد عدم انطباق و چگونگی شناسایی آنها</p> <p>- بررسی جزئیات ثبت شده، مثل مکان، زمان و افرادی که در بروز آن دخالت داشتند.</p> <p>- بررسی مدت زمان نگهداری سوابق عدم انطباق</p>	<p>جزئیات مربوط به عدم انطباق شناسایی شده، ثبت می شود و تا مدت زمان معین نگهداری می گردد.</p>	<p>سوابق موارد عدم انطباق ثبت می شود و تا مدت زمان مقتضی در آزمایشگاه نگهداری می گردد.</p>	
اقدامات اصلاحی ۴-۱۰						
۲۳	۱۰-۴	۲	<p>- مصاحبه با مسئول فنی و سایر افراد مسئول در مورد چگونگی بررسی اثرات سوء و عواقب عدم انطباق، و تعیین اقدامات فوری و اصلاحی</p> <p>- بررسی چند مورد سوابق ارزیابی عدم انطباق و تعیین اقدامات فوری و اصلاحی</p>	<p>دامنه و شدت اثرات سوء هر مورد عدم انطباق توسط افراد مشخص و مسئول بررسی می شود و متناسب با آن، اقدامات فوری و/یا اصلاحی تعیین می گردد.</p>	<p>دامنه اثرات سوء و علت هر مورد عدم انطباق بررسی می شود و اقدامات متناسب به اجرا در می آید.</p>	
		۴	<p>- بررسی سوابق انجام اقدامات فوری و اصلاحی (شامل اقدامی که انجام شده، زمان انجام و فرد انجام دهنده)</p> <p>- مصاحبه با مسئول فنی در مورد نحوه نظارت و ارزیابی موثر بودن اقدامات</p>	<p>اقدامات فوری و اصلاحی که تعیین شده، به موقع توسط افراد مشخص و مسئول به اجرا در می آید و مسئول فنی از انجام موثر اقدامات اطمینان حاصل می کند.</p>		
		۳	<p>- مصاحبه با مسئولین و کارکنان در مورد نحوه تجزیه و تحلیل علت عدم انطباق</p> <p>- بررسی سوابق چند مورد عدم انطباق که پس از تجزیه و تحلیل و ریشه یابی، علل وقوع آن مشخص</p>	<p>- دلایل وقوع موارد عدم انطباق تجزیه و تحلیل می شود و خطاهای تصادفی یا موردی، از خطاهایی که ریشه و علل زمینه ای دارند، تفکیک می گردند.</p>		



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			و اقدامات لازم برای برطرف کردن علل انجام شده است.	- اقدامات مقتضی برای برطرف کردن ریشه و علل زمینه ای موارد عدم انطباق به اجرا در می آید.		
		۱	مصاحبه با کارکنان و سوال درمورد روند اطلاع رسانی موارد عدم انطباق به آنها	موضوع عدم انطباق و اقدامات انجام شده متعاقب آن، جهت آگاهی، به کارکنان ذیربط اطلاع داده می شود.		

اقدامات پیشگیرانه ۴-۱۱

		۲	- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی در مورد بازبینی فعالیت ها، شناسایی نقاط ضعف، و برنامه ریزی و اجرای اقدامات پیشگیرانه جهت جلوگیری از وقوع خطا در فعالیت های حساس (مثلا در جمع آوری و برچسب گذاری نمونه، انتقال نمونه های آلوده، زمان چرخه کاری آزمایشهای اورژانس، اطلاع رسانی نتایج بحرانی و غیره) - بررسی سوابق و شواهد انجام اقدامات پیشگیرانه	فعالیت های آزمایشگاه بطور مستمر بازبینی شده و نقاط ضعفی که بالقوه ممکنست زمینه ساز وقوع خطا در فعالیتها شوند، شناسایی و برطرف میگردند. پیشگیری از بروز خطا در فعالیتهایی که بر کیفیت نتایج آزمایش و روند مراقبت بیماران تاثیر دارند در اولویت است.	مواردی که بالقوه ممکنست سبب بروز عدم انطباق و خطا در فعالیت ها شوند شناسایی شده، و اقدامات پیشگیرانه برای ممانعت از بروز آنها به اجرا در می آید.	۲۴	۴-۱۱
--	--	---	---	---	--	----	------

بهبود مداوم ۴-۱۲

درسال ۱۳۹۸ امتیاز داده نمی شود.		-	- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد روش های شناسایی فعالیتهای نیازمند بهبود، و برنامه ریزی و اجرای اقدامات جهت ارتقاء این فعالیت ها - بررسی سوابق برنامه ریزی و اجرای اقدامات برای	وضعیت فرایندهای مختلف آزمایشگاه بطور مداوم پایش شده و پس از شناسایی حوزه های نیازمند بهبود، برای ارتقاء آنها برنامه ریزی و اقدامات لازم انجام میشود.	برای بهبود و ارتقاء فعالیت ها بطور مستمر برنامه ریزی شده و برنامه ها به اجرا در می آیند.	۲۵	۴-۱۲
---	--	---	--	--	--	----	------

				فعالیت هایی در اولویت قرار می گیرند که تأثیر بیشتری در بهبود کیفیت نتایج و ارتقاء ایمنی بیمار دارند.					
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

کنترل سوابق ۴-۱۳

۲۶	۱۳-۴	سوابق انجام فعالیت‌هایی که بر اعتبار نتایج اثر دارند ثبت شده، و تا مدت زمان معین نگهداری می گردند.	- نحوه دسته بندی و بایگانی سوابق مختلف آزمایشگاه (بصورت کاغذی و یا الکترونیکی) مشخص است و در صورت نیاز به سهولت قابل دستیابی هستند.	- مصاحبه با مسئولین و کارکنان آزمایشگاه در مورد انواع سوابق که در آزمایشگاه نگهداری می شوند، نحوه بایگانی و محدودیت دسترسی به سوابق - بررسی نحوه دسته بندی و بایگانی سوابق مختلف و محل نگهداری آنها	-				امتیاز در قسمت های مرتبط چک لیست محاسبه میشود.
				- مدت زمان نگهداری سوابق مختلف به صلاحدید مسئول فنی مشخص شده است. - سطح دسترسی کارکنان به سوابق تعریف شده است.	۳				
				- بررسی فهرست مدت زمان نگهداری سوابق مختلف آزمایشگاه - بررسی نگهداری چند مورد از سوابق تا مدت زمان تعیین شده بطور تصادفی - بررسی تمهیدات و حصول اطمینان از محدودیت دسترسی به سوابق آزمایشگاه					

ارزیابی و ممیزی آزمایشگاه ۴-۱۴

۲۷	۱-۱۴-۴	برای کنترل و پایش فعالیت های مختلف در آزمایشگاه، روش های مشخصی تعیین شده و وظایف و مسئولیتهای کارکنان در این زمینه مشخص گردیده است.	- روش های ارزیابی و پایش فعالیت های آزمایشگاهی تعیین و مکتوب شده است. - مسئولیت ها و وظایف کارکنان برای کنترل و ارزیابی فعالیت های مختلف مشخص بوده و در شرح وظایف آنان درج شده است. - مسئولین و کارکنان آزمایشگاه آگاهی از	۲					
				- بررسی روش اجرایی پایش و ارزیابی فعالیت های آزمایشگاهی و محتوای آن - مصاحبه با مسئول فنی، گروه مدیریتی و کارکنان، و ارزیابی آگاهی آنها از روشهای مختلف پایش و ارزیابی فعالیت ها (که در روش اجرایی مکتوب شده است) - بررسی شرح شغل کارکنان و ارزیابی آگاهی					

			<p>روشهای پایش فعالیت ها، و مسئولیت ها و وظایف خود دارند.</p> <p>آنها از وظایف و مسئولیت هایشان توضیح: روش های مختلف ارزیابی شامل ممیزی داخلی، ارزیابی پیشنهادات و بازخوردهای کارکنان و گیرندگان خدمات، رسیدگی به شکایات، تعیین و ارزیابی دوره ای شاخص های کیفیت، نتایج نظارت دانشگاه متبوع، نتایج برنامه ارزیابی خارجی کیفیت و اجرای کنترل کیفی داخلی و غیره می باشد.</p>		
		۳	<p>ممیزی داخلی با برنامه ریزی مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه، در فواصل زمانی معین و توسط کارکنان آموزش دیده انجام می شود.</p> <p>مصاحبه با مسئولین و کارکنان مرتبط در مورد نحوه و فواصل اجرای برنامه ممیزی داخلی و چگونگی آموزش ممیزی به کارکنان ذیربط</p> <p>- بررسی سوابق اجرای ممیزی های داخلی (مثلا چند دوره اخیر)</p>	<p>ممیزی داخلی در فواصل زمانی معین، در آزمایشگاه انجام می شود.</p>	۲۸
		۳	<p>شخصهای کیفیت توسط مسئول فنی و گروه مدیریتی تعیین شده است. (مطابق بند ۷-۱۴-۴ استاندارد)</p> <p>- اطلاعات مربوط به شاخص ها جمع آوری و بطور دوره ای جمع بندی و بررسی می گردد.</p> <p>- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد چگونگی تعیین و جمع آوری اطلاعات مربوط به شاخص های کیفیت</p> <p>- بررسی سوابق مربوط به جمع آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به شاخص های کیفیت</p>	<p>شخصهای کیفیت آزمایشگاه تعیین شده و بطور دوره ای اندازه گیری و بررسی می گردند.</p>	۲۹

			۳	<p>- گزارش های نظارت و ارزیابی آزمایشگاه توسط سازمان های خارجی (مثلا نظارت توسط معاونت درمان دانشگاه، سازمان های بیمه گر و غیره</p> <p>- بررسی سوابق انجام اقدامات جهت رفع مشکلاتی که طی نظارت شناسایی شده است.</p>	<p>-گزارش های نظارت و ارزیابی آزمایشگاه توسط سازمان های خارجی (مثلا نظارت توسط معاونت درمان دانشگاه، سازمان های بیمه گر، سازمان های اعتباربخش و غیره) در آزمایشگاه موجود است.</p> <p>- اقدامات لازم برای رفع مشکلات شناسایی شده طی نظارت (که در گزارش نظارت درج شده) اجرا می شود.</p>	<p>نتایج و گزارش های مربوط به نظارت سایر سازمانها بررسی شده و اقدامات لازم جهت رفع مشکلات مندرج در گزارش های نظارتی به اجرا در می آید.</p>	۸-۱۴-۴	۳۰
--	--	--	---	---	---	--	--------	----

بازنگری مدیریت ۴-۱۵

درسال ۱۳۹۸ امتیاز داده نمی شود			-	<p>- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد چگونگی بازنگری دوره ای اطلاعات جمع آوری شده از پایش و کنترل فعالیت های آزمایشگاه</p> <p>- بررسی سوابق بازنگری مدیریت در آزمایشگاه (مثلا چند دوره اخیر)</p> <p>- بررسی سوابق اقدامات انجام شده متعاقب بازنگری مدیریت (برای اصلاح یا پیشگیری از بروز موارد عدم انطباق، یا بهبود مستمر فعالیت ها)</p>	<p>- اطلاعات مربوط به پایش و ارزیابی فعالیت های آزمایشگاهی (که به روش های مختلف که در بالا اشاره شد جمع آوری شده اند) بطور دوره ای تجزیه و تحلیل می شوند. بر اساس نتایج بدست آمده از این بازنگری، اقدامات اصلاحی یا پیشگیرانه تعیین و اجرا می گردد.</p>	<p>اطلاعات جمع آوری شده از پایش فعالیت های مختلف، توسط مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه بطور دوره ای بازنگری شده و متعاقبا اقدامات لازم انجام می شود.</p>	۱۵-۴	۳۱
--------------------------------	--	--	---	--	---	---	------	----

الزامات فنی

کارکنان آزمایشگاه ۵-۱

			۲	<p>- بررسی نمودار سازمانی و اطمینان از این که کارکنان در سطوح کاری مختلف، شامل مسئولین، کارکنان خدماتی و پشتیبانی، کارکنان پذیرش و نمونه</p>	<p>- نمودار سازمانی کارکنان، سلسله مراتب سازمانی سمت ها و ارتباط کارکنان در سطوح کاری مختلف را</p>	<p>نمودار سازمانی کارکنان که سلسله مراتب پست های مختلف و ارتباط آنها را با یکدیگر مشخص می کند، مکتوب شده است.</p>	۲-۱-۱-۵ ۵-۲-۱-۴	۳۲
--	--	--	---	--	--	---	--------------------	----

			گیری و غیره، در آن دیده شده اند. (در صورتیکه آزمایشگاه زیر مجموعه یک سازمان بزرگتر باشد، جایگاه آزمایشگاه در آن سازمان در نمودار سازمانی مشخص شده است)	با یکدیگر نشان می دهد. - کارکنان در مورد سلسله مراتب سازمانی آگاهی کامل دارند.		
در سال ۱۳۹۸ امتیاز داده نمی شود		-	- مصاحبه با مسئول فنی، گروه مدیریتی و تعدادی از کارکنان در مورد بار کاری کارکنان آزمایشگاه - مصاحبه و مشاهده حجم کار در یک یا چند بخش و واحد آزمایشگاه و ارزیابی کافی بودن تعداد کارکنان به ازای بار کاری (بطور نسبی)	تعداد مسئول فنی و کارکنان آزمایشگاه متناسب با تنوع بخش ها و آزمایش ها، تعداد نمونه ها یا مراجعین و حجم کار آزمایشگاه می باشد.	تعداد کارکنان با دامنه و حجم کار در آزمایشگاه متناسب است.	۳۳ ۳-۱-۵
		۲	- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد تعیین معیارهای صلاحیت و ملاک بکارگیری کارکنان برای سمت های مختلف (از جمله مدرک تحصیلی مرتبط، سابقه کار، دانش و مهارت مورد نیاز و غیره) و روش های ارزیابی دانش و مهارت کارکنان در بدو خدمت (مثل آزمون شفاهی یا کتبی یا مشاهده کار)	- معیارهای صلاحیت برای هر سمت، با توجه به شرح شغل آن سمت، مشخص شده است. - ارزیابی صلاحیت کارکنان در بدو خدمت، با توجه به معیارهای تعیین شده، به روشهای مقتضی انجام می شود.	معیارهای اولیه صلاحیت برای عهده دار شدن هر سمت یا مسئولیت مشخص است. کارکنان بر اساس این معیارها برای هر سمت بکار گرفته می شوند.	۳۴ ۲-۱-۵ ۱-۶-۵

			<p>بررسی سوابق ارزیابی صلاحیت بدو خدمت چند نفر از کارکنان</p>				
۳۵	۳-۱-۵	شرح شغل کارکنان شامل مسئولیت ها، اختیارات و وظایف برای همه سمت ها تعیین شده است.	<p>شرح شغل شامل مسئولیت ها، اختیارات و وظایف همه کارکنان در رده های شغلی مختلف مستند است.</p> <p>شرح شغل هر یک از کارکنان به آنها ابلاغ شده و به امضا و تایید ایشان رسیده است.</p> <p>برای وظایف و مسئولیت ها، جانشین با صلاحیت تعیین شده، در شرح شغل فرد جانشین درج گردیده و به تایید وی رسیده است.</p>	<p>۴ - مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد تعیین و ابلاغ شرح شغل به هر یک از کارکنان و اخذ تاییدیه یا امضاء از ایشان</p> <p>- بررسی شرح شغل مکتوب و ابلاغ شده به چند نفر از کارکنان به صورت تصادفی</p> <p>- مصاحبه با همان کارکنان و ارزیابی آگاهی آنان از مسئولیت ها و وظایف شان</p> <p>- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد معیار انتخاب و اطمینان از صلاحیت افراد جانشین</p> <p>- مصاحبه و بررسی شرح شغل چند نفر از کارکنان جانشین</p>			
۳۶	۱-۵-۱-۵ ۸-۱-۵	کارکنان در رده های شغلی مختلف آموزش های لازم مرتبط با شرح شغلشان را می بینند.	<p>مسئولیت های فنی فقط به افراد با تحصیلات مرتبط محول می شود و در بدو خدمت و بطور دوره ای در ضمن خدمت، آموزش های مورد نیاز در حیطه های کاری مرتبط به هریک از کارکنان (شامل کارکنان فنی، کارکنان پذیرش و نمونه گیری، کارکنان خدماتی و غیره) داده می شود و اثربخش بودن آموزش ها در ارتقاء مهارت کارکنان</p>	<p>۴ - مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی در مورد نیازسنجی آموزشی و تعیین آموزشهای لازم برای کارکنان مختلف و چگونگی برنامه ریزی و اجرای آموزش ها</p> <p>- بررسی برنامه های آموزشی و سوابق آموزشی چند نفر از کارکنان بطور تصادفی</p> <p>- مصاحبه با چند نفر از کارکنان در رده های شغلی مختلف در مورد آموزشهایی که دیده اند</p>			

			(مثلا برای کارکنان فنی، آموزش در حیطه اصول سیستم مدیریت کیفیت، روشهای صحیح انجام کار و تضمین کیفیت متناسب با شرح شغل، اصول ایمنی و امنیت زیستی، مبانی اخلاق حرفه ای و حفظ محرمانگی اطلاعات لازمست)	مورد ارزیابی قرار می گیرد.			
		۴	<p>- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد روش های ارزیابی صلاحیت ضمن خدمت کارکنان در رده های کاری مختلف</p> <p>- مصاحبه با چند نفر از کارکنان بطور تصادفی در مورد نحوه ارزیابی صلاحیت دوره ای آنها توسط مدیریت آزمایشگاه</p> <p>- بررسی سوابق ارزیابی صلاحیت ضمن خدمت همان کارکنان</p>	<p>ارزیابی صلاحیت دوره ای کارکنان در حین خدمت با توجه به شرح شغل ایشان، به روش های مشخص (مطابق با بند ۲-۶-۱-۵ استاندارد) انجام می گردد.</p>	<p>صلاحیت کارکنان در ضمن خدمت، بطور دوره ای ارزیابی می شود.</p>	۲-۶-۱-۵	۳۷
		۲	<p>- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد نحوه ارزشیابی کارکنان در رده های شغلی مختلف و معیارهایی که برای ارزشیابی مد نظر قرار می گیرد.</p> <p>- مصاحبه با چند نفر از کارکنان و ارزیابی آگاهی آنها از معیارهای ارزشیابی</p> <p>- بررسی سوابق ارزشیابی دوره ای چند نفر از کارکنان بطور تصادفی</p>	<p>ارزشیابی حرفه ای کارکنان در زمینه کارایی، مسئولیت پذیری، وقت شناسی، سازگاری با محیط، ارتباط مناسب با همکاران، رعایت اخلاق حرفه ای، پایبندی به ضوابط آزمایشگاه و غیره بطور دوره ای انجام می شود.</p>	<p>عملکرد حرفه ای کارکنان مورد ارزشیابی قرار می گیرد.</p>	۷-۱-۵	۳۸
		۲	<p>- بررسی پرونده پرسنلی چند نفر از کارکنان بطور</p>	<p>- در پرونده پرسنلی کارکنان حداقل سوابق لازم (مطابق با بند ۱-۵-۱)</p>	<p>سوابق مربوط به هر یک از کارکنان در پرونده پرسنلی آنان و بطور</p>	۹-۱-۵	۳۹

			تصادفی و بررسی سوابق مربوطه - مشاهده محل و نحوه نگهداری از پرونده ها و حصول اطمینان از حفظ محرمانگی	۹ استاندارد) نگهداری می شود. - محدودیت دسترسی به پرونده های پرسنلی وجود دارد.	محرمانه نگهداری می شود.		
شرایط محیطی و فضای کار ۲-۵							
		۲	مشاهده فضای آزمایشگاه و اطمینان از کافی بودن فضا در بخش ها و واحدهای مختلف با توجه به تعداد مراجعین، تعداد و تنوع آزمایش ها، تعداد کارکنان، تعداد و انواع تجهیزات، میزان استفاده از سیستم های اتوماسیون و غیره	مساحت و تقسیم بندی فضای آزمایشگاه متناسب با تنوع تجهیزات و فعالیت ها در بخش های مختلف بوده و فضای کافی برای انجام کار وجود دارد.	فضای کافی به واحد ها و بخش های مختلف آزمایشگاه تخصیص داده شده است.	۴۰	۱-۲-۵
		۳	- مشاهده و ارزیابی کفایت منابع انرژی مثل گاز، الکتریسیته و غیره، وجود UPS در صورت وجود نوسانات برق شهری، وجود جریان برق اضطراری برای یخچال ها، فریزرها و انکوباتورهایی که محل نگهداری نمونه بیماران هستند و نیز تجهیزاتی که نمونه بیمار با آنها آزمایش می شود. (تا در صورت قطع برق و ماندن نمونه در آنها، احتمال آسیب و از بین رفتن نمونه به حداقل برسد) - مشاهده و ارزیابی روشنایی آزمایشگاه و ارزیابی وجود نور کافی و یکنواخت برای انجام فعالیت های مختلف کارکنان (از جمله رؤیت آسان واکنش ها و رنگ ها)، وجود	آزمایشگاه دارای منابع انرژی، روشنایی و تهویه مناسب می باشد.	تأسیسات و تسهیلات موجود در آزمایشگاه امکان انجام صحیح آزمایش ها را فراهم می نماید.	۴۱	۲-۲-۵ و ۶-۲-۵ "نکاتی در مورد طراحی فضا و تأسیسات آزمایشگاه"

			منبع روشنایی در محل پذیرش و تردد بیماران درمواقع قطع برق - ارزیابی وضعیت تهویه و اطمینان از عدم تجمع بو، بخارات مضر و سمی و غیره			
		۲	- سوال در مورد آب مورد استفاده برای شستشو، تهیه معرف ها و سایر موارد - بررسی سوابق ارزیابی کیفیت آب برای مصارف مختلف شامل هدایت سنجی، ارزیابی pH و شمارش کلنی	آب با کیفیت مناسب، برای مصارف مختلف در آزمایشگاه موجود است.		
		۱	ارزیابی وجود سیم اتصال به زمین برای تجهیزات در موارد لازم	تجهیزات خصوصا آنهایی که دارای رطوبت هستند و یا به نوسانات جزیی برق شهری حساسند، دارای سیم اتصال به زمین می (Earth wire) باشند.		
		۲	مشاهده و ارزیابی جنس پوشش دیوارها و کف آزمایشگاه و حصول اطمینان از این که قابلیت شستشو و ضد عفونی کردن دارند.	پوشش دیوارها و کف مناسب و قابل شستشو و ضد عفونی شدن است.	شرایط محیطی آزمایشگاه برای انجام کار و حفظ ایمنی کارکنان قابل قبول می باشد.	۴۲ "نکاتی در مورد طراحی فضا و تأسیسات آزمایشگاه"
		۲	مشاهده و بررسی کابینت ها و سکوبندی آزمایشگاه از نظر مقاومت در برابر مواد شیمیایی (اسید و باز)، رنگ ها، حرارت، ضربه، پوسیدگی و زنگ زدگی، مواد شوینده و ضد عفونی کننده و غیره، متناسب با نوع کار و فعالیت های هر بخش	جنس و مقاومت کابینت ها و سکوبندی آزمایشگاه مناسب بوده و متناسب با فعالیتهای آزمایشگاه می باشد.		

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			۲	<p>- بررسی نحوه کنترل دما و رطوبت در آزمایشگاه و اطمینان از حفظ دما و رطوبت در دامنه مناسب (در مکان هایی که مشکل گرما، سرما یا ازدیاد رطوبت هوا وجود دارد)</p> <p>- ارزیابی سوابق مربوطه</p>	<p>شرایط محیطی آزمایشگاه مانند دما و رطوبت پایش، ثبت و کنترل می گردد. (وقتی که شرایط محیطی بر کیفیت نمونه ها و اقلام آزمایشگاهی، کارکرد تجهیزات و یا راحتی و سلامت کارکنان تأثیرگذار باشد)</p>		
			۲	<p>- مشاهده محیط آزمایشگاه، کف، سطوح کاری و فضای انبارش (داخل یخچال ها، کابینت ها و سایر مکان های انبارش) و ارزیابی نظافت و نظم و ترتیب آنها</p> <p>- سوال از کارکنان ذیربط در مورد برنامه نظافت، گندزدایی، و زمانبندی و نحوه آن</p>	<p>برنامه ریزی مشخصی برای نظافت آزمایشگاه و گندزدایی کف و سطوح وجود دارد. نظافت و گندزدایی مطابق برنامه انجام و سوابق مربوطه نگهداری می شود.</p>		
			۲	<p>مشاهده و بررسی وجود سینک های مخصوص شستشوی دست برای کارکنان در مکان هایی که تماس مستقیم با نمونه بیمار وجود دارد (مثل فضای فنی، فضای نمونه گیری و غیره) ترجیحا نزدیک در خروجی</p>	<p>سینک دستشویی، مخصوص شستشوی دست کارکنان، در بخش فنی و هر محلی که در تماس مستقیم با نمونه بیمار است موجود بوده و از آن برای کارهای آزمایشگاهی استفاده نمی شود.</p>		
			۴	<p>مشاهده بخش میکروب شناسی و فضای نگهداری و کار با عوامل میکروبی و ارزیابی محدودیت دسترسی و تردد در این فضا</p>	<p>بخش میکروب شناسی مجزا و دور از محل رفت و آمد کارکنان غیرمرتبط و بخش های غیرفنی است.</p>		
			۲	<p>مشاهده فضای صرف چای و غذا، رختکن و محل استراحت کارکنان و</p>	<p>فضای جدا از فضای فنی برای غذا خوردن و</p>		

			اطمینان از جدا بودن این قسمت ها از فضای فنی	استراحت کارکنان وجود دارد.			
		۲	مشاهده فضای مربوط به پذیرش و انتظار مراجعین و ارزیابی حفظ حریم خصوصی و تسهیلات موجود برای مراجعین	- فضای انتظار و پذیرش مراجعین متناسب با تعداد مراجعین و پذیرش آزمایشگاه می باشد. - حریم خصوصی مراجعین هنگام پذیرش (متناسب با نوع سؤالاتی که از آنها پرسیده می شود) حفظ می گردد.	فضای جداگانه و امکانات مناسب برای پذیرش و نمونه گیری در آزمایشگاه فراهم شده است.	۵-۲-۵	۴۳
		۲	- مشاهده فضای نمونه گیری، بررسی حفظ حریم خصوصی خانمها و آقایان - مشاهده سرویس های بهداشتی و اطمینان از حفظ حریم خصوصی خانمها و آقایان و وجود تسهیلات لازم برای افراد ناتوان - در صورت امکان جدا بودن فضای نمونه گیری و سرویس های بهداشتی خانمها و آقایان و تناسب تعداد سرویس های بهداشتی با تعداد مراجعین آزمایشگاه	فضای مستقل برای جمع آوری نمونه در نظر گرفته شده است و حریم خصوصی مراجعه کنندگان و بیماران در فضای نمونه گیری رعایت می شود.			
		۴	مشاهده فضای تردد بیماران و مراجعه کنندگان و حصول اطمینان از عدم امکان ورود ایشان به فضای فنی آزمایشگاه	تردد بیماران و مراجعین محدود به فضای پذیرش و نمونه گیری بوده و امکان ورود به فضای فنی را ندارند.	سطح دسترسی مراجعین و کارکنان به فضاهای مختلف فنی و پشتیبانی آزمایشگاه مشخص است.	۵-۲-۲ و ۴-۶-۴	۴۴
		۲	- مشاهده فضای مربوط به محل نگهداری نمونه ها، سوابق پزشکی و گزارش نتایج بیماران، سوابق پرسنلی، اقلام مصرفی، و غیره	- سطح دسترسی کارکنان به فضای اختصاص داده شده برای نگهداری نمونه ها، سوابق پزشکی و گزارش نتایج بیماران و	طراحی فضا و تأسیسات آزمایشگاه"		

			<p>سوابق پرسنلی مشخص است.</p> <p>- دسترسی به محل انبارش مواد مصرفی محدود به کارکنان مجاز است.</p>				
			<p>- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی در مورد تعیین دسترسی کارکنان به این فضاها، محدود کردن دسترسی افراد غیر مجاز و نحوه نظارت بر رعایت آن</p>				
		۲	<p>مشاهده فضا و شرایط محیطی انبارش(شامل فضای مستقل انبار و یا فضاهای داخل کابینت ها، قفسه ها، یخچال ها و غیره)، نحوه چیدمان و دسترسی به اقلام مصرفی و تناسب فضای انبارش با حجم و نوع اقلامی که در آزمایشگاه نگهداری می شود. چیدمان اقلام مرتب و سازمان یافته بوده، شرایط محیطی آن تحت کنترل است.</p>	<p>فضای انبارش متناسب با حجم و نوع اقلام بوده و اقلام مصرفی در شرایط مناسب نگهداری می شوند.</p>	۴-۶-۴ ۳-۲-۵	۴۵	
		۲	<p>- مصاحبه و ارزیابی آگاهی کارکنان ذیربط از شرایط نگهداری اقلام مصرفی مختلف</p> <p>- مشاهده شرایط نگهداری چند مورد از اقلام مصرفی بطور تصادفی و ارزیابی مطابقت این شرایط با توصیه سازنده</p>	<p>شرایط نگهداری هر یک از اقلام مصرفی (از نظر دما ، رطوبت ، نور ، تهویه و غیره) مطابق دستورالعمل سازنده است.</p>			
		۲	<p>مشاهده برچسب روی چند مورد از معرف ها و محلول ها بطور تصادفی، و ارزیابی درج اطلاعات لازم روی برچسب (مثل نوع و مشخصات معرف، تاریخ ساخت، نام فرد سازنده، شرایط نگهداری، تاریخ انقضاء و خطرات مواجهه با آن (در موارد مقتضی)</p>	<p>بر روی ظروف نگهداری اقلام مصرفی مثل معرف ها، رنگ ها و محلول ها برچسب الصاق شده و روی برچسب، اطلاعات لازم درج گردیده است.</p>			
		۱	<p>- مشاهده محل نصب کپسول اطفاء حریق (یک کپسول ۴ کیلوگرمی به</p>	<p>کپسول اطفاء حریق و ترجیحاً سیستم هشدار حریق، متناسب با</p>	<p>کپسول اطفاء حریق، چشم شوی و دوش اضطراری موجود است.</p>	۲-۲-۵ و ۴-۲-۵	۴۶

			ازای هر ۵۰ متر مربع فضای (آزمایشگاه) و سهولت دسترسی کارکنان به آن - بررسی تاریخ اعتبار کپسول های آتش نشانی	وسعت آزمایشگاه موجود و در مکانهای مناسب نصب شده است و کارکرد آنها کنترل و تأیید می گردد.	"نکاتی در مورد طراحی فضا و تأسیسات آزمایشگاه"
		۱	مشاهده محل نصب چشم شوی و دوش اضطراری در آزمایشگاه و بررسی سهولت دسترسی تمامی کارکنان به آن در موارد اضطراری	چشم شوی و دوش اضطراری به تناسب وسعت آزمایشگاه موجود و در مکان مناسب نصب شده است.	
		۱	سوال از چند نفر از کارکنان درمورد آموزشهای استفاده از کپسول اطفاء حریق، چشم شوی و دوش اضطراری و ارزیابی آگاهی آنها از نحوه صحیح استفاده از این وسایل	کارکنان در مورد نحوه صحیح استفاده از این امکانات و تجهیزات، آموزش دیده و مهارت لازم را دارند.	

تجهیزات، معرف ها و مواد مصرفی ۵-۳

			۲ - مشاهده تجهیزات موجود در آزمایشگاه و ارزیابی انطباق آنها با فهرست آزمایش هایی که انجام می شود. - مشاهده محل نصب تجهیزات مختلف و ارزیابی وجود شرایط محیطی مناسب مطابق با توصیه سازنده (مثل محدوده مناسب دما، تهویه، رطوبت، نور و غیره) - مشاهده محل نصب و قرارگیری تجهیزات مختلف از نظر وجود تأسیسات لازم برای عملکرد هر تجهیز - مشاهده تجهیزاتی که در کنار هم قرار گرفته اند و ارزیابی ایجاد حرارت، ارتعاش، نوسان و سایر	- تجهیزات موجود با دامنه کاری آزمایشگاه انطباق دارد. - فضای مناسب به هر دستگاه اختصاص داده شده است. (با توجه به ابعاد و شرایط محیطی مناسب برای عملکرد دستگاه بر اساس توصیه سازنده) - تأسیسات مورد نیاز هر تجهیز مانند برق با ولتاژ مناسب، منبع گاز، آب، شبکه فاضلاب و سیستم مناسب دفع پسماند و غیره (متناسب با توصیه سازنده) مهیا می باشد. - تداخلاتی که ممکنست دستگاه های	تجهیزات لازم با توجه به دامنه کار در آزمایشگاه موجود است و تمامی تجهیزات در شرایط و محل مناسب نصب و مستقر شده اند.	۴۷	۱-۳-۵
--	--	--	---	--	--	----	-------

			عواملی که ممکنست تداخل در عملکرد تجهیزات مجاور ایجاد کند.	مجاور در عملکرد یکدیگر ایجاد کنند در نظر گرفته شده است.			
		۱	– مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی در مورد تعیین و آموزش کاربران تجهیزات – مصاحبه با چند نفر از کاربران تجهیزات مختلف در مورد آموزشهایی که دیده اند، و ارزیابی در دسترس بودن دستورالعمل فنی تجهیز برای کاربران مجاز	فرد/ افراد مجاز برای کار با هر دستگاه مشخص بوده و برای کاربری به آنها آموزش داده شده است.	تجهیزات توسط افراد آموزش دیده و مجاز به کار گرفته می شوند.		۴۸
		۳	بررسی شناسنامه تجهیزات و محتوای آن شامل نوع و مشخصات دستگاه، سازنده، مدل، شماره سریال، تاریخ خرید، وضعیت دستگاه هنگام خرید (نو یا مستعمل)، تاریخ شروع استفاده در آزمایشگاه، شرکت پشتیبان و اطلاعات تماس با آن	تمام تجهیزات برگه شناسنامه دارند و مشخصات تجهیز در شناسنامه تجهیز مکتوب شده است.	مشخصات و اطلاعات در مورد کاربری تجهیزات مختلف مستند شده است.	۳-۱-۳-۵	۴۹
		۵	– بررسی وجود دستورالعمل فنی برای تجهیزات مختلف آزمایشگاه – ارزیابی محتوای دستورالعمل فنی چند تجهیز و اطلاعات کاربری مندرج در آنها	تمامی تجهیزات دارای دستورالعمل فنی/کاربری هستند و اطلاعات لازم جهت کاربری تجهیز مکتوب شده است.			
		۲	بررسی دفترچه یا Log book تجهیزات و ارزیابی اطلاعات مندرج در آن توضیح: Log book برای تجهیزاتی که کاربران مختلف دارند و یا مدت	در موارد مقتضی اطلاعات مربوط به هر بار استفاده از دستگاه (مثل نام کاربر، تاریخ و ساعت استفاده، و وضعیت دستگاه در			

			زمان استفاده از آنها باید تحت کنترل باشد (مثل لامپ UV هودهای بیولوژیک) لازمست.	شروع و خاتمه کار) ثبت می گردد.		
۵۰	۴-۱-۳-۵	کالیبراسیون تجهیزات آزمایشگاه بطور دوره ای انجام می شود.	روش کالیبراسیون تجهیزات مختلف (بر اساس روشهای تعیین شده و توصیه سازنده) در فواصل معین انجام می گردد.	روش کالیبراسیون تجهیزات مختلف (بر اساس روشهای تعیین شده و توصیه سازنده) در فواصل معین انجام می گردد.	۵	<p>- مصاحبه با چند نفر از کارکنان فنی درباره روش کالیبراسیون (توسط آزمایشگاه یا شرکت پشتیبان) و فواصل کالیبراسیون تجهیزاتی که با آن کار می کنند</p> <p>- بررسی سوابق انجام کالیبراسیون چند تجهیز بطور تصادفی</p>
۵۱	۵-۱-۳-۵	نگهداری پیشگیرانه تجهیزات آزمایشگاهی، طبق برنامه مدون (بر اساس دستورالعمل سازنده) انجام می شود.	نگهداری پیشگیرانه تجهیزات شامل تنظیمات، سرویس، تعویض قطعات و سایر اقدامات لازم برای حفظ کارکرد مناسب تجهیزات، بطور دوره ای (روزانه، هفتگی، ماهانه، سالانه و غیره) مطابق با توصیه سازنده انجام می شود.	نگهداری پیشگیرانه تجهیزات شامل تنظیمات، سرویس، تعویض قطعات و سایر اقدامات لازم برای حفظ کارکرد مناسب تجهیزات، بطور دوره ای (روزانه، هفتگی، ماهانه، سالانه و غیره) مطابق با توصیه سازنده انجام می شود.	۵	<p>- مصاحبه با چند نفر از کارکنان و بررسی آگاهی آنان از برنامه نگهداری و سرویس تجهیزاتی که با آن سر و کار دارند.</p> <p>- بررسی سوابق سرویس و سایر اقدامات نگهدارنده چند مورد از تجهیزات و فواصل انجام آن</p>
۵۲		اقداماتی که متعاقب خراب شدن هر تجهیز لازمست انجام شود، مشخص بوده و کارکنان ذیربط از این اقدامات آگاهی دارند.	- در صورت نقص یک تجهیز، کار با آن متوقف شده و برچسب گذاری/ علامت گذاری می شود. - اثرات سوء نقص تجهیز روی نتایج آزمایش های قبلی بررسی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی انجام میشود.	اقداماتی که متعاقب خراب شدن هر تجهیز لازمست انجام شود، مشخص بوده و کارکنان ذیربط از این اقدامات آگاهی دارند.	۲	<p>- مصاحبه با چند نفر از کاربران تجهیزات و ارزیابی آگاهی آنان از اقداماتی که در صورت خرابی آن تجهیز لازمست انجام دهند (مثل علامتگذاری تجهیز برای اینکه اشتباهها مورد استفاده قرار نگیرد، اطلاع به مسئولین ذیربط در آزمایشگاه، تماس با شرکت پشتیبان، بررسی نتایج آزمایش های قبلی که با آن تجهیز انجام شده و غیره)</p>

				- بررسی سوابق مربوط به خرابی چند مورد از تجهیزات و اقداماتی که متعاقب آن انجام شده است.				
		۳	- مصاحبه با چند نفر از کاربران تجهیزات و بررسی آگاهی آنان از نحوه ارزیابی و تصدیق عملکرد تجهیزات پس از جابجایی، سرویس یا تعمیر - بررسی سوابق مرتبط با ارزیابی و تصدیق تجهیزات پس از جابجایی، سرویس یا تعمیر	پس از جابجایی، سرویس، تعمیر یا در مواردی که تجهیز از کنترل مستقیم آزمایشگاه خارج می شود، و قبل از بازگشت مجدد تجهیز به کار، عملکرد تجهیز مورد بررسی قرار گرفته و تصدیق می شود.	پس از جابجایی دستگاه در آزمایشگاه، سرویس یا تعمیر دستگاه یا چنانچه دستگاه از کنترل مستقیم آزمایشگاه خارج شود، عملکرد آن قبل از بازگشت مجدد به کار، ارزیابی و تصدیق می گردد.	۲-۱-۳-۵ ۵-۱-۳-۵	۵۳	
		۲	- مصاحبه با مسئول فنی، گروه مدیریتی و کارکنان در مورد ثبت و گزارش اشکالاتی که در عملکرد دستگاهها، کیت ها و اقلام مصرفی شناسایی کرده اند. - بررسی سوابق ثبت و گزارش موارد مربوطه	عملکرد دستگاهها و کیفیت کیت ها، معرف ها و سایر مواد مصرفی به طور مستمر بررسی می شود. اشکالاتی که کشف شده، ثبت و به صورت مکتوب به سازنده گزارش می گردد. چنانچه شرکت سازنده مشکل را حل نکند، موضوع به معاونت درمان دانشگاه گزارش می شود.	مشکلات مرتبط با دستگاه ها، کیت ها و فرآورده های تشخیصی آزمایشگاهی ثبت و گزارش میشود.	۶-۱-۳-۵ ۶-۲-۳-۵	۵۴	
		۲	بررسی مدت زمان نگهداری سوابق مختلف تجهیزات	سوابق مربوط به کارکرد تجهیزات آزمایشگاهی تا مدت زمان مشخص در آزمایشگاه نگهداری می شود.	مدت زمان نگهداری سوابق مربوط به تجهیزات، مشخص است.	۷-۱-۳-۵	۵۵	
فرآیند قبل از آزمایش ۴ - ۵								
		۲	- مصاحبه با مسئول فنی، گروه مدیریتی و کارکنان ذیربط در خصوص نحوه ارائه اطلاعات لازم به بیمار، پزشکان، کادر	ساعات کار، دامنه خدمات، فهرست آزمایشها و زمان آماده شدن نتیجه هر آزمایش (TAT)، بویژه برای	اطلاعات مورد نیاز بیمار، پزشکان، و سایر گیرندگان خدمات در دسترس ایشان قرار می گیرد.	۲-۴-۵ ۲-۵-۴-۵	۵۶	

			درمانی و سایر گیرندگان خدمات آزمایشگاه - بررسی شواهد انجام این کار	آزمایشهای اورژانس، به گیرندگان خدمات اطلاع رسانی می شود.
		۲	<p>- مصاحبه با مسئولین پذیرش و نمونه گیری در خصوص نحوه اطلاع رسانی آمادگی های لازم قبل از جمع آوری نمونه به بیماران و مراقبین آنها (مثلا ضرورت ناشتا بودن، پرهیز دارویی یا غذایی خاص، محدود کردن فعالیت فیزیکی و غیره)</p> <p>- بررسی برگه های راهنمای آمادگی بیمار قبل از نمونه گیری برای آزمایش های مختلف که در اختیار بیماران یا مراقبین سلامت قرار می گیرد.</p>	اطلاعات در مورد آمادگی بیمار قبل از جمع آوری نمونه، در اختیار بیماران، پزشکان، و سایر مراقبین سلامت قرار می گیرد.
		۲	<p>- مصاحبه با مسئولین پذیرش و نمونه گیری در خصوص نحوه اطلاع رسانی به ذینفعان در مورد نوع و حجم نمونه مورد نیاز، ضدانعقادها یا نگهدارنده ها و همچنین نحوه جابجایی و شرایط انتقال نمونه های مختلف و ملاحظاتی که جهت حفظ کیفیت نمونه و ایمنی فرد انتقال دهنده باید مد نظر قرار گیرد.</p> <p>- بررسی شواهد اجرای آن</p>	در صورت لزوم نوع و حجم نمونه مورد نیاز، ضدانعقادها یا نگهدارنده های لازم و شرایط مرتبط با انتقال نمونه های مختلف در اختیار بیماران، پزشکان، مراقبین سلامت، آزمایشگاههای ارجاع دهنده نمونه و سایر گیرندگان خدمات آزمایشگاه قرار می گیرد.
		۲	<p>- مصاحبه با مسئولین پذیرش و نمونه گیری در مورد اطلاع رسانی نحوه جمع آوری نمونه هایی که توسط خود بیمار جمع آوری می شود.</p>	راهنمای جمع آوری نمونه هایی که توسط بیمار جمع آوری می شوند (مثل نمونه های ادرار، مدفوع، خلط و غیره) در اختیار

			بیماران، پزشکان و سایر مراقبین سلامت قرار می گیرد.	- بررسی برگه های راهنمای جمع آوری نمونه توسط خود بیمار، که جزئیات روش جمع آوری، برچسب گذاری، و ملاحظات ایمنی به زبان ساده و قابل فهم برای عموم نوشته شده و در اختیار بیماران و مراقبین سلامت قرار میگیرد.		
		۲	در مورد معیارهای رد نمونه به افراد مسئول نمونه گیری در بخش های بیمارستان و آزمایشگاههای ارجاع دهنده اطلاع رسانی شده است. (بند ۴-۵-۴-۴ استاندارد)	- مصاحبه با کارکنان مسئول در مورد نحوه اطلاع رسانی معیارهای رد نمونه به افراد ذیربط که در خارج آزمایشگاه نمونه گیری می کنند، مثلا کارکنان بخش های بیمارستان یا آزمایشگاههای ارجاع دهنده و ارزیابی شواهد انجام آن		
		۱	در برگه یا فرم درخواست آزمایش (کاغذی یا الکترونیک) اطلاعات لازم برای درخواست آن آزمایش ثبت شده است. (مطابق با بند ۱-۳-۴-۵ استاندارد)	بررسی چند مورد از برگه ها یا فرم های درخواست آزمایش (کاغذی یا الکترونیک) و ارزیابی ثبت اطلاعات مورد نیاز برای درخواست آن آزمایش (شامل اطلاعاتی که برای شناسایی بیمار و نمونه، و انجام و تفسیر نتایج آزمایش لازم است)	در برگه یا فرم درخواست آزمایش اطلاعات لازم، توسط درخواست کننده آزمایش درج می شود.	۵۷ ۳-۴-۵
		۱	فرم آزمایشهای ارجاعی حاوی اطلاعات لازم (از جمله مشخصات بیمار و نمونه، اطلاعات بالینی مرتبط برای انجام و تفسیر نتایج و غیره) می باشد.	بررسی برگه ها یا فرم های درخواست آزمایش های ارجاعی (کاغذی یا الکترونیک) و ارزیابی کامل بودن اطلاعات مربوطه		

۵۸	۱-۴-۴-۵	<p>روش اجرایی پذیرش مراجعین آزمایشگاه و همچنین نمونه هایی که خارج از آزمایشگاه جمع آوری شده اند، مستند بوده و مطابق با آن عمل می شود.</p>	<p>- روش پذیرش مراجعین و نیز نمونه های آزمایشگاهی عادی و اورژانس مشخص و مکتوب است. - کارکنان ذیربط از آن آگاهی دارند و مطابق با آن عمل می کنند.</p>	<p>۲ - بررسی روش اجرایی پذیرش بیمار و نمونه، و مصاحبه با مسئول پذیرش در مورد روند پذیرش بیماران و نمونه های آزمایشگاهی عادی و اورژانس - مشاهده اطلاعاتی که هنگام پذیرش ثبت شده است (مثل مشخصات بیمار/ نمونه کد اختصاصی آن، اطلاعات فرم درخواست آزمایش شامل مشخصات درخواست کننده، نوع نمونه و آزمایش درخواستی، نام یا کد مسئول پذیرش و زمان پذیرش) - بررسی نحوه پذیرش و مشخص کردن آزمایش های اورژانس</p>		
		<p>رویه مشخصی برای درخواست شفاهی آزمایش ها، و نحوه ثبت و تایید درخواستهای شفاهی، تعیین شده است. (بند ۲-۳-۴-۵ استاندارد)</p>	<p>- مصاحبه و ارزیابی آگاهی کارکنان ذیربط از نحوه پذیرش درخواست های شفاهی - بررسی سوابق تایید درخواست های شفاهی از طریق ارسال فرم یا برگه درخواست (کاغذی یا الکترونیک)، در محدوده زمانی معین</p>	<p>۱</p>		
		<p>هویت مراجعین توسط مسئولین پذیرش و نمونه گیری محرز می گردد (احراز هویت معمولاً از طریق کارت شناسایی عکس دار معتبر یا بر اساس</p>	<p>- مصاحبه با مسئول پذیرش و نمونه گیری در مورد نحوه احراز هویت مراجعین آزمایشگاه و مطابقت مشخصات فرد با مشخصات مندرج در درخواست آزمایش</p>	<p>۲</p>		

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			اطلاعات دفترچه بیمه فرد انجام می شود)	- ارزیابی شواهد در مورد نحوه هماهنگی مسئول پذیرش با مسئول نمونه گیری جهت اطمینان از این که نمونه گیری از همان فردی که پذیرش شده، انجام میگردد.
۵۹	۱-۴-۴-۵	از زمان جمع آوری یا پذیرش نمونه تا زمان اتمام کار با نمونه و امحاء آن، نمونه ها در آزمایشگاه قابل ردیابی هستند.	از زمان جمع آوری یا پذیرش نمونه توسط آزمایشگاه تا زمان اتمام کار و امحاء آن، نمونه ها قابل ردیابی به بیمار و محل ارسال نمونه هستند (از طریق کد اختصاصی نمونه، بارکد و غیره)	۲ - مصاحبه با کارکنان ذیربط در مورد نحوه شناسایی و ردیابی نمونه ها در آزمایشگاه - بررسی چند مورد نمونه بیماران، ارزیابی مطابقت اطلاعات روی برچسب نمونه با اطلاعات فرم درخواست و سوابق پذیرش و حصول اطمینان از این که کد اختصاص داده شده به نمونه، روی برچسب نمونه که به بخش های مختلف آزمایشگاه منتقل می شود و همچنین در فرم گزارش دهی درج شده و قابل ردیابی است.
۶۰	۲-۴-۴-۵	معیارهای مشخصی برای قبول یا رد نمونه ها تعیین و مکتوب شده است و هنگام پذیرش مد نظر قرار می گیرد.	- معیارهای قبول یا رد نمونه ها برای آزمایشهای مختلف مشخص و مکتوب است. - کارکنان واحد پذیرش و نمونه گیری از آن آگاهی دارند - قبل از انجام پذیرش، مناسب بودن نمونه برای آزمایش های درخواستی، مورد بررسی قرار می گیرد. - سوابق رد نمونه و دلایل آن ثبت و نگهداری می شود و در	۳ - بررسی فهرست موارد رد نمونه برای نمونه ها و آزمایش های مختلف - سوال از مسئول پذیرش و مسئول نمونه گیری و ارزیابی آگاهی آنها از معیارهای رد نمونه برای آزمایش های مختلف - بررسی سوابق مربوط به رد نمونه و دلیل هر مورد رد نمونه

				صورت تکرار آن، اقدامات اصلاحی انجام می گردد.			
		۲	<p>- مصاحبه با مسئولین پذیرش و نمونه گیری در خصوص چگونگی اطلاع رسانی موارد رد نمونه به بخش های بیمارستان، آزمایشگاههای ارجاع دهنده و یا سایر افراد ذیربط جهت جمع آوری و ارسال نمونه جدید</p> <p>- بررسی شواهد و سوابق انجام این کار</p>	<p>در صورتیکه نمونه شرایط لازم برای پذیرش را نداشته باشد و رد شود، موضوع بلافاصله به ارسال کننده نمونه اطلاع داده می شود.</p>			
در سال ۱۳۹۸ امتیاز داده نمی شود.		-	<p>- مصاحبه با مسئول فنی در خصوص مواردی که رضایت کتبی بیمار جهت نمونه گیری اخذ می شود و ارزیابی آگاهی مسئولین پذیرش و نمونه گیری از این موارد.</p> <p>- بررسی سوابق اخذ رضایت از بیماران در مواردی که آزمایشگاه تعیین کرده است. توضیح: برای روش های خاص یا روش های تهاجمی جمع آوری نمونه، و یا در مواردی که احتمال بروز عوارض به دنبال نمونه گیری وجود دارد، باید به بیمار توضیحات لازم داده شده و در موارد مقتضی رضایت کتبی گرفته شود.</p>	<p>- مواردی که لازمست برای نمونه گیری رضایت کتبی از بیمار گرفته شود، تعیین شده است.</p> <p>- این موارد به اطلاع بیماران می رسد و رضایت آنها اخذ می گردد.</p>	در موارد مقتضی قبل از اقدام به جمع آوری نمونه، رضایت بیمار اخذ می شود.	۱-۵-۴-۵	۶۱
		۲	<p>مصاحبه با مسئولین پذیرش و نمونه گیری و ارزیابی آگاهی آنها از آمادگی های لازم قبل از نمونه گیری با توجه به</p>	<p>مسئول پذیرش و مسئول نمونه گیری قبل از جمع آوری نمونه، آمادگی بیمار برای نمونه گیری را با توجه به نوع</p>	قبل از جمع آوری نمونه، از آماده بودن شرایط بیمار برای نمونه گیری اطمینان حاصل می شود.	۲-۵-۴-۵	۶۲

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			آزمایش درخواستی (مثلا ناشتا بودن، پرهیز دارویی یا غذایی خاص، محدود کردن فعالیت فیزیکی و غیره) و سوال در مورد نحوه ارزیابی آمادگی بیمار	آزمایش درخواستی، مورد ارزیابی قرار می دهند.		
۶۳		۲	بررسی دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی و اطمینان از درج نحوه جمع آوری صحیح نمونه های مختلف و جزئیات کاربردی مثل نوع نمونه برای هر آزمایش، زمان نمونه گیری، روش انجام نمونه گیری و وسایل مورد نیاز، حجم نمونه، مواد نگهدارنده و ضد انعقادها لازم	دستورالعمل نمونه گیری مدون و مکتوب بوده و حاوی اطلاعات کاربردی مورد نیاز برای جمع آوری نمونه های مختلف (مطابق با بند ۴-۵-۲ استاندارد) می باشد.	دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی مدون است و مطابق با آن عمل می شود.	
		۲	<ul style="list-style-type: none"> - ارزیابی دسترسی افراد مسئول نمونه گیری (که ممکن است کارکنان آزمایشگاه و یا کادر بهداشتی درمانی خارج از آزمایشگاه باشند) به دستورالعمل جمع آوری نمونه - مصاحبه و سوال از افراد مسئول نمونه گیری در مورد نحوه جمع آوری نمونه برای چند آزمایش خاص و حصول اطمینان از این که کارکنان می توانند با مراجعه به این دستورالعمل به سؤالات پاسخ دهند. - بررسی چگونگی نظارت مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه بر جمع آوری صحیح نمونه ها 	<ul style="list-style-type: none"> - دستورالعمل جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی، در هر مکان که نمونه گیری انجام می شود (شامل واحد نمونه گیری آزمایشگاه، بخش ها و اورژانس بیمارستان و سایر آزمایشگاهها یا مراکز ارجاع دهنده نمونه) در دسترس کارکنان مسئول نمونه گیری قرار دارد. - کارکنان از محتوای دستورالعمل آگاهی داشته و جمع آوری نمونه ها را مطابق با آن انجام می دهند. 		

			(در آزمایشگاه و بخش های بیمارستان)				
		۲	<p>مشاهده اطلاعاتی که روی برچسب ظروف/لوله های حاوی نمونه ها ثبت می شود (شامل نام و نام خانوادگی بیمار، شناسه منحصر به فرد مثل شماره پذیرش آزمایشگاه یا بیمارستان، تاریخ و زمان جمع آوری نمونه، نام یا کد مربوط به فرد نمونه گیر و در موارد مقتضی نوع نمونه و آزمایش مورد درخواست) توضیح: اطلاعاتی مانند نام یا کد فرد نمونه گیر و تاریخ و زمان جمع آوری نمونه ممکنست روی برچسب و یا در محل دیگری ثبت شود. مهم این است که فردی که نمونه را جمع آوری کرده و تاریخ و زمان جمع آوری نمونه قابل شناسایی باشد.</p>	<p>نحوه برچسب گذاری روی ظرف یا لوله حاوی نمونه و اطلاعاتی که باید روی برچسب ثبت شود مشخص است و رعایت می شود. (مطابق با بند ۵-۴-۵-۲ "ج" استاندارد)</p>			
		۳	<p>مشاهده ظروف بسته بندی و ارزیابی نحوه انتقال نمونه ها بین واحدهای مختلف داخل آزمایشگاه و بین بخش های بیمارستان و آزمایشگاه توضیح: نمونه ها باید در ظروف یا لوله های درپوش دار غیرقابل نشت جمع آوری شوند و سپس در محفظه دوم که عمیق، در دار، پلاستیکی یا فلزی و قابل تمیز کردن و گندزدایی باشد، قرار گیرند.</p>	<p>الزامات مرتبط با جابجایی و انتقال نمونه ها در داخل آزمایشگاه (بین واحدهای مختلف) و بیرون از آزمایشگاه (بین بخشهای بیمارستان و آزمایشگاه) مشخص است و به اجرا در می آید.</p>	<p>بسته بندی و انتقال نمونه ها از محل جمع آوری تا محل انجام آزمایش به نحوی است که کیفیت نمونه و ایمنی افراد حفظ می شود.</p>	۶-۴-۵	۶۴
		۳	<p>بررسی وجود دستورالعمل "روش</p>	<p>نحوه بسته بندی و اطلاعات مندرج روی</p>	<p>بسته بندی و انتقال نمونه های ارجاعی به</p>	۶-۴-۵ ۲-۵-۴	۶۵

			<p>استاندارد انتقال نمونه های عفونی"</p> <p>- مصاحبه با کارکنان ذیربط در مورد نحوه بسته بندی نمونه های مختلف</p> <p>- مشاهده ظروف بسته بندی مخصوص انتقال نمونه ها (بسته بندی سه لایه) و نمونه های بسته بندی شده که برای ارجاع آماده می شوند.</p> <p>- مشاهده اطلاعات روی برچسب ظرف/ لوله نمونه ها، و برچسب بسته بندی آنها</p>	<p>برچسب ظرف/ لوله و بسته نمونه های ارجاعی مطابق با دستورالعمل "روش استاندارد انتقال نمونه های عفونی" و الزامات مرتبط انجام می شود.</p>	<p>آزمایشگاه ارجاع، به روش صحیح و استاندارد انجام می شود.</p>
		۳	<p>- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی در مورد نحوه نظارت بر روند انتقال نمونه ها و نحوه حصول اطمینان از صلاحیت فرد یا افراد مسئول انتقال</p> <p>- مصاحبه با کارکنان ذیربط و ارزیابی آگاهی آنها از روش صحیح انتقال نمونه ها</p> <p>- مشاهده شرایط انتقال نمونه های مختلف بطور تصادفی و ارزیابی رعایت ملاحظات ایمنی و همچنین شرایط لازم مثل زمان، دما و سایر شرایط فیزیکی</p>	<p>- انتقال نمونه های ارجاعی مطابق دستورالعمل "روش استاندارد انتقال نمونه های عفونی" و با رعایت ملاحظات ایمنی انجام می شود.</p> <p>- شرایط لازم برای حفظ کیفیت نمونه ها (شامل زمان، شرایط فیزیکی مثل دما، نور و غیره) رعایت می شود.</p>	
		۱	<p>- مصاحبه با مسئول فنی و افراد ذیربط در مورد روش حصول اطمینان از دریافت نمونه توسط آزمایشگاه ارجاع (مثلا دریافت رسید در هنگام تحویل نمونه ها و غیره) - بررسی سوابق مربوطه</p>	<p>روشی برای ردیابی و حصول اطمینان از این که همه نمونه ها به آزمایشگاه ارجاع رسیده اند وجود دارد.</p>	

۶۶	۷-۴-۵	<p>نگهداری و آماده سازی نمونه ها قبل از انجام آزمایش به روش صحیح و با توجه به پایداری نمونه های مختلف صورت می گیرد.</p>	<p>- فاصله زمانی قابل قبول بین جمع آوری نمونه تا انجام آزمایش مشخص بوده و رعایت می شود. - طی این مدت نمونه ها در مکان مشخص و امن، به دور از دسترسی عموم و در دما و شرایط مناسب فیزیکی (بسته به نوع نمونه و آزمایش) نگهداری می شوند تا پارامترهای مورد اندازه گیری دچار تغییر نگردند.</p>	<p>۴ - مشاهده مکان نگهداری نمونه های جمع آوری شده، محل آماده سازی (مثلاً جدا کردن سرم) و شرایط نگهداری نمونه ها تا زمان انجام آزمایش - بررسی فاصله زمانی بین جمع آوری چند مورد از نمونه هایی که در آزمایشگاه جمع آوری شده اند، تا زمان آماده سازی نمونه و زمان انجام آزمایش و حصول اطمینان از این که زمان ها ثبت می شوند و تحت کنترل می باشند. - ارزیابی چند مورد از نمونه هایی که در بیرون از آزمایشگاه جمع آوری شده اند، بررسی تاریخ و زمان نمونه گیری، همچنین تاریخ و زمان دریافت و پذیرش نمونه توسط آزمایشگاه و زمان انجام آزمایش</p>	
۶۷	۱-۵-۴-۵	<p>سوابق هر گونه مشکل در آمادگی بیمار و یا جمع آوری، انتقال یا نگهداری نمونه قبل از آزمایش، ثبت می شود.</p>	<p>عدم آمادگی بیمار قبل از نمونه گیری و هر گونه اختلال در روند جمع آوری، انتقال یا نگهداری نمونه قبل از آزمایش، که اثر سوء بر کیفیت یا پایداری نمونه داشته باشد، ثبت می شود تا در گزارش نتایج منعکس گردد.</p>	<p>۲ بررسی سوابق ثبت مشکلات مربوط به آمادگی بیمار، جمع آوری نمونه، انتقال یا نگهداری نمونه قبل از آزمایش و سایر مواردی که ممکنست در تفسیر نتایج آزمایش تاثیر داشته باشد.</p>	
فرآیند انجام آزمایش ۵-۵					
۶۸	۱-۱-۵-۵	<p>روش مناسب برای انجام آزمایش های مختلف (بر اساس کاربرد بالینی آن آزمایش) انتخاب میشود.</p>	<p>برای انتخاب روش انجام هرآزمایش، ویژگی های عملکردی مورد نیاز پزشکان و کاربرد مورد نظر آن آزمایش برای</p>	<p>-- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد چگونگی انتخاب روش های انجام آزمایش با</p>	<p>در سال ۱۳۹۸ امتیاز داده نمی شود.</p>

			توجه به ویژگی های عملکردی و کاربرد مورد نظر آن آزمایش برای بیماران و مراجعین آزمایشگاه (مثلا انتخاب روش های آزمایش که حساسیت بیشتر دارند برای بیماریابی و انتخاب روش های آزمایش با اختصاصیت بالا برای تایید تشخیص بیماری ها)، و ارزیابی چند مورد از شواهد آن	بیماران مد نظر قرار می گیرد. (مطابق با بند ۵-۱-۱ استاندارد)			
		۳	<p>- مصاحبه با مسئول فنی، گروه مدیریتی آزمایشگاه و کارکنان مرتبط در مورد نحوه تصدیق روش های آزمایش، و بررسی پروتکل های مورد استفاده برای تصدیق (بند ۵-۱-۲ استاندارد)</p> <p>- بررسی سوابق تصدیق روش های آزمایش</p>	<p>روش های آزمایش با کیت های تجاری که قبلاً توسط تولید کننده صحه گذاری (Validate) شده و ویژگی های عملکردی آن تعیین گردیده است، قبل از استفاده در آزمایشگاه تصدیق می شوند. توضیح: مشروط به اینکه بدون هیچ گونه تغییر یا تعدیلی مورد استفاده قرار گیرند.</p>	روش های انجام آزمایش در آزمایشگاه، تصدیق (Verify) شده اند.	۲-۱-۵-۵	۶۹
		۳	<p>- مصاحبه با مسئول فنی، گروه مدیریتی و کارکنان مرتبط در مورد نحوه صحه گذاری روش های آزمایش، و بررسی پروتکل های مورد استفاده برای صحه گذاری (بند ۵-۱-۳ استاندارد)</p> <p>- بررسی سوابق انجام صحه گذاری چند مورد از روش</p>	<p>در موارد مقتضی روش انجام آزمایش در آزمایشگاه صحه گذاری می شود. (مثلا در صورت طراحی و راه اندازی روش آزمایش توسط خود آزمایشگاه و یا استفاده از روش های تجاری صحه گذاری شده در صورتیکه</p>	روش های انجام آزمایش در موارد مقتضی در آزمایشگاه صحه گذاری (Validate) می شوند.	۳-۱-۵-۵	۷۰

			های انجام آزمایش (که باید صحت گذاری شوند)	آزمایشگاه تغییری در آنها اعمال کرده باشد و غیره)			
در سال ۱۳۹۸ امتیاز داده نمی شود.		-	- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد نحوه اندازه گیری عدم قطعیت روش های مختلف انجام آزمایش و بررسی پروتکل های مربوطه - سوابق اندازه گیری عدم قطعیت چند مورد از روش های آزمایشگاهی	نحوه محاسبه عدم قطعیت اندازه گیری آزمایش ها در آزمایشگاه مشخص و مدون است و عدم قطعیت نتایج آزمایشگاهی مورد بررسی قرار می گیرد.	عدم قطعیت اندازه گیری آزمایش ها محاسبه می شود.	۴-۱-۵-۵	۷۱
		۳	- بررسی چند مورد دستورالعمل انجام آزمایش (آزمایش های بخشهای مختلف) - ارزیابی محتویات دستورالعمل انجام آزمایش از نظر کامل بودن و مفهوم بودن برای کارکنان مرتبط (مطابق با بند ۳-۵-۵ استاندارد) توضیح: بروشور آزمایش که در بسته بندی کیت های تجاری موجود است، روش و چگونگی انجام آزمایش را توضیح می دهد ولی ممکنست اطلاعات مهم مثلاً در مورد نحوه تفسیر نتایج، آزمایش های تأییدی یا تکمیلی بعدی، و یا ملاحظات ایمنی و غیره در آن درج نشده باشد. لذا در صورت استفاده از بروشور کیت ها بجای دستورالعمل انجام آزمایش، باید نکات فوق به بروشور اضافه شود.	برای کلیه آزمایش هایی که در آزمایشگاه انجام می شود، دستورالعمل انجام آزمایش مکتوب شده است که مراحل انجام آزمایش و جزئیات فنی و کاربردی در مورد آن آزمایش را توضیح می دهد.	دستورالعمل انجام آزمایش های مختلف مستند است و مطابق با آن عمل می شود.	۳-۵-۵ "الف"	۷۲

			۳	مصاحبه با چند نفر از کارکنان آزمایشگاه در مورد سهولت دسترسی و آگاهی آنها از دستورالعمل انجام آزمایشهای مرتبط، و ارزیابی شواهد انجام آزمایشها مطابق با دستورالعملهای مربوطه	دستورالعملهای انجام هر آزمایش در اختیار کارکنانی که آن آزمایش را انجام می دهند قرار دارد و آزمایشها مطابق با دستورالعمل مربوطه انجام می شوند.			
			*	بررسی سوابق و شواهد انجام چند مورد از آزمایشهایی که در فهرست خدمات آزمایشگاه قرار دارند و توسط خود آزمایشگاه یا آزمایشگاه ارجاع انجام می شوند	شواهد مربوط به انجام آزمایشها، موجود است.			
			۳	- مصاحبه با مسئول فنی و چند نفر از کارکنان در مورد سوابقی که از انجام آزمایشها ثبت می کنند و مدت زمان نگهداری این سوابق - بررسی سوابق انجام آزمایش برای چند مورد از آزمایشهایی که در بخشهای مختلف انجام می شوند و اطمینان از ثبت اطلاعات لازم	تاریخ و زمان هر نوبت انجام آزمایش، نام فرد انجام دهنده، مشخصات معرفها، کیتها و مواد کنترلی مورد استفاده در آن نوبت کاری (مثل سری ساخت و تاریخ انقضاء) ثبت و سوابق آن نگهداری می شوند.	سوابق مربوط به هر نوبت انجام آزمایش تا مدت زمان مقتضی در آزمایشگاه نگهداری می شوند.	۳-۵-۵ "ب"	۷۳
اطمینان از کیفیت نتایج آزمایش ۵-۶								
			۵	- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد تعیین سیاستها و روشهای انجام کنترل کیفیت در بخشهای مختلف و تفسیر نتایج آنها - بررسی دستورالعملهای کنترل کیفیت آزمایشهای کمی، کیفی و نیمه کمی، در بخشهای مختلف (که در آن نحوه انجام کنترل کیفیت و تفسیر نتایج آن و چگونگی	سیاستها و روشهای انجام برنامه کنترل کیفیت و تفسیر نتایج آنها، برای آزمایشهای کمی، کیفی و نیمه کمی، بر اساس مراجع معتبر علمی و یا دستورالعملهای کشوری، مدون شده است.	روشهای مشخصی برای کنترل کیفیت نتایج آزمایشها، در بخشهای مختلف آزمایشگاه تعیین شده است.	۱-۲-۶-۵ ۲-۲-۶-۵	۷۴

			انجام اقدامات اصلاحی برای رفع خطاها مکتوب شده است)، و ارزیابی مراجع آن				
۷۵			کارکنان ذیربط تسلط به نحوه اجرا و تفسیر نتایج برنامه های کنترل کیفیت داخلی (برای آزمایش های کمی، کیفی و نیمه کمی) و نحوه انجام اقدامات اصلاحی را دارند.	۵	- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی در مورد آموزش برنامه های کنترل کیفیت به کارکنان و چگونگی حصول اطمینان از آگاهی و مهارت آنان در این زمینه - مصاحبه با چند نفر از کارکنان در بخش های مختلف آزمایشگاه و ارزیابی آگاهی و تسلط آنها نسبت به نحوه اجرا و تفسیر نتایج برنامه کنترل کیفیت در حیطه آزمایشهایی که انجام می دهند.		
			کارکنان ذیربط در مورد نحوه اجرا و تفسیر نتایج برنامه کنترل کیفیت (مطابق با دستورالعمل کنترل کیفیت در بخش های مختلف) آموزش دیده اند. - کارکنان آگاهی و مهارت لازم برای انجام و تفسیر نتایج کنترل کیفیت را دارند.	۵	مصاحبه با چند نفر از کارکنان در بخش های مختلف و ارزیابی آگاهی و تسلط آنها نسبت به چگونگی رفع مشکلات و اصلاح خطاهای شناسایی شده طی برنامه های کنترل کیفیت، در حیطه آزمایش هایی که انجام می دهند.		
۷۶			مسئول فنی مستقیماً بر برنامه های کنترل کیفیت در بخشهای مختلف آزمایشگاه نظارت دارد.	۲	مصاحبه با مسئول فنی در مورد چگونگی نظارت ایشان بر اجرای صحیح برنامه های کنترل کیفیت و ارزیابی شواهد و سوابق این نظارت در بخش های مختلف		
۷۷	۳-۲-۶-۵ "الف"		برنامه کنترل کیفیت داخلی برای آزمایش های کمی به روش صحیح به اجرا در می آید.	۵	- مشاهده نمونه های کنترلی و بررسی سوابق مربوط به خرید و موجودی آنها		

			<p>– مصاحبه با چند نفر از کارکنان در بخش های مختلف در مورد چگونگی استفاده از نمونه های کنترلی (تعداد نمونه های کنترلی، دفعات استفاده از آنها و سطوح غلظتی مورد استفاده) در برنامه کنترل کیفیت داخلی بخش مربوطه</p>	<p>های کمی در بخش های مختلف آزمایشگاه موجود است و مورد استفاده قرار می گیرد. (مطابق با مراجع معتبر یا دستورالعملهای کشوری)</p>		
		۳	<p>– مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی در مورد تعیین CV مجاز یا خطای مجاز کلی برای آزمایشهای کمی مختلف با توجه به حیطه کار آزمایشگاه و نیاز بیماران – بررسی فهرست CV مجاز یا خطای مجاز کلی آزمایش های کمی مختلف</p> <p>– مصاحبه با کارکنان فنی و ارزیابی آگاهی آنها از CV مجاز یا خطای مجاز کلی برای آزمایش ها و مقایسه آنها با CV یا خطای کلی هر تست</p>	<p>عدم دقت مجاز (CV) و/یا خطای مجاز کلی (TEa) برای هر آزمایش، با توجه به مراجع علمی و با در نظر گرفتن جمعیت تحت پوشش و اهداف عملکردی آزمایشگاه تعیین شده است.</p>		
		۵	<p>بررسی سوابق اجرای برنامه کنترل کیفیت شامل سوابق آزمایش روی نمونه های کنترل در هر نوبت/ شیفت کاری، سوابق ثبت نتایج آزمایش نمونه کنترل روی نمودار کنترل کیفی مربوطه، سوابق تفسیر نتایج بر اساس قواعد معتبر کنترل کیفیت (که در روش اجرایی کنترل کیفی آزمایشهای کمی مکتوب شده) و شناسایی خطاها</p>	<p>برنامه کنترل کیفیت داخلی آزمایشهای کمی، بر اساس دستورالعمل مربوطه به اجرا در می آید و سوابق مربوطه ثبت و تا مدت زمان مقتضی نگهداری می شود.</p>		

		۵	بررسی سوابق چند مورد خطای شناسایی شده در نوبت های کاری مربوط به انجام آزمایش های مختلف، و اقدامات اصلاحی و یا پیشگیرانه که متعاقب آن به اجرا درآمده است.	اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه مناسب، متعاقب تفسیر نتایج کنترل کیفیت و شناسایی خطاها، انجام می شود و سوابق آن ثبت و تا مدت زمان مقتضی نگهداری میگردد		
		۵	<p>- مصاحبه با مسئول فنی، گروه مدیریتی و کارکنان بخش های فنی مختلف در مورد استفاده از روشهای کنترل کیفیت بر اساس ارزیابی نتایج بیماران (همخوانی نتایج آزمایشها با هم و با آزمایشهای قبلی، چک تست، میانگین متحرک و غیره)</p> <p>- بررسی سوابق مربوط به کنترل کیفیت بر اساس نتایج بیماران</p>	کنترل کیفیت و ارزیابی اعتبار نتایج آزمایشها بر اساس نتایج بیماران به روشهای معتبر و به عنوان مکمل روش های آماری کنترل کیفیت به اجرا در می آیند. (این روش ها جایگزین روشهای آماری نمی باشند)	کنترل کیفیت و ارزیابی اعتبار نتایج آزمایشها از طریق ارزیابی نتایج آزمایش بیماران انجام می شود.	۷۸ ۳-۲-۶-۵ "ب"
		۵	<p>- مشاهده نمونه های کنترلی برای آزمایشهای کیفی و نیمه کمی (کنترلهای مثبت و منفی، کنترلهای میکروبی، کنترل داخلی و غیره) و سوابق خرید و موجودی آنها</p> <p>- مصاحبه با کارکنان بخش های مختلف در مورد چگونگی استفاده از نمونه های کنترلی (انواع نمونه ها، و تعداد و دفعات استفاده از آنها برای کنترل کیفیت داخلی آزمایش های کیفی و نیمه کمی)</p>	مواد و نمونه های کنترلی مورد نیاز جهت کنترل کیفیت آزمایش های کیفی و نیمه کمی در بخش های مختلف آزمایشگاه موجود بوده و مورد استفاده قرار می گیرد. (مطابق با مراجع معتبر یا دستورالعملهای کشوری)	برنامه کنترل کیفیت داخلی برای آزمایش های کیفی و نیمه کمی به روش صحیح به اجرا در می آید.	۷۹ ۴-۲-۶-۵

			۵	بررسی سوابق اجرای اقدامات مربوط به کنترل کیفیت داخلی آزمایش های کیفی و نیمه کمی مختلف شامل سوابق استفاده و ثبت نتایج آزمایش روی مواد و نمونه های کنترلی، سوابق تفسیر نتایج بر اساس قواعد معتبر کنترل کیفیت (که در روش اجرایی کنترل کیفی آزمایشهای کیفی و نیمه کمی مکتوب شده) و شناسایی خطاها	برنامه کنترل کیفیت داخلی آزمایشهای کیفی و نیمه کمی، بر اساس دستورالعمل مربوطه به اجرا در می آید و سوابق ثبت و تا مدت زمان مقتضی نگهداری می شوند.			
			۵	بررسی سوابق چند مورد خطای شناسایی شده در نوبت های کاری مربوط به انجام آزمایش های مختلف کیفی و نیمه کمی، و اقدامات اصلاحی و یا پیشگیرانه که متعاقب آن به اجرا درآمده است.	اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه مناسب، متعاقب تفسیر نتایج کنترل کیفیت و شناسایی خطاها، انجام می شود و سوابق آن ثبت و تا مدت زمان مقتضی نگهداری میگردد.			
			۵	مصاحبه با کارکنان فنی در این خصوص و بررسی سوابق و شواهد انجام این کار	مادامیکه نتایج بدست آمده از آزمایش نمونه های کنترل نامعتبر باشد (قواعد مربوط به کنترل کیفی نقض شده باشد)، نتایج مربوط به بیماران گزارش نمی شود.	نتایج آزمایش بیماران در هر نوبت کاری در صورت نقض قواعد کنترل کیفی، گزارش نمی شوند.	۵-۲-۶-۵	۸۰
			۵	- بررسی سوابق تجزیه و تحلیل دوره ای (مثلا ماهانه، هر ۳ ماه یا شش ماه یکبار)، و جمع بندی در مورد انواع خطاها، دفعات وقوع آنها، و ریشه یابی دلایل خطاهایی که اتفاق افتاده است.	سوابق و اطلاعات بدست آمده از اجرای برنامه های کنترل کیفیت بطور دوره ای توسط مسئول فنی و کارکنان ذیربط بازنگری می گردند.		۱-۶-۵	۸۱

				اصلاحی یا پیشگیرانه انجام شود	- بررسی سوابق اقدامات اصلاحی و یا پیشگیرانه که متعاقب آن انجام شده است.		
۸۲	۱-۳-۶-۵	آزمایشگاه در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت (مطابق با آخرین بخشنامه ابلاغی)، شرکت می کند. نتایج شرکت در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت جهت شناسایی و برطرف کردن خطاهای حین انجام آزمایش مورد استفاده قرار می گیرد.	۵	- دستورالعمل نحوه تفسیر نتایج برنامه ارزیابی خارجی کیفیت و اقدامات لازم متعاقب آن مکتوب بوده و در بخشهای مختلف در دسترس کارکنان است. - نتایج برنامه ارزیابی خارجی کیفیت توسط کارکنان ذیربط و بر اساس دستورالعمل مربوطه بررسی و تفسیر شده و خطاهای انجام آزمایش شناسایی می گردند. - برای اصلاح و پیشگیری از وقوع مجدد خطاهای شناسایی شده، اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه اجرا میشود.	- بررسی سوابق شرکت در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت (مطابق بخشنامه ابلاغی) - بررسی دستورالعمل تفسیر نتایج برنامه ارزیابی خارجی کیفیت، و محتوا و مراجع این دستورالعمل - مصاحبه با مسئول فنی و کارکنان ذیربط و ارزیابی آگاهی آنها از چگونگی تفسیر و استفاده از گزارش نتایج برنامه ارزیابی خارجی کیفیت در شناسایی و برطرف کردن خطاهای احتمالی، و مسئولیت ها و وظایف کارکنان در این مورد - بررسی سوابق تفسیر گزارش نتایج این برنامه در بخش های مختلف و اقدامات اجرایی که در صورت نامنتطبق بودن نتایج انجام شده است.		
۸۳	۲-۳-۶-۵	وقتی برنامه ارزیابی خارجی کیفیت برای یک روش یا یک آزمایش در دسترس نباشد، از روش های جایگزین برای نشان دادن صحت نتایج آن آزمایش استفاده می شود.	۵	در موارد مقتضی از روش های جایگزین برای نشان دادن صحت نتایج آزمایش ها استفاده می شود (مطابق با بند ۵-۶-۳-۲ استاندارد)	- مصاحبه با مسئول فنی و کارکنان ذیربط و ارزیابی آگاهی آنها در مورد روش های جایگزین برای نشان دادن صحت نتایج آزمایشهایی که تحت پوشش برنامه ارزیابی خارجی کیفیت نیستند. - بررسی سوابق انجام روش های جایگزین (مثل		

			آزمایش روی نمونه های با مقادیر تصدیق شده یا مشخص، تبادل نمونه بین آزمایشگاهها، انجام آزمایش در آزمایشگاه به روش های مختلف یا با استفاده از تجهیزات متفاوت و غیره)				
۸۴	۴-۶-۵	نتایج آزمایش هایی که با روش ها و تجهیزات مختلف در آزمایشگاه انجام می شوند، همخوانی دارند.	از مقایسه پذیری و همخوان بودن نتایج آزمایش هایی که با روش ها و تجهیزات متفاوت در آزمایشگاه انجام می شوند، اطمینان حاصل می گردد.	۵	- مصاحبه با مسئول فنی، گروه مدیریتی و کارکنان آزمایشگاه در مورد نحوه ارزیابی و محاسبه همخوانی نتایجی که با روش ها و تجهیزات مختلف انجام می شوند. - بررسی سوابق ارزیابی همخوانی نتایج روش ها و تجهیزات مختلف		

فرایند پس از آزمایش ۵-۷

۸۵	۱-۷-۵ ۱-۸-۵	قبل از صدور گزارش، نتایج آزمایش توسط فرد یا افراد مسئول بازرگری و توسط مسئول فنی ارزیابی و تایید می شود.	- صحیح بودن ثبت نتایج آزمایش در نرم افزار گزارشی یا برگه گزارش، توسط کارکنان مسئول کنترل می شود. - مسئول فنی پس از ارزیابی و اطمینان از اعتبار نتایج آزمایشها (با توجه به نتایج کنترل کیفیت، همخوانی نتایج آزمایشها با هم و با توجه به اطلاعات بالینی و نتایج آزمایشهای قبلی) گزارش را تایید و امضاء می کند.	۵	- مصاحبه با مسئول فنی در مورد مراحل بررسی و کنترل نتایج آزمایش ها قبل از صدور گزارش، و مسئولیت کارکنان در این خصوص - بررسی سوابق و شواهد کنترل نتایج آزمایش ها توسط کارکنان مسئول - بررسی چند مورد از گزارش های تهیه شده، جهت اطمینان از تایید و امضاء گزارش نهایی توسط مسئول فنی		
۸۶	۲-۷-۵	نمونه ها پس از انجام آزمایش، تا مدت زمان معین (با در نظر گرفتن پایداری نمونه و نیاز	- مدت زمان نگهداری نمونه ها و مکان و شرایط مناسب نگهداری نمونه های مختلف پس	۴	- بررسی راهنمای مدت زمان نگهداری نمونه های مختلف پس از آزمایش		

			<p>– مشاهده و ارزیابی محل و شرایط نگهداری نمونه های مختلف پس از آزمایش</p> <p>– درخواست چند مورد نمونه بیماران پس از انجام آزمایش بطور تصادفی، ارزیابی سهولت دسترسی کارکنان مجاز به آنها</p> <p>– بررسی مدت زمان نگهداری نمونه های ارجاع شده از سایر آزمایشگاهها پس از انجام آزمایش، و مشاهده مکان و شرایط نگهداری نمونه های مختلف ارجاعی</p> <p>– درخواست چند مورد نمونه ارجاع شده از سایر آزمایشگاهها و ارزیابی دسترسی کارکنان مجاز به آنها</p>	<p>از آزمایش، مشخص و مدون است.</p> <p>– نمونه های مختلف پس از آزمایش، تا مدت زمان تعیین شده و در مکان و شرایط مناسب نگهداری می شوند.</p> <p>– طی مدت نگهداری، نمونه ها به سهولت قابل شناسایی و دستیابی توسط افراد مجاز هستند (از طریق اطلاعات روی برچسب، فهرست بندی، علامت گذاری و غیره)</p> <p>– نمونه های ارجاع شده از سایر آزمایشگاهها، پس از انجام آزمایش در مکان و شرایط مناسب تا مدت زمان مشخص، بسته به ضرورت و درخواست آزمایشگاه ارجاع دهنده، نگهداری می شوند.</p>	<p>بالینی پزشکان و بیماران) درمکان و شرایط مناسب (برای حفظ کیفیت نمونه و رعایت ملاحظات ایمنی) نگهداری شده و پس از اتمام زمان نگهداری، به نحو ایمن امحاء می گردند.</p>		
		۳	<p>– بررسی راهنمای نحوه امحاء نمونه های مختلف</p> <p>– مصاحبه با کارکنان ذیربط و ارزیابی آگاهی آنها در این خصوص</p> <p>– مشاهده نحوه دفع نمونه های مختلف در صورت امکان</p>	<p>نحوه صحیح امحاء نمونه های مختلف (خون، مایعات و بافت های بدن) مکتوب است و دفع نمونه ها مطابق با آن انجام می شود.</p>			
گزارش نتایج ۵-۸							
		۵	<p>– بررسی فهرست زمان چرخه کاری آزمایش های عادی و اورژانس</p> <p>– بررسی همخوانی زمان چرخه کاری اعلام شده، با مدت زمان آماده شدن</p>	<p>– زمان چرخه کاری آزمایش های مختلف (مدت زمان آماده شدن نتایج آزمایش ها) مشخص و مستند است.</p>	<p>زمان چرخه کاری آزمایش های مختلف (شامل آزمایش های عادی و اورژانس) مشخص و مستند است، و رعایت می گردد.</p>	۸۷	۱-۸-۵

			<p>نتایج برای چند مورد از آزمایش های عادی و اورژانس بطور تصادفی</p> <p>- بررسی سوابق اقداماتی که متعاقب عدم رعایت زمان چرخه کاری انجام شده است (شامل بررسی علت، و تعیین و انجام اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه)</p> <p>- بررسی فهرست مربوط به زمان چرخه کاری آزمایش های ارجاعی</p> <p>- بررسی همخوانی زمان چرخه کاری اعلام شده، با مدت زمان آماده شدن نتایج، برای چند مورد از آزمایش های ارجاعی بطور تصادفی</p> <p>- بررسی سوابق مربوط به تاخیر در آماده شدن نتایج آزمایشهای ارجاعی</p>	<p>- زمان چرخه کاری آزمایش های اورژانس با هماهنگی پزشکان بالینی تعیین شده است.</p> <p>- مدت زمان چرخه کاری برای تمامی آزمایش ها (بوژه آزمایش های اورژانس) رعایت می گردد.</p> <p>- آزمایشگاهی که نمونه های ارجاعی از آزمایشگاههای دیگر می پذیرد، زمان چرخه کاری که در تفاهمنامه تعهد کرده راعایت می کند.</p>		
۳			<p>- بررسی چند مورد از گزارش ها و اطلاعات مندرج در آن شامل مشخصات بیمار و نمونه و کد اختصاصی آن، تاریخ پذیرش، نتایج آزمایش (در موارد مقتضی روش انجام آزمایش)، واحد مربوطه، محدوده بیولوژیک (برای سنین مختلف، در زنان، مردان، کودکان و یا در شرایط فیزیولوژیک خاص مثل حاملگی، یائسگی) و غیره</p> <p>- بررسی سوابق درج توصیه ها یا هشدارها در گزارش نتایج، شامل</p>	<p>- فرم گزارش نتایج حاوی اطلاعات لازم در مورد بیمار، نمونه، و نتیجه آزمایش می باشد.</p> <p>- نکات، توصیه ها و هشدارها برای تفسیر صحیح نتایج آزمایش در گزارش درج می گردد.</p> <p>توضیح: تفسیرها، توصیه ها و اطلاعات ارائه شده توسط آزمایشگاه ارجاع در مورد نتایج آزمایشهای ارجاعی، باید بدون</p>	<p>اجزاء فرم گزارش نتایج آزمایش ها (الکترونیکی یا کاغذی) مشخص بوده و اطلاعات لازم در آن ثبت می شود.</p>	<p>۸۸</p> <p>۵-۸-۲ و ۵-۸-۳</p>

			<p>مواردی که در صورت وقوع می تواند بر تفسیر نتایج آزمایشها تاثیر بگذارد (مثلا ناشتا بودن یا نبودن یا مصرف داروی خاص توسط بیمار، یا هر گونه اشکال در کیفیت یا حجم نمونه که تأثیر سوء روی نتیجه آزمایش دارد)</p>	<p>تغییر در گزارش نتایج درج شود.</p>		
		۲	<p>- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی در خصوص تعیین فرد/ افراد مسئول اصلاح محدوده مرجع در گزارش، و نحوه نظارت و اطمینان از انجام این کار</p> <p>- مصاحبه با کارکنان مسئول در این مورد</p> <p>- بررسی سوابق و شواهد انجام این کار</p>	<p>- چنانچه کیت یا روش انجام آزمایش تغییر کند، در صورت تغییر محدوده مرجع، در فرم گزارش محدوده مرجع اصلاح می شود و محدوده مرجع کیت یا روش جدید درج می گردد.</p> <p>- مسئول کنترل و اعمال این تغییرات مشخص است.</p>		
		۵	<p>- مشاهده فهرست نتایج بحرانی که در معرض دید کارکنان انجام دهنده آزمایش و کارکنان پذیرش نصب شده است.</p> <p>- مصاحبه با مسئول فنی، گروه مدیریتی و کارکنان مسئول در مورد چگونگی اطلاع رسانی فوری نتایج بحرانی (تلفنی، الکترونیک و غیره) به بیمار، پزشک و افراد ذیربط در کادر درمانی</p> <p>- بررسی سوابق مربوط به گزارش نتایج بحرانی شامل تاریخ، ساعت، نتیجه آزمایش، نام پرسنل آزمایشگاه که نتیجه را گزارش کرده، نحوه اطلاع</p>	<p>- محدوده بحرانی نتایج آزمایشها، با هماهنگی پزشکان بالینی تعیین شده است.</p> <p>- جدول نتایج بحرانی در محل انجام آزمایش و همچنین در واحد پذیرش در معرض دید کارکنان قرار دارد.</p> <p>- روشهای اطلاع رسانی فوری نتایج بحرانی به بیمار، پزشک یا بخش بیمارستان کاملا مشخص شده است.</p> <p>- فرد یا افراد مسئول اطلاع رسانی نتایج بحرانی در شیفت های کاری مختلف تعیین شده اند.</p>	<p>محدوده بحرانی نتایج آزمایش ها (در موارد مقتضی) تعیین شده و نتایج بحرانی فوراً توسط کارکنان مسئول و مشخص (در هر شیفت کاری) به افراد ذیربط اطلاع داده می شود.</p>	۸۹

			<p>رسائی و فردی که به وی در مورد نتیجه بحرانی اطلاع داده شده است.</p> <p>- مصاحبه با کارکنان مسئول در مورد روش اطلاع رسانی و دریافت نتایج بحرانی مربوط به آزمایش های ارجاعی</p> <p>- بررسی سوابق اطلاع رسانی و دریافت نتایج بحرانی چند مورد آزمایشهای ارجاعی</p>	<p>- نتایج بحرانی آزمایش های ارجاعی (که با هماهنگی با آزمایشگاه ارجاع دهنده تعیین شده) بلافاصله توسط افراد مسئول و مشخص در هر شیفت، به آزمایشگاه ارجاع دهنده اطلاع رسانی می شود.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

صدور و ارائه گزارش نتایج آزمایش ۵-۹

۹۰	۱-۹-۵	<p>رویه مشخصی برای صدور و ارائه گزارش نتایج آزمایشگاه وجود دارد.</p>	<p>- افراد مجاز برای صدور نتایج آزمایش مشخص هستند.</p> <p>- فرد یا افراد مجاز به دریافت نتایج آزمایش مشخص بوده و گزارش فقط به افراد مجاز تحویل داده می شود.</p> <p>- چگونگی تحویل و ارائه نتایج آزمایش به گروه های مختلف گیرندگان خدمات آزمایشگاه مشخص شده است.</p> <p>- روش ارسال گزارش به آزمایشگاه ارجاع دهنده طبق قرارداد ارجاع مشخص است و افراد مسئول در هر دو آزمایشگاه (ارجاع دهنده و ارجاع تعیین شده اند). (بند ۴-۵-۳-۱ و ۴-۵-۳-۲ استاندارد)</p>	<p>۲ - مصاحبه با مسئول فنی، گروه مدیریتی و کارکنان مسئول در مورد چگونگی صدور و ارائه گزارش به گروههای مختلف گیرندگان خدمات (مثلا تحویل به بیمار طی مراجعه به آزمایشگاه، ارسال گزارش الکترونیک از طریق سیستم اطلاعات آزمایشگاهی و یا بیمارستانی و غیره)، و نحوه حصول اطمینان از این که گزارش ها فقط به دریافت کنندگان مجاز می رسد.</p> <p>- مصاحبه با کارکنان ذیربط در مورد نحوه ارائه گزارش به آزمایشگاه ارجاع دهنده و مشاهده روند ارسال چند مورد از گزارش های آزمایش های ارجاعی</p>		
----	-------	--	--	--	--	--

			۲	<p>- مصاحبه با کارکنان مسئول، در مورد نحوه ارائه گزارش های اورژانس (تلفنی، دستی، الکترونیک و غیره)</p> <p>- بررسی سوابق ثبت تاریخ و ساعت صدور و ارائه گزارش های اورژانس</p>	<p>- روش صدور نتایج آزمایشهای اورژانس مشخص است.</p> <p>- تاریخ و ساعت صدور و ارائه گزارش های اورژانس قابل ردیابی است.</p>			
			۱	<p>- مصاحبه با کارکنان پذیرش و جوابدهی در مورد تهیه و ارائه گزارش نهایی در مواردی که ابتدائاً گزارش موقت داده شده است.</p> <p>- بررسی سوابق مربوط به صدور گزارش نهایی پس از ارائه گزارش موقت</p>	<p>در مواردی که لازم است نتایج به صورت گزارش موقت داده شود، متعاقباً گزارش نهایی تهیه و صادر می گردد.</p>			
			۱	<p>- مصاحبه با کارکنان پذیرش و جوابدهی در مورد گزارش آزمایشها بطور شفاهی</p> <p>- بررسی سوابق مربوط به صدور گزارش کتبی نتایج که شفاهی داده شده اند.</p>	<p>در مواردی که نتیجه آزمایش شفاهی اعلام شده است، متعاقباً گزارش کتبی تهیه و صادر می شود.</p>			
			۲	<p>- مصاحبه با مسئول فنی، گروه مدیریتی و کارکنان ذیربط در مورد مدت زمان و نحوه نگهداری و بایگانی گزارش آزمایشها</p> <p>- بررسی و مشاهده بایگانی گزارش های آزمایشگاه</p>	<p>- مدت زمان نگهداری گزارشها، با توجه به نوع آزمایش و نیازهای بالینی گیرندگان خدمات تعیین شده است.</p> <p>- گزارش ها تا مدت زمان تعیین شده بایگانی می شوند.</p>	<p>گزارش آزمایشها (کاغذی یا الکترونیک) تا مدت زمان مشخص در آزمایشگاه نگهداری می شوند.</p>	۹۱	
			۲	<p>- مصاحبه با مسئول فنی، گروه مدیریتی و کارکنان مسئول در مورد روند اصلاح یا تجدید نظر گزارشی که قبلاً تهیه و یا صادر شده است.</p>	<p>- افراد مجاز به اصلاح گزارشها مشخص شده اند.</p> <p>- زمان تغییر و نام فرد مسئول تغییر گزارش، ثبت میشود.</p>	<p>روش مشخصی برای تغییر، تجدید نظر یا اصلاح گزارش آزمایشها تعیین شده است.</p>	<p>۳-۹-۵</p> <p>۴-۹-۵</p>	۹۲



نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

			<p>- بررسی سوابق چند مورد از گزارش هایی که اصلاح شده اند. حصول اطمینان از این که گزارش اولیه و گزارش تغییر یافته هر دو در آزمایشگاه نگهداری می شوند.</p> <p>- بررسی سوابق ثبت زمان و تاریخ اعمال تغییر و اصلاح گزارش، و نام فرد انجام دهنده</p>	<p>- چنانچه اصلاح گزارش پس از صدور آن صورت بگیرد، فوراً به بیمار، پزشک و کادر درمانی ذیربط اطلاع رسانی شده و گزارش اصلاح شده تحویل داده می شود.</p> <p>- سوابق گزارش های اصلاح شده، نگهداری می گردد.</p>			
مدیریت اطلاعات آزمایشگاه ۵-۱۰							
		۱	<p>- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد تعیین وظایف، مسئولیت ها و اختیارات کارکنان در کاربری سیستم اطلاعات آزمایشگاه</p> <p>- مصاحبه با کارکنان مسئول، مشاهده عملکرد و بررسی شرح شغل ایشان</p>	<p>وظایف، مسئولیت ها و اختیارات کارکنان در رابطه با سیستم اطلاعات آزمایشگاهی (شامل وارد کردن داده ها، تغییر یا اصلاح داده ها، تهیه و صدور گزارشهای مختلف و غیره) مشخص و در شرح شغل ایشان درج شده است.</p>	<p>وظایف، مسئولیت ها و اختیارات کارکنان در مورد سیستم اطلاعات آزمایشگاه مشخص بوده و کارکنان مهارت کاربری این سیستم را دارند.</p>	۹۳	۲-۱۰-۵
		۱	<p>- بررسی دسترسی کارکنان به راهنمای کار با سیستم اطلاعات آزمایشگاه</p> <p>- مصاحبه با مسئول فنی و کاربران سیستم، در مورد آموزش ها و اطمینان از مهارت کاربران</p>	<p>- دستورالعمل یا راهنمای کار با سیستم اطلاعات آزمایشگاه مدون و در دسترس کاربران ذیربط قرار دارد.</p> <p>- کاربران آموزش دیده اند، و مهارت کاربری سیستم اطلاعات آزمایشگاه را دارند.</p>			
		۴	<p>مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد سطح دسترسی کارکنان در رده های کاری مختلف به داده ها و اطلاعات آزمایشگاه و</p>	<p>- سطح دسترسی به داده ها و اطلاعات آزمایشگاهی برای کارکنان در رده های مختلف تعریف شده است.</p>	<p>امنیت داده ها و اطلاعات آزمایشگاهی حفظ می شود.</p>	۹۴	۳-۱۰-۵

			<p>تمهیدات پیش بینی شده جهت حفظ امنیت داده‌ها و اطلاعات آزمایشگاهی برای ممانعت از دست کاری یا از دست رفتن اطلاعات (مثل اختصاص پسورد، یا سیستمی برای شناسایی کاربران و غیره)</p>	<p>جهت ممانعت از دستکاری، از دست رفتن یا نابود شدن داده‌ها و اطلاعات آزمایشگاهی روش‌های مشخصی بکار گرفته می‌شود.</p>			
		۲	<p>- بررسی سوابق و تاییدیه‌های مربوط به صحت‌گذاری انجام شده توسط سازنده سیستم نرم افزاری، و سوابق تصدیق کارکرد سیستم نرم افزاری در آزمایشگاه</p> <p>توضیح: صحت‌گذاری و تصدیق شامل بررسی کارکرد سیستم و همچنین فعال بودن تبادل اطلاعات بین سیستم اطلاعات آزمایشگاه (LIS) و سایر سیستم‌های نرم افزاری مثل نرم افزارهای تجهیزات آزمایشگاهی، سیستم‌های اطلاعات بیمارستان (HIS) و سیستم‌های مراقبت‌های اولیه بیماران می‌باشد.</p>	<p>- سیستم‌های نرم افزاری مورد استفاده، برای ثبت، جمع‌آوری، پردازش، گزارش، ذخیره‌سازی، و بازیابی داده‌ها و اطلاعات توسط سازنده نرم افزار صحت‌گذاری، و قبل از شروع استفاده کارکرد آن در آزمایشگاه تصدیق می‌گردد.</p> <p>- تاییدیه صحت‌گذاری و تصدیق نگهداری می‌گردد.</p>	سیستم‌های نرم افزاری اطلاعات آزمایشگاه به روش صحیح نصب و نگهداری می‌شود.	۳-۱۰-۵	۹۵
		۲	<p>- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی آزمایشگاه در مورد افراد مجاز به اعمال تغییرات در سیستم نرم افزاری</p> <p>- بررسی سوابق تغییرات اعمال شده در سیستم نرم افزاری و افراد مسئول</p> <p>- بررسی تاییدیه‌های صحت‌گذاری یا تصدیق، پس از اعمال تغییرات در سیستم نرم افزاری</p>	<p>- هر گونه تغییر در سیستم‌های نرم افزاری صرفاً توسط افراد مجاز صورت می‌گیرد و سوابق آن ثبت می‌شود.</p> <p>- پس از هر گونه تغییر در سیستم نرم افزاری، سیستم مجدداً صحت‌گذاری و یا تصدیق می‌شود و سوابق مربوطه ثبت و نگهداری می‌گردد.</p>			

			۲	<p>- بررسی سوابق مشکلات سیستم و اقداماتی که جهت رفع آن انجام شده است.</p> <p>- بررسی سوابق صحنه گذاری و تصدیق پس از برطرف کردن مشکلات نرم افزاری و سخت افزاری</p> <p>- مصاحبه با مسئول فنی و کارکنان ذیربط در مورد اقداماتی که در صورت نقص در سیستم نرم افزاری انجام می دهند تا کار در آزمایشگاه متوقف نشود.</p>	<p>- سوابق نقص یا خرابی‌های سیستم و اقدامات فوری و اقدامات اصلاحی که انجام شده، ثبت می گردد.</p> <p>- پس از برطرف کردن مشکل، سیستم مجدداً صحنه گذاری یا تصدیق شده و سوابق مربوطه نگهداری میشود.</p> <p>- تمهیداتی برای جلوگیری از توقف کار در صورت بروز نقص در سیستم اطلاعاتی، پیش بینی شده است.</p>		
			۱	<p>مصاحبه با مسئول فنی در مورد مدت زمان نگهداری داده ها و اطلاعات، و بررسی سوابق و شواهد مربوطه</p>	<p>داده ها و اطلاعات آزمایشگاهی صلاحدید مسئول فنی و بر اساس نیازهای بالینی و مقررات کشوری تا مدت زمان معین نگهداری می شوند.</p>	<p>داده ها و اطلاعات آزمایشگاهی تا مدت زمان مقتضی نگهداری می شوند.</p>	۹۶
			۲	<p>بررسی فایل های پشتیبان</p>	<p>برای اطلاعاتی که به روش الکترونیک نگهداری می شوند فایل پشتیبان وجود دارد.</p>		
ایمنی و امنیت زیستی در آزمایشگاه							
			۳	<p>- بررسی دستورالعملهای ایمنی و محتوای آن</p> <p>- بررسی سوابق و شواهد آموزش کارکنان در این زمینه</p> <p>- مصاحبه با کارکنان فنی و خدماتی و ارزیابی آگاهی آنها از محتوای دستورالعملها</p>	<p>- دستورالعمل های ایمنی در آزمایشگاه موجود و در دسترس کارکنان است.</p> <p>- کارکنان آگاهی و مهارت اجرای اصول ایمنی را دارند و بطور کتبی به اجرای آن متعهد شده اند.</p>	<p>دستورالعمل های مرتبط با ایمنی مستند است. همه کارکنان از محتویات آن آگاهی دارند و به اجرای آن متعهد هستند.</p>	۹۷

				<p>- بررسی وجود تعهد کتبی کارکنان به اجرای الزامات ایمنی</p>			
در سال ۱۳۹۸ امتیاز داده نمی شود.			-	<p>- مصاحبه با مسئول فنی یا مسئول ایمنی در مورد برنامه مدیریت ریسک</p> <p>- بررسی مستندات مربوط به انواع خطرات شناسایی شده در آزمایشگاه، و طبقه بندی و اولویت بندی آنها با توجه به میزان ریسکی که ایجاد می کنند.</p> <p>- بررسی مستندات مربوط به راهکارها و اقدامات تعیین شده برای محدود کردن و کاهش ریسک در آزمایشگاه</p>	<p>- خطرات ناشی از میکروارگانیسم ها و مواد بیولوژیک، مواد شیمیایی، مواد پرتوزا و مواد سمی و مضر طبقه بندی و اولویت بندی می شوند.</p> <p>- راهکارهای کاهش خطرات تعیین و اجرا می گردد.</p>	<p>برنامه مدیریت ریسک، با توجه به نوع و دامنه فعالیت و خطراتی که آزمایشگاه با آن مواجه است، به اجرا در می آید.</p>	۹۸
			*	<p>- مشاهده و حصول اطمینان از وجود پوشش و وسایل حفاظت فردی مورد نیاز (متناسب با ریسک)، و آگاهی و دسترسی کارکنان به محل نگهداری این وسایل</p> <p>- مصاحبه با چند نفر از کارکنان فنی و خدماتی و ارزیابی آگاهی آنها از نحوه صحیح استفاده از وسایل حفاظت فردی متناسب با حیطه کاری و نوع فعالیتشان</p> <p>- مشاهده کارکنان در بخشهای مختلف و اطمینان از استفاده آنها از وسایل حفاظتی</p> <p>شامل دستکش، روپوش، پیپت فیلر، ماسک، عینک ایمنی، حفاظ صورت و در موارد مقتضی (با توجه به ارزیابی ریسک) گان، روکش کفش، روکش مو، وسایل کمک تنفسی مانند ماسک N95، ماسک گاز یا بخار و غیره</p>	<p>- پوشش ها و وسایل حفاظت فردی موجود در آزمایشگاه متناسب با خطراتی است که آزمایشگاه با آن مواجه است.</p> <p>- وسایل حفاظت فردی در دسترس کارکنان قرار دارد و کارکنان به درستی از آن استفاده می کنند.</p>	<p>پوشش ها و وسایل حفاظت فردی لازم (متناسب با انواع ریسکی که آزمایشگاه با آن مواجه است) موجود بوده و مورد استفاده قرار می گیرد.</p>	۹۹

۱۰۰	کابینت / هود ایمنی بیولوژیک مناسب (بر اساس ارزیابی بیوریسک) در آزمایشگاه موجود بوده و کنترل و نگهداری می شود.	در صورت انجام کشت خون، کار با باسیل سل و یا سایر میکروارگانیسم های خطرناک، از کابینت / هود ایمنی بیولوژیک کلاس 2 استفاده می شود.	۲ مشاهده نوع کابینت / هود ایمنی بیولوژیک با توجه به نوع و راه انتقال میکروارگانیسم هایی که آزمایشگاهها آنها کار می کند، و ارزیابی نصب آن دور از محل درب، پنجره ها و مکان های پر رفت و آمد توضیح: هود معمولی هنگام کار با نمونه هایی که بوی نامطبوع ایجاد می کنند فقط جهت تهویه هوا استفاده می شود و تاثیری در جلوگیری از انتقال آئروسول ها ندارد.		
		کیفیت کارکرد کابینت ایمنی بیولوژیک بطور دوره ای ارزیابی شده و به روش صحیح کنترل و نگهداری می شود.	۲ بررسی سوابق کالیبراسیون، کنترل کیفیت و نگهداشت کابینت مثلا نظافت و گندزدایی، تعویض فیلتر هپا و لامپ UV (در صورت وجود)، سوابق ارزیابی کارکرد کابینت و سرویس یا تعمیر که توسط شرکت سازنده انجام شده است.		
۱۰۱	برنامه واکسیناسیون کارکنان انجام شده است.	- ایمنی کارکنان در بدو استخدام و قبل از شروع به کار، در برابر هیپاتیت B، هیپاتیت C، و HIV ارزیابی میشود. - واکسن هیپاتیت B برای افراد غیرایمن تزریق میشود. - برای کارکنانی که با میکروارگانیسمهای خاص کار میکنند، واکسیناسیون مرتبط انجام می شود.	۲ - بررسی سوابق ارزیابی ایمنی کارکنان در بدو خدمت - بررسی سوابق اجرای برنامه واکسیناسیون کارکنان (بررسی سوابق واکسیناسیون هیپاتیت B برای کارکنان غیر ایمن و سوابق واکسیناسیون برای کارکنانی که با میکروارگانیسمهای خاص مثل ویروس هیپاتیت A، مننگوکوک و غیره) کار میکنند.		
۱۰۲	جعبه کمک های اولیه در آزمایشگاه موجود بوده و	- جعبه کمک های اولیه، حاوی وسایل مورد نیاز، در آزمایشگاه موجود	۱ - بررسی محتویات جعبه کمک های اولیه		

			<p>است و در دسترس کارکنان قرار دارد.</p> <p>کارکنان از نحوه استفاده از این وسایل آگاهی دارند.</p>	<p>به سهولت در دسترس کارکنان است.</p>	
در سال ۱۳۹۸ امتیاز داده نمی شود.		-	<p>مصاحبه با کارکنان مرتبط و ارزیابی سهولت دسترسی و آگاهی آنها از نحوه استفاده یا در موارد مقتضی وجود دستورالعمل استفاده از وسایل کمک های اولیه</p> <p>- مصاحبه با مسئول فنی و گروه مدیریتی در مورد نگهداری میکروارگانیسم های پر خطر و تعیین کارکنان مجاز به دسترسی به آنها و عدم دسترسی سایر کارکنان</p> <p>- مشاهده مکان نگهداری میکروارگانیسمهای پرخطر و ارزیابی تمهیدات جهت محدودیت دسترسی (مثلا قفل شدن درب اتاق نگهداری و تمهیدات حفاظتی مثل قفل برای کسوها، یخچالها و فریزرهای محل نگهداری میکروارگانیسم های پرخطر)</p>	<p>برنامه امنیت زیستی با توجه به دامنه کاری و میکروارگانیسم های خطرناکی که آزمایشگاه با آنها سروکار دارد، به اجرا در می آید.</p> <p>تمهیدات لازم برای جلوگیری از انتشار عمدی و یا غیرعمدی میکروارگانیسم های پرخطر که در آزمایشگاه نگهداری می شوند، پیش بینی شده و اجرا می گردد.</p> <p>توضیح: برای اطلاعات بیشتر در مورد برنامه امنیت زیستی (Biosecurity) به مراجع معتبر مراجعه شود.</p>	۱۰۳
		۳	<p>مشاهده دستورالعمل اقدامات لازم برای مقابله با حوادث (مثلا در موارد ریختن و پاشیدن و نشت مواد آلوده عفونی، مواد شیمیایی و مواد پرتوزا) در معرض دید کارکنان است.</p> <p>کارکنان آگاهی و مهارت لنجام این اقدامات را دارند.</p>	<p>نحوه برخورد با رویدادها و حوادث مخاطره آمیز (عوامل مخاطره آمیز بیولوژیک، شیمیایی، و در صورت لزوم پرتوزا و غیره) مشخص است.</p>	۱۰۴
		۲	<p>مصاحبه با گروه مدیریتی آزمایشگاه و کارکنان ذربط و ارزیابی آگاهی آنها از اقداماتی که در این شرایط لازم است انجام شود.</p>	<p>اقدامات لازم در موارد فرورفتن سوزن آلوده به پوست یا زخم پوستی مشخص است.</p>	

			۲	<p>ثابت، گزارش و اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه لازم جهت جلوگیری از وقوع مجدد این حوادث انجام میشود.</p> <p>مصاحبه با کارکنان در مورد چگونگی ثبت و گزارش حوادث مخاطره آمیز - بررسی سوابق وقوع این حوادث و اقداماتی که متعاقب آن انجام شده است.</p>		
در سال ۱۳۹۸ امتیاز داده نمی شود.			-	<p>دستورالعمل هایی در مورد نحوه مقابله و پاسخگویی در برابر بلایا، بحران و فوریت های احتمالی وجود دارد. کارکنان از محتوای این دستورالعملها و اقداماتی که در این شرایط باید انجام شود آگاهی دارند.</p> <p>- بررسی دستورالعمل های مقابله با بلایا (Disaster)، بحران (Crisis) و فوریت های (Emergency) (هماهنگ با دانشگاه علوم پزشکی متبوع)</p> <p>- مصاحبه با کارکنان مسئول و ارزیابی آگاهی آنها از مفاد دستورالعمل ها و اقداماتی که در این شرایط باید صورت گیرد.</p>	<p>برنامه و دستورالعمل های مشخصی برای آمادگی و مقابله در برابر بلایا، بحران ها و فوریت های احتمالی موجود و کارکنان از آن آگاهی دارند</p>	۱۰۵
			۲	<p>- دستورالعمل شست و شوی لوازم آزمایشگاهی مکتوب است. کارکنان از محتوای دستورالعمل آگاهی دارند و مطابق با آن عمل می کنند.</p> <p>- بررسی دستورالعمل شست و شوی لوازم آزمایشگاهی - ارزیابی دسترسی کارکنان خدماتی به دستورالعمل و آگاهی آنها از نحوه صحیح شست و شوی وسایل و مشاهده نحوه شست و شو در صورت امکان</p>	<p>شست و شوی وسایل آزمایشگاهی (مثل لوله ها و لوازم شیشه ای) به نحو صحیح انجام می شود.</p>	۱۰۶
در سال ۱۳۹۸ امتیاز داده نمی شود.			-	<p>- برگه اطلاعات ایمنی مواد برای مواد شیمیایی خطرناک موجود بوده و در مورد خطرات، احتیاطات و وسایل حفاظت فردی لازم جهت کار با آنها، و نحوه انتقال و لثرات آنها بر محیط زیست، توضیح می دهد.</p> <p>- خطرات، احتیاطات و وسایل حفاظت فردی لازم جهت کار با عوامل بیماری زای خطرناک در برگه اطلاعات ایمنی</p> <p>- بررسی برگه های اطلاعات ایمنی مواد شیمیایی (MSDS (Material Safety Data Sheets)</p> <p>- بررسی برگه های اطلاعات عوامل بیماری زا (در موارد مقتضی) (PSDS (Pathogen Safety Data Sheets)</p> <p>- ارزیابی دسترسی کارکنان در تمامی شیفت ها به برگه ها</p> <p>- مصاحبه با کارکنان و ارزیابی آگاهی آنها از نحوه استفاده از اطلاعات مندرج در این برگه ها</p>	<p>برگه اطلاعات ایمنی برای مواد شیمیایی (MSDS) و نیز برای عوامل بیماری زای خطرناک (PSDS) در آزمایشگاه موجود بوده و کارکنان از آن آگاهی دارند.</p>	۱۰۷

				عامل بیماری را توضیح داده شده است.		
		۲	<p>مشاهده مکان و نحوه نگهداری مواد شیمیایی خطرناک (مثلا ارزیابی قرار گیری آنها در قفسه های مجزا، یا طبقات نزدیک به زمین و وجود سیستم تهویه مناسب در محل کار و نگهداری آنها)</p>	<p>نکات ایمنی درمحل نگهداری اقلام شیمیایی خطرناک (مثل اسیدها، بازها، حلالهای ارگانیک و گازهای فشرده)، وسایر اقلام مخاطره آمیز (مثل ابزار برنده) رعایت میشود.</p>	<p>مواد شیمیایی خطرناک و سایر اقلام مخاطره آمیز، بطور ایمن در آزمایشگاه نگهداری می شوند.</p>	۱۰۸
		۲	<p>مصاحبه با مسئول فنی و یا مسئول ایمنی در مورد مدیریت پسماندها - بررسی دستورالعمل مدیریت پسماندهای آزمایشگاهی و محتوای آن - مصاحبه با کارکنان فنی و خدماتی مرتبط در مورد دسترسی به دستورالعمل و ارزیابی آگاهی کارکنان از مفاد آن و اقداماتی که باید انجام دهند.</p>	<p>دستورالعمل مدیریت پسماند های آزمایشگاهی (شامل مراحل تفکیک و جداسازی، جمع آوری در شرایط و به روش مناسب توجه به نوع پسماند، برچسب گذاری، انتقال تا محل بی خطر سازی، بی خطر سازی یا آمایش، حمل و دفع نهایی) موجود است. کارکنان ذیربط آموزش دیده و مهارت انجام کار را دارند.</p>	<p>پسماندهای آزمایشگاهی (شامل پسماندهای تیز و برنده، پسماندهای عفونی، شیمیایی، پرتوزا و غیره) به روش صحیح مدیریت می گردند.</p>	۱۰۹
		۲	<p>مشاهده چگونگی تفکیک و جداسازی انواع پسماندها از جمله پسماندهای آلوده و غیر آلوده عفونی</p>	<p>انواع پسماندهای مختلف آزمایشگاهی در مبدا تولید، تفکیک و جداسازی می شوند.</p>		
		۲	<p>مشاهده و اطمینان از جمع آوری پسماندهای تیز و برنده در ظروف ایمن</p>	<p>پسماندهای تیز و برنده (سرسوزن، لام و لامل، لوازم شیشه ای شکسته، تیغ اسکالپل، نوک سمپلر و غیره) در ظروف ایمن (Safety Box) جمع آوری می گردند.</p>		
		*	<p>مصاحبه با کارکنان مرتبط در مورد نحوه آلودگی زدایی و دفع پسماندهای عفونی - مشاهده جمع آوری پسماندهای عفونی در کیسه</p>	<p>کلیه پسماندهای عفونی به روش صحیح جمع آوری، آلودگی زدایی، برچسب گذاری و دفع می شوند.</p>		

			<p>های مخصوص اتوکلاو و ارزیابی شواهدی خطر سازی پسماندها از طریق اتوکلاو قبل از دفع آنها</p> <p>پسماندهای عفونی آزمایشگاههای بیمارستانی ممکنست به روش امن و ایمن جمع آوری و به محل سترون سازی در بیمارستان حمل و یکجا آلودگی زدایی شوند.</p> <p>شرکت های معتبر دارای مجوز ممکنست بر اساس تفاهنامه با آزمایشگاه پسماندهای آزمایشگاهی را حمل و بی خطر نمایند. در این موارد باید بی خطر سازی پلیت های میکروبی قبل از تحویل به این شرکت ها انجام شود.</p>			
		۳	<p>- مصاحبه با کارکنان ذیربط در مورد چگونگی ارزیابی عملکرد اتوکلاو</p> <p>- بررسی سوابق استفاده از لنديكاتورهای شیمیایی و بیولوژیک برای ارزیابی عملکرد اتوکلاو و در صورت امکان مشاهده انجام این کار</p>	<p>برای ارزیابی عملکرد اتوکلاو از اندیکاتورهای شیمیایی و بیولوژیک استفاده می شود.</p>		
		۲	<p>- مشاهده و ارزیابی چگونگی رعایت ملاحظات ایمنی ضمن انجام کار با چند مورد از تجهیزات آزمایشگاه مثل دستگاههای تولید کننده حرارت، دستگاههایی که تیغ برنده دارند (میکروتوم)، رعایت ایمنی الکتریکی هنگام کار با دستگاهها و غیره</p> <p>- مصاحبه با چند نفر از کارکنان و بررسی آگاهی</p>	<p>- ملاحظات ایمنی هنگام کار با هر تجهیز مطابق با توصیه سازنده رعایت می شود.</p> <p>- قبل از خارج شدن تجهیزات از کار (برای سرویس، تعمیر و غیره)، تجهیزات آلودگی زدایی می شوند.</p> <p>- در موارد مقتضی جابجایی و امحاء ایمن پسماندها و مواد شیمیایی، رادیواکتیو و</p>	<p>ملاحظات ایمنی مربوط به کار با هر تجهیز مشخص بوده و رعایت می شود.</p>	۱۱۰



چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			آنان از نحوه آلودگی زدایی تجهیزاتی که با آن کار می کنند قبل از سرویس یا تعمیر - بررسی سوابق آلودگی زدایی چند مورد از تجهیزات قبل از سرویس و یا تعمیر	بیولوژیک توسط افراد مجاز و به نحو صحیح انجام می شود.		
		۲	- مشاهده وضعیت و شواهد نظافت تجهیزات آزمایشگاه - مصاحبه با مسئول ایمنی، کاربران تجهیزات و کارکنان خدماتی و ارزیابی آگاهی آنها از نحوه نظافت و گندزدایی تجهیزات مختلف	دستورالعمل نحوه نظافت و گندزدایی وسایل و تجهیزات موجود بوده و وسایل و تجهیزات طبق برنامه زمان بندی شده گندزدایی می شوند.		

نام و نام خانوادگی ارزیابان: نام و نام خانوادگی مسئول فنی: امتیاز کل چک لیست: ۴۰۰
امضاء ارزیاب ارشد: امضاء مسئول فنی: امتیاز کل با کسر سنجه هایی که در آزمایشگاه کاربرد ندارد:
 امتیاز کسب شده توسط آزمایشگاه:
 درصد امتیاز آزمایشگاه از امتیاز کل:



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



بakteri شناسی



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

چک لیست ارزیابی بخش باکتری شناسی - ویرایش سوم - نسخه سال ۱۳۹۷

نام دانشگاه علوم پزشکی تبریز نام آزمایشگاه: نام دانشگاه تحت پوشش:

آزمایشگاه بیمارستانی دولتی: آزمایشگاه بیمارستانی خصوصی: آزمایشگاه غیر بیمارستانی:

سایر:

آدرس و تلفن:

نام مسئول فنی آزمایشگاه: مدرک تحصیلی:

نام مسئول و کارکنان بخش میکروب شناسی:

نام ممیزین: تاریخ ممیزی:

توجه: موارد **Bold** شده، تغییرات اعمال شده در ویرایش جدید (ویرایش سوم - نسخه ۱۳۹۷) می باشد. لطفاً قبل از شروع امتیازدهی به "نحوه امتیازدهی" در صفحه آخر چک لیست دقت شود.

اطلاعات کلی

بیمارستان دارای چه بخش های بالینی است؟ نام ببرید.

آیا آزمایشگاه به سایر بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی خدمات ارائه می دهد؟

تعداد پذیرش نمونه های میکروب شناسی در آزمایشگاه به طور متوسط در ماه چقدر است؟ تعداد موارد مثبت آن چقدر است؟ به تفکیک نوع نمونه

از این تعداد پذیرش نمونه های میکروب شناسی، چه سهمی متعلق به نمونه های ارجاع شده به آزمایشگاه می باشد؟

باکتری

فعالیت های آزمایشگاه میکروب شناسی



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

	ویروس
	مایکوباکتریو
	انگل شناسی
	قارچ شناسی

چک لیست ارزیابی بخش باکتری شناسی

ردیف	کارکنان	سنجه	حداکثر امتیاز هر سنجه	حداکثر امتیاز هر سؤال	امتیاز کسب شده	کاربرد ندارد	توضیحات
۱	آیا مسئول و یا کارکنان بخش باکتری شناسی برای انجام مسئولیت های محوله، دارای صلاحیت می باشند؟	حداقل پنجاه درصد کارکنان، ۴ سال سابقه کار میکروب شناسی زیر نظر فرد باصلاحیت و با تجربه کار در آزمایشگاه بالینی داشته باشند.	۳	۳			
۲	میزان تحصیلات مسئول بخش باکتری شناسی چقدر است؟ توجه: (آزمایشگاه یا امتیاز سنجه اول را می گیرد، یا امتیاز سنجه دوم، و یا امتیاز سنجه سوم را، بنابراین حداکثر امتیاز این سؤال، ۳ می باشد).	تحصیلات مرتبط در مقطع دکتری	۳	۳			
		تحصیلات مرتبط در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد	۲				
		تحصیلات مرتبط در مقطع کاردانی	۱				
۳	آیا تعداد کارکنان در بخش میکروب شناسی با حجم کار این بخش متناسب است؟	تعداد کارکنان باید متناسب با حجم کار و دامنه فعالیت در آزمایشگاه باشد. مسئول فنی موظف است به تعداد کافی پرسنل دارای صلاحیت را برای انجام امور فنی به کار گیرد. Work تعیین بار کاری (برای هر یک از Load کارکنان در حدی که تأثیر سوء بر کیفیت خدمت ارائه شده نداشته باشد، به عهده مسئول فنی است. توجه: توصیه می شود برای انجام کار با کیفیت مطلوب، به ازای ۳۰-۴۰ نمونه متنوع بالینی در هر روز در بخش میکروب شناسی، یک پرسنل ثابت در شیفت صبح به کار گرفته شود.	۳	۳			
۴	آیا کارکنان بخش باکتری شناسی از نظر توان تشخیص رنگ ها (عدم کور رنگی) ارزیابی شده اند و نتایج ارزیابی ثبت شده است؟	وجود سوابق در پرونده کارکنان کارکنان باید توان تشخیص سه رنگ اصلی (قرمز، آبی، زرد) را داشته باشند.	۲	۲			

ردیف	فضای فیزیکی	سنجه	حداکثر امتیاز هر سنجه	حداکثر امتیاز هر سؤال	امتیاز کسب شده	کاربرد ندارد	توضیحات
۵	آیا بخش میکروب شناسی دارای فضای فیزیکی جداگانه بوده و این فضا برای انجام کارهای فنی و قرار دادن تجهیزات، وسایل و مواد مصرفی کافی می باشد؟	وجود فضای فیزیکی جداگانه و مجزا شده برای آزمایشگاه میکروب شناسی که دور از فضای پذیرش و نمونه گیری بوده و صرفاً کارکنان بخش میکروب شناسی در آن تردد نمایند.	۲				
		تعداد و انواع تجهیزات موجود در هر بخش نقش مهمی در برنامه ریزی برای طراحی فضای آن بخش دارد. در این خصوص باید به مواردی نظیر ابعاد (طول، پهنا و ارتفاع) دستگاه ها، وزن دستگاه ها و همچنین میزان ولتاژ و آمپر و لوله کشی های لازم (مندرج در دستورالعمل فنی دستگاه) توجه گردد. گاهی سازندگان دستگاه، تخصیص میزان فضای بیشتری از ابعاد دستگاه را برای عملکرد مناسب آن توصیه می نمایند که باید آن را لحاظ نمود. دسترسی آسان به پشت و کناره های دستگاه برای نگهداری و تعمیرات و تهویه، باید در نظر گرفته شود. فضای مفید کاری در بخش های مختلف آزمایشگاه باید به حدی باشد که حداکثر تعداد کارکنان شاغل در یک نوبت کاری، با در نظر گرفتن فضای اشغال شده توسط تجهیزات، فضاهای بین میزهای کار، راهروها و فضای اطراف تجهیزات، به راحتی قادر به فعالیت باشند. به طور متوسط هر یک از کارکنان حدوداً به یک متر مربع فضای کاری نیاز دارند.	۲	۴			

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

				آزمایشگاه مرجع سلامت کد و سایر مراجع معتبر M-13	
			۳	وجود دستورالعمل های فنی حاوی اطلاعات لازم مندرج در "الزامات تجهیزات آزمایشگاهی" (مثل چگونگی و مراحل کاربری، نحوه و فواصل زمانی کنترل و نگهداری، کالیبراسیون، ملاحظات ایمنی و ...) برای انکوباتور، فور (اون)، یخچال، متر و سمپلر pH فریزر،	۱۱ آیا عملکرد تجهیزات به طور معمول پایش می شود و نتیجه ثبت می گردد؟
			۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل ها و اجرای آنها	
		۱۱	۱	وجود سوابق پایش عملکرد انکوباتور و صحت سوابق	
			۱	وجود سوابق پایش عملکرد فور (اون) و صحت سوابق	
			۱	وجود سوابق پایش عملکرد یخچال و صحت سوابق	
			۱	وجود سوابق پایش عملکرد فریزر و صحت سوابق	
			۲	وجود سوابق پایش عملکرد متر و صحت سوابق pH	
			۱	وجود سوابق پایش عملکرد سمپلر و صحت سوابق	
			۲	وجود دستورالعمل بر اساس "دستورالعمل فنی فور، اتوکلاو و انکوباتور" آزمایشگاه مرجع و سایر M-09 سلامت کد مراجع معتبر	۱۲ آیا اتوکلاو دارای دستورالعمل فنی است؟
			۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن	
			۱	نحوه استفاده از اندیکاتورهای شیمیایی برای پایش عملکرد اتوکلاو در دستورالعمل قید شده باشد.	۱۳ آیا در هر بار استفاده از اتوکلاو از کلاس TST اندیکاتورهای شیمیایی ۵ یا ۶ برای پایش مستمر اتوکلاو استفاده می شود و نتایج آن ثبت می گردد؟
		۸	۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن	
			۲	وجود شواهد دال بر خرید مستمر اندیکاتورهای شیمیایی	
			۲	وجود سوابق استفاده از اندیکاتورهای شیمیایی در هر	

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

				بار استفاده از اتوکلاو و صحت سوابق	
			۲	وجود تأییدیه کتبی وزارت بهداشت برای اندیکاتورهای شیمیایی	
		۸	۱	نحوه استفاده از اندیکاتورهای بیولوژیک برای پایش عملکرد اتوکلاو در دستورالعمل قید شده باشد.	۱۴ آیا از اندیکاتورهای بیولوژیک <i>Geobacillus stearothermophilus</i> ATCC (متناسب با بار $6\log_{10}$) (7953) کاری اتوکلاو برای ارزیابی صحت عملکرد دستگاه و اعتباربخشی آن استفاده می شود و نتایج آن ثبت می گردد؟
			۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن	
			۲	وجود شواهد دال بر خرید مستمر اندیکاتورهای بیولوژیک	
			۲	وجود سوابق استفاده از اندیکاتورهای بیولوژیک به طور هفتگی یا فواصل بیشتر، متناسب با بار کاری اتوکلاو و صحت سوابق	
			۲	وجود تأییدیه کتبی وزارت بهداشت برای اندیکاتورهای بیولوژیک	
		۴	۳	CO ₂ وجود انکوباتور	۱۵ آیا برای انکوباسیون نمونه هایی که دارند، از CO ₂ برای رشد نیاز به استفاده CO ₂ شرایط تأمین اتمسفر می شود؟ توجه: (آزمایشگاه یا امتیاز سنج و وجود را می گیرد، یا امتیاز CO ₂ انکوباتور سنج و وجود جار محتوی شمع را، بنابراین حداکثر امتیاز این سؤال، ۴ می باشد).
			۱	وجود جار محتوی شمع	
			۱	آشنایی کارکنان با نحوه کار (باکتری های سخت رشد نظیر استرپتوکوک ها به ویژه <i>استرپتوکوک پنومونیه</i> ، <i>هموفیلوس آنفلوانزا</i> ، <i>نیسریا مننژیتیدیس</i> و <i>نیسریا گونوره</i> برای رشد خود نیاز دارند) CO ₂ به	
		۳	۱	وجود هود ایمنی بیولوژیک II کلاس	۱۶ آیا در بخش باکتری شناسی، هود وجود دارد III ایمنی بیولوژیک کلاس و برای کار بر روی نمونه های خون، مایع پلور و ... و نمونه های CSF تنفسی استفاده می شود؟
			۲	و صحت log book بررسی سوابق توجه: (تمام مراحل کار شامل کشت، جداسازی، تعیین هویت و آنتی بیوگرام بر روی نمونه های خون، مایعات بیولوژیک استریل ، مایع پلور و ... ، CSF بدن مانند و نمونه های تنفسی باید در داخل II هود ایمنی بیولوژیک کلاس انجام شود).	

				۱	وجود دستورالعمل فنی هود ایمنی بیولوژیک	۱۷	آیا هود ایمنی بیولوژیک دارای دستورالعمل فنی است؟
			۳	۲	<p>آگاهی کارکنان از نحوه صحیح کار با هود ایمنی بیولوژیک و اجرای آن</p> <p>توجه: استفاده از شعله گاز مانند چراغ بونزن در داخل هود ایمنی بیولوژیک ممنوع است، زیرا می تواند به طور قابل ملاحظه ای در جریان هوا اختلال ایجاد کرده و به فیلتر آسیب برساند.</p> <p>همچنین ممکن است در هنگام استفاده از مواد قابل اشتعال باعث ایجاد خطراتی گردد.</p> <p>برای استریل کردن لوپ های باکتریولوژیک، می توان به جای شعله گاز، از کوره های الکتریکی Microincinerator (استفاده نمود، اما بهتر است از لوپ های یکبار مصرف استریل استفاده شود.</p>		
			۳	۳	مطابق با "دستورالعمل فنی هودهای ایمنی بیولوژیک" آزمایشگاه مرجع سلامت کد و سایر مراجع معتبر M-15	۱۸	آیا هود ایمنی بیولوژیک در محل مناسب نصب گردیده است؟
			۳	۱	وجود سوابق کنترل کارکرد هود ایمنی بیولوژیک و صحت سوابق توجه: کارکرد مناسب هود ایمنی بیولوژیک باید حداقل یکبار در سال توسط شرکت پشتیبان یا شرکت های کالیبراسیون مورد تأیید مؤسسه استاندارد، کنترل گردد.	۱۹	آیا کارکرد هود ایمنی بیولوژیک کنترل گردیده، فیلترها طبق فواصل زمانی ذکر شده در دستورالعمل دستگاه، تعویض شده و سوابق آنها موجود است؟
				۲	وجود تأییدیه کتبی وزارت بهداشت برای هود بیولوژیک		

			۶	۱	وجود دستورالعمل کنترل کیفیت آب مصرفی بر اساس مراجع معتبر	آیا کیفیت آب مصرفی در بخش باکتری شناسی کنترل می شود؟	۲۰			
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن					
				۱	وجود سوابق سنجش هدایت الکتریکی آب و صحت سوابق					
				۱	pH وجود سوابق اندازه گیری آب و صحت سوابق					
				۲	وجود سوابق بررسی عدم آلودگی میکروبی آب و صحت سوابق					
ردیف	نمونه گیری و انتقال نمونه	سنجه	حداکثر امتیاز هر سنجه	حداکثر امتیاز هر سؤال	امتیاز کسب شده	کاربرد ندارد	توضیحات			
	آیا دستورالعمل آماده سازی بیمار، روش های صحیح نمونه گیری و انتقال ایمن نمونه های مختلف بالینی در آزمایشگاه وجود دارد و استفاده می شود؟	وجود دستورالعمل نحوه آماده سازی بیمار قبل از نمونه گیری در آزمایشگاه-	۱	۴						
	وجود دستورالعمل روش های صحیح نمونه گیری (حجم نمونه، ظرف جمع آوری نمونه، ضد انعقاد مناسب یا نگهدارنده های لازم و ...)	وجود دستورالعمل روش های صحیح نمونه گیری (حجم نمونه، ظرف جمع آوری نمونه، ضد انعقاد مناسب یا نگهدارنده های لازم و ...)	۱	۴						
	آگاهی کارکنان از دستورالعمل نمونه گیری و اجرای آن (در مورد نحوه نمونه گیری از بیمار برای چند تست خاص از کارکنان مربوطه سؤال شود) توجه: کارکنان یا باید خود، دانش لازم را داشته باشند و یا بتوانند با مراجعه به دستورالعمل هایی که در اختیار دارند سریعاً اطلاعات لازم را پیدا کنند.	آگاهی کارکنان از دستورالعمل نمونه گیری و اجرای آن (در مورد نحوه نمونه گیری از بیمار برای چند تست خاص از کارکنان مربوطه سؤال شود) توجه: کارکنان یا باید خود، دانش لازم را داشته باشند و یا بتوانند با مراجعه به دستورالعمل هایی که در اختیار دارند سریعاً اطلاعات لازم را پیدا کنند.	۱	۴						

				۱	وجود دستورالعمل نحوه آماده سازی بیمار قبل از نمونه گیری در بخش های بیمارستانی	آیا دستورالعمل آماده سازی بیمار، روش های صحیح نمونه گیری، جمع آوری و انتقال ایمن نمونه های مختلف بالینی در موارد نمونه گیری در بخش های بیمارستانی، در اختیار کارکنان این بخش ها قرار گرفته است؟	۲۲
			۱	وجود دستورالعمل روش های صحیح نمونه گیری در بخش های بیمارستانی			
			۲	آموزش کارکنان مرتبط در بخش های بیمارستان (مسئول فنی و کارکنان آزمایشگاه باید در مورد نحوه آماده سازی بیمار قبل از نمونه گیری، روش های صحیح نمونه گیری و نحوه جمع آوری نمونه های مختلف، کارکنان مرتبط در بخش های بیمارستان را آگاه نموده باشند. این کار ممکن است از طریق آموزش، ارائه دستورالعمل و راهنما و ... انجام شده باشد. سوابق مربوطه توسط ممیز درخواست می شود).			
			۴	۲	مميز درخواست می شود).		
			۱	۱	وجود دستورالعمل معیارهای رد یا قبول نمونه بر اساس مراجع معتبر در بخش های پذیرش و باکتری شناسی	آیا معیارهای قبول یا رد نمونه های بالینی به طور مکتوب وجود دارند؟	۲۳
			۳	۱	آگاهی کارکنان پذیرش و بخش باکتری شناسی از دستورالعمل و اجرای آن	آیا کارکنان نسبت به معیارهای قبول یا رد نمونه های بالینی آگاهی دارند و آن را اجرا می کنند؟	۲۴
				۲	وجود سوابق رد نمونه و صحت سوابق		
			۴	۱	وجود دستورالعمل روش اطلاع رسانی در صورت نیاز به نمونه گیری مجدد	آیا در مواردی که نیاز به نمونه گیری مجدد باشد، به صورت مناسب به پزشک مسئول، سایر کادر درمانی و/یا بیمار اطلاع داده می شود؟	۲۵
				۱	آشنایی کارکنان با مراحل کار و اجرای آن		
				۲	وجود سوابق اطلاع رسانی و صحت سوابق		
			۳	۱	وجود فرم خام حاوی موارد ذکر شده	آیا فرم (کاغذی یا الکترونیک) پذیرش نمونه حاوی اطلاعات ضروری (مشخصات بیمار، تشخیص احتمالی بیماری، سابقه مصرف آنتی بیوتیک و ...) در آزمایشگاه وجود دارد و تکمیل می گردد؟	۲۶
				۲	وجود این اطلاعات در سوابق بیماران		

			۱	۱	وجود محیط های انتقالی مناسب به صورت پودر دهیدراته یا آماده مصرف در آزمایشگاه و نیز محیط های آماده مصرف در بخش های بیمارستانی طبق دستورالعمل "مدیریت نمونه در آزمایشگاه های پزشکی" آزمایشگاه مرجع سلامت کد و سایر مراجع معتبر M-18	آیا برای انتقال نمونه ها در موارد مقتضی، محیط های انتقالی مناسب (برای زخم، مدفوع و ...) در آزمایشگاه و بخش های بیمارستانی موجود می باشد؟	۲۷
			۲	۱	وجود ظروف مخصوص حمل نمونه	آیا از ظروف مناسب درپوش دار برای انتقال نمونه ها در داخل محوطه بیمارستان استفاده می گردد؟	۲۸
				۱	آگاهی کارکنان از روش صحیح انتقال نمونه و اجرای آن		
			۴	۲	استفاده از بسته بندی سه لایه استاندارد طبق "راهنمای روش استاندارد انتقال نمونه های عفونی" آزمایشگاه مرجع و سایر M-11 سلامت کد مراجع معتبر	آیا از ظروف مناسب درپیچ دار و غیرقابل نشت برای انتقال نمونه ها به خارج از بیمارستان استفاده می گردد؟	۲۹
				۲	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
			۲	۱	وجود دستورالعمل مکتوب در مورد نحوه نگهداری مناسب نمونه هایی که امکان کشت و بررسی سریع آنها وجود ندارد (این اطلاعات می تواند به صورت یکجا مکتوب شود، یا به صورت مجزا در دستورالعمل کشت هر نمونه لحاظ گردد).	آیا دستورالعمل های مکتوب در مورد نحوه نگهداری مناسب نمونه هایی که امکان کشت و بررسی سریع آنها وجود ندارد، در اختیار کارکنان قرار گرفته است؟	۳۰
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل ها و اجرای آنها		
			-	-	در صورتی که پاسخ مثبت است، امکانات آزمایشگاه در این خصوص ذکر شود.	آیا در آزمایشگاه کشت بی هوازی انجام می شود؟	۳۱
توضیحات	کاربرد ندارد	امتیاز کسب شده	حداکثر امتیاز هر سؤال	حداکثر امتیاز هر سنج	سنجه	آزمایش ها	
						• رنگ آمیزی گرم	
			۱۲	۱	وجود دستورالعمل بر اساس "راهنمای رنگ آمیزی گرم" آزمایشگاه مرجع سلامت کد و سایر مراجع معتبر M-12	آیا بر روی نمونه های بالینی، رنگ آمیزی گرم برای دید مستقیم میکروسکوپی و بررسی کیفیت نمونه انجام می شود؟	۳۲

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۳	وجود سوابق و صحت سوابق (از رنگ آمیزی گرم برای نمونه های تنفسی به عنوان راهنمای کشت و نیز تفسیر نتایج استفاده می شود).		
				۲	وجود سوابق و صحت سوابق (از رنگ آمیزی گرم برای نمونه های تناسلی به عنوان راهنمای کشت و نیز تفسیر نتایج استفاده می شود).		
				۳	وجود سوابق و صحت سوابق (از رنگ آمیزی گرم برای نمونه و سایر مایعات CSF های استریل بدن به عنوان راهنمای کشت و نیز تفسیر نتایج استفاده می شود).		
				۲	وجود سوابق و صحت سوابق (از رنگ آمیزی گرم برای نمونه های زخم، بافت نرم و نمونه های مشابه، به عنوان راهنمای کشت و نیز تفسیر نتایج استفاده می شود).		
ردیف	• شناسایی باکتری	سنجه	حداکثر امتیاز هر سنجه	حداکثر امتیاز هر سؤال	امتیاز کسب شده	کاربرد ندارد	توضیحات
۳۳	آیا برای کلنی های جدا شده از کشت نمونه بالینی، رنگ آمیزی گرم انجام می شود؟	وجود سوابق و صحت سوابق (برای تمام کلنی های جدا شده از کشت مایعات استریل بدن باید رنگ آمیزی گرم انجام شود و در سایر موارد، رنگ آمیزی گرم در کنار روش های تشخیصی توصیه می شود).	۲	۲			
۳۴	آیا جداول / الگوریتم های مناسب برای شناسایی و افتراق باکتری های گرم مثبت از یکدیگر به تفکیک جنس و گونه باکتری موجود بوده و استفاده می شود؟	وجود جداول / الگوریتم های مناسب بر اساس "جداول و الگوریتم های شناسایی و افتراق باکتری ها" آزمایشگاه مرجع سلامت کد و سایر مراجع معتبر M-03	۱	۱۳			

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

				۱	آگاهی کارکنان از نحوه استفاده از جداول برای افتراق باکتری ها		
				۲	وجود سوابق انجام تست کاتالاز و صحت سوابق توجه: تست کاتالاز باید برای باکتری های جدا شده از نمونه های خون، مایعات بیولوژیک استریل بدن و نمونه های تنفسی در داخل هود ایمنی بیولوژیک انجام شود.		
				۲	وجود سوابق انجام تست کواگولاز اسلایدی و صحت سوابق		
				۳	وجود سوابق انجام تست کواگولاز لوله ای با پلاسمای خرگوش و صحت سوابق		
				۱	وجود سوابق انجام تست اپتوچین و صحت سوابق		
				۱	وجود سوابق انجام تست باسیتراسین و صحت سوابق		
				۱	وجود سوابق انجام تست بایل اسکولین و صحت سوابق		
				۱	وجود سوابق انجام تست و صحت $\text{NaCl } 6.5\%$ سوابق		
			۱۳	۱	وجود جداول / الگوریتم های مناسب بر اساس "جداول و الگوریتم های شناسایی و افتراق باکتری ها" آزمایشگاه مرجع و سایر M-03 سلامت کد مراجع معتبر	آیا جداول / الگوریتم های مناسب برای شناسایی و افتراق باکتری های گرم منفی از یکدیگر به تفکیک جنس و گونه باکتری موجود بوده و استفاده می شود؟	۳۵
				۱	آگاهی کارکنان از نحوه استفاده از جداول برای افتراق باکتری ها		
				۲	وجود سوابق انجام تست کاتالاز و صحت سوابق توجه: تست کاتالاز باید برای باکتری های جدا شده از		

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

				آیا جداول معیار تفسیر قطر هاله عدم رشد وجود دارد و از آن استفاده می شود؟	CLSI M100" استاندارد ویرایش سال ۲۰۱۷ و پس از آن"
			۲	توجه: (آزمایشگاه یا امتیاز سنجه استفاده از نرم افزار را می گیرد، یا امتیاز سنجه استفاده از جداول را، بنابراین حداکثر امتیاز این سؤال، ۸ می باشد).	استفاده از جداول معیار تفسیر قطر هاله عدم رشد بر اساس CLSI M100" استاندارد ویرایش سال ۲۰۱۷ و پس از آن"
			۲		آگاهی کارکنان از نحوه استفاده از نرم افزار یا جداول
			۳		سوابق ثبت قطر هاله عدم رشد و تفسیر نتایج
			۵	آیا راهنمای انتخاب تعداد و انواع دیسک های آنتی بیوتیکی لازم و مناسب (پانل آنتی بیوتیکی) برای هر ارگانیزم خاص با توجه به محل عفونت و نوع نمونه وجود دارد و طبق آن عمل می گردد؟	وجود دستورالعمل بر اساس CLSI جداول " استاندارد ویرایش سال ۲۰۱۷ و M100 پس از آن" و نظر متخصصین بالینی
			۲		آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن
			۲		وجود سوابق و صحت سوابق
			۵	آیا از محیط مولر هینتون آگار + ۰.۵٪ خون گوسفند برای انجام آزمایش تعیین حساسیت ضد میکروبی استرپتوکوک ها خصوصاً استرپتوکوک پنومونیه و نیز نیسریا مننژیتیدیس استفاده می شود؟	ضرورت استفاده از محیط مولر هینتون آگار خوندار در دستورالعمل قید شده باشد.
			۱		آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن
			۳		وجود سوابق ساخت محیط و/ یا خرید محیط آماده مصرف و استفاده از آن
			۳	آیا از محیط " هموفیلوس تست مدیوم" (برای انجام آزمایش تعیین حساسیت ضد میکروبی هموفیلوس آنفلوانزا و هموفیلوس پاراآنفلوانزا استفاده می شود؟	ضرورت استفاده از محیط هموفیلوس تست مدیوم در دستورالعمل قید شده باشد.
			۱		آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن
			۱		وجود سوابق ساخت محیط و/ یا خرید محیط آماده مصرف
			۳	آیا از فاکتور GC agar + ۰.۱٪ رشد برای انجام آزمایش تعیین حساسیت ضد میکروبی نیسریا گونوره استفاده می شود؟	ضرورت استفاده از محیط GC agar + ۰.۱٪ فاکتور رشد در دستورالعمل قید شده باشد.
			۱		آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن
			۱		وجود سوابق ساخت محیط و/ یا خرید محیط آماده مصرف

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			۵	۱	ضرورت اندازه گیری محیط مولر هینتون آگار در pH دستورالعمل قید شده باشد.	محیط مولر هینتون آگار pH آیا ساخته شده در آزمایشگاه پس از هر بار ساخت محیط و برای محیط آماده مصرف (تجاری) پس از هر بار خرید متر اندازه pH محیط، با دستگاه گیری می شود؟	۴۴
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۳	pH وجود سوابق اندازه گیری و صحت سوابق توجه: برای اندازه گیری نباید از اندیکاتور pH کاغذی استفاده شود.		
			۴	۱	ضرورت استفاده از استاندارد نیم مک فارلند برای تهیه سوسپانسیون باکتریایی، در دستورالعمل قید شده باشد.	آیا برای تهیه سوسپانسیون باکتریایی برای آزمایش تعیین حساسیت ضد میکروبی، از استاندارد نیم مک فارلند استفاده می شود؟	۴۵
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل انجام کار و ضرورت مقایسه کدورت سوسپانسیون باکتریایی 0.5 MF با کدورت استاندارد و اجرای آن		
				۲	وجود سوابق و صحت سوابق (ممیز باید از نحوه تهیه سوسپانسیون باکتریایی و مقایسه کدورت آن با کدورت استاندارد نیم مک فارلند سؤال کند، و ترجیحاً روش تهیه سوسپانسیون باکتریایی و مقایسه کدورت را مشاهده کند).		
			۲	۲	وجود سوابق اندازه گیری جذب نوری و صحت سوابق توجه: استاندارد نیم مک فارلند باید حداکثر ۶ ماه پس از تهیه/ تولید تعویض گردد.	آیا جذب نوری استاندارد نیم مک فارلند هر ماه اندازه گیری و در صورت خارج از محدوده OD نیاز (تغییر ۰/۱۳-۰/۰۸) تعویض می گردد؟	۴۶
				۱	چگونگی انتخاب تعداد دیسک های آنتی بیوتیکی متناسب با اندازه پلیت در دستورالعمل قید شده باشد.		
			۴	۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن	آیا در تست تعیین حساسیت ضد میکروبی، تعداد دیسک های آنتی بیوتیکی، متناسب با اندازه پلیت انتخاب می شود؟	۴۷
				۱			

				۲	وجود سوابق و صحت سوابق (تعداد دیسک ها بر روی پلیت های کشت داده شده در روزهای قبل مشاهده شود. بهتر است میزان مصرف ماهیانه مولر هینتون آگار و تعداد گزارش های آنتی بیوتیکی در ماه نیز توسط ممیز مدنظر قرار گیرد). (باید برای باکتری های کم نیاز در هر پلیت با قطر ۱۰ سانتی متر حداکثر ۵ تا ۶ دیسک، برای باکتری های پر نیاز شامل نیسریا گونوره، هموفیلوس آنفلوانزا و پارآنفلوانزا حداکثر ۴ دیسک و برای نیسریا مننژیتیدیس حداکثر ۲ دیسک گذاشته شود).	
			۵	۱	آگاهی کارکنان و گزارش موارد زیر: : باکتری هایی که MDR حداقل به سه آنتی بیوتیک از سه کلاس مختلف مقاوم باشند. : باکتری هایی که تنها XDR به یک یا دو آنتی بیوتیک از کلاس های مختلف حساس باشند. : باکتری هایی که به PDR تمامی آنتی بیوتیک های مورد آزمایش مقاوم باشند.	۴۸
				۲	گزارش توسط نرم افزار WHONET 5.6	آیا در آزمایشگاه، عفونت های مقاوم MDR ناشی از باکتری های Multidrug resistant (XDR) Extensively drug resistant (EDR) Pandrug resistant (PDR) و پزشک معالج و پرستار یا پزشک کنترل عفونت به عنوان نتیجه بحرانی و نیز به صورت دوره ای گزارش می شود؟ توجه: (اگر آزمایشگاه عفونت های مقاوم ناشی از هر کدام از باکتری های MDR, XDR, PDR را گزارش کند، امتیاز سنج اول را به طور کامل می گیرد. ضمناً آزمایشگاه یا امتیاز سنج گزارش توسط نرم افزار را می گیرد، یا امتیاز سنج گزارش دستی راه، بنابراین حداکثر امتیاز این سؤال، ۵ می باشد).
				۱	گزارش دستی (غیر از نرم افزار WHONET)	
				۲	وجود سوابق گزارش فوری یا دوره ای و صحت سوابق	
			۴	۱	وجود دستورالعمل بر اساس CLSI M100 "استاندارد ویرایش سال ۲۰۱۷ و پس از آن"	۴۹
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن	آیا در آزمایشگاه عفونت استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی تشخیص و گزارش (MRSA) سیلین داده می شود؟

				۲	وجود سوابق تشخیص و گزارش و صحت سوابق MRSA توجه: برای تشخیص استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی سیلین، استفاده از دیسک سفوکسی تین الزامی است.		
			۴	۱	وجود دستورالعمل بر اساس CLSI M100 "استاندارد ویرایش سال ۲۰۱۷ و پس از آن"	آیا در آزمایشگاه برای عفونت های استافیلوککی غیرادراری، مقاومت ID-القائی به کلیندامایسین با روش انجام و گزارش می Zone test شود؟	۵۰
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۲	وجود سوابق تشخیص و گزارش مقاومت القائی به کلیندامایسین و صحت سوابق		
			۴	۱	وجود دستورالعمل بر اساس CLSI M100 "استاندارد ویرایش سال ۲۰۱۷ و پس از آن"	آیا در آزمایشگاه عفونت انتروکک های (VRE) مقاوم به وانکومایسین تشخیص و گزارش داده می شود؟	۵۱
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۲	وجود سوابق تشخیص و گزارش و صحت سوابق VRE		
			۴	۱	وجود دستورالعمل بر اساس CLSI M100 "استاندارد ویرایش سال ۲۰۱۷ و پس از آن"	آیا در آزمایشگاه عفونت انتروباکتریاسه مقاوم به کارباپنم ها تشخیص و گزارش داده می (CRE) شود؟	۵۲
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۲	وجود سوابق تشخیص و گزارش و صحت سوابق CRE		
			۴	۱	وجود دستورالعمل بر اساس CLSI M100 "استاندارد ویرایش سال ۲۰۱۷ و پس از آن"	آیا در آزمایشگاه عفونت انتروباکتریاسه تولید کننده بتالاکتاماز وسیع الطیف تشخیص و گزارش داده می (ESBL) شود؟	۵۳
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۲	وجود سوابق تشخیص و گزارش و صحت سوابق ESBL		
			۱	۱	وجود سوابق ثبت زمان و نام یا مشخصه فرد انجام دهنده آزمایش	آیا تاریخ، ساعت و نام فرد انجام دهنده آزمایش در هر سری کاری ثبت می گردد؟	۵۴

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

ردیف	• کشت ادرار	سنجه	حداکثر امتیاز هر سنجه	حداکثر امتیاز هر سؤال	امتیاز کسب شده	کاربرد ندارد	توضیحات
۵۵	آیا برای مواردی که نیاز به انجام Etest می باشد از روش MIC استفاده می شود؟ MIC	Etest وجود سوابق انجام و صحت سوابق MIC (مانند کلیستین برای باکتری های گرم منفی و وانکومایسین برای استافیلوکوک ها)	۳	۳			
۵۶	آیا دستورالعمل انجام کشت برای نمونه های ادرار وجود دارد و طبق آن عمل می شود؟	وجود دستورالعمل کشت ادرار بر اساس مراجع معتبر آگاهی کارکنان از دستورالعمل ها و اجرای آنها	۱	۲			
۵۷	آیا از لوپ کالیبره (یکبار مصرف و/ یا فلزی از جنس آلایژ نیکروم یا $\mu 10$ و $\mu 100$ اپلاتینیوم) با حجم برای انجام کشت کمی استفاده می شود؟ توجه: (آزمایشگاه یا امتیاز سنجه لوپ یکبار مصرف را می گیرد، یا امتیاز سنجه لوپ فلزی را، اگر آزمایشگاه از هر دو نوع لوپ استفاده می کند، امتیاز لوپی که به طور غالب استفاده می کند به آن تعلق می گیرد، بنابراین حداکثر امتیاز این سؤال، ۴ می باشد).	$\mu 10$ و $\mu 100$ وجود لوپ یکبار مصرف یا $\mu 10$ و $\mu 100$ اپلاتینیوم توجه: استفاده از لوپ فلزی معمولی غیر نیکروم یا پلاتینیوم مجاز نمی باشد و امتیازی به آن تعلق نمی گیرد. وجود سوابق کالیبراسیون لوپ و صحت سوابق	۲	۴			
۵۸	آیا نمونه های ادرار حداکثر تا ۲ ساعت پس از جمع آوری، کشت داده می شوند؟	حداکثر زمان مجاز کشت نمونه های ادرار، در دستورالعمل قید شده باشد. آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن	۱	۲			
۵۹	آیا در غیر این صورت، نمونه های ادرار در یخچال (حداکثر تا ۲۴ ساعت از زمان نمونه گیری) نگهداری می شوند؟	حداکثر زمان مجاز کشت نمونه های ادرار، در دستورالعمل قید شده باشد. آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن	۱	۲			
۶۰	آیا از محیط های کشت مناسب (آگار آگار) EMB، خوندار، مکانکی آگار/	ضرورت استفاده از محیط های مذکور برای کشت نمونه های ادراری، در دستورالعمل قید شده باشد.	۱	۴			

				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن توجه: برای کشت تمامی نمونه ها در بخش باکتری شناسی باید از یک پلیت جداگانه برای هر بیمار استفاده شود. فقط برای کشت ادرار می توان از پلیت های دو قسمتی ۸ یا ۱۰ سانتی متری حاوی بلاد آگار آگار یا بلاد آگار و EMB و مکانکی آگار برای نمونه یک بیمار استفاده نمود.	برای کشت نمونه های ادراری استفاده می گردد؟	
				۱	وجود سوابق و شواهد استفاده از محیط آگار خوندار و صحت سوابق		
				۱	وجود سوابق و شواهد استفاده از EMB محیط مکانکی آگار / آگار و صحت سوابق		
				۱	وجود دستورالعمل نحوه تفسیر نتایج کشت ادرار	۶۱ آیا دستورالعمل نحوه تفسیر نتایج کشت ادرار وجود دارد و از آن استفاده می شود؟	
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
			۴	۲	وجود سوابق و صحت سوابق (ممیز باید دفتر گزارش بخش باکتری شناسی را چک کند. در صورتی که کانت های کمتر از ۱۰۰/۰۰۰، با توجه به علائم بالینی، مورد تفسیر قرار گرفته، و در صورت نیاز گزارش شده باشد، امتیاز این قسمت به آن تعلق می گیرد).		
توضیحات	کاربرد ندارد	امتیاز کسب شده	حداکثر امتیاز هر سؤال	حداکثر امتیاز هر سنج	سنجه	• کشت نمونه تناسلی	ردیف
			۳	۱	وجود دستورالعمل کشت نمونه تناسلی بر اساس مراجع معتبر و ذکر موارد ذکر شده در این سؤال، در دستورالعمل	آیا از شکلات آگار یا سایر محیط های مناسب برای کشت نمونه های جمع آوری شده از دستگاه تناسلی استفاده می گردد؟	۶۲
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

				۱	وجود سوابق و شواهد استفاده از شکلات آگار یا سایر محیط های مناسب و صحت سوابق		
			۴	۱	بررسی نمونه های دستگاه تناسلی در زنان باردار از نظر وجود/استرپتوکوکوس آگالاکتیه، در دستورالعمل قید شده باشد.	آیا نمونه های دستگاه تناسلی در زنان باردار از نظر وجود/استرپتوکوکوس آگالاکتیه بررسی می شود؟	۶۳
		۱		آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن			
		۲		وجود سوابق بررسی نمونه های دستگاه تناسلی و ادراری- تناسلی در زنان باردار از نظر وجود/استرپتوکوکوس آگالاکتیه و صحت سوابق			
			۴	۱	ضرورت ارزیابی نمونه های ترشح واژینال با رنگ آمیزی گرم از نظر وجود واژینوز باکتریال، در دستورالعمل قید شده باشد.	آیا نمونه های ترشح واژینال، با رنگ آمیزی گرم از نظر وجود واژینوز باکتریال ارزیابی می شوند؟	۶۴
		۱		آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن			
		۲		وجود سوابق ارزیابی نمونه های ترشح واژینال با رنگ آمیزی گرم و صحت سوابق			
توضیحات	کاربرد ندارد	امتیاز کسب شده	حداکثر امتیاز هر سؤال	حداکثر امتیاز هر سنج	سنجه	• کشت مدفوع	ردیف
			۶	۱	وجود دستورالعمل کشت مدفوع بر اساس مراجع معتبر و ضرورت استفاده از محیط های مذکور، در دستورالعمل	آیا از محیط های کشت مکانکی آگار و آگار / هکتون انتریک آگار برای XLD کشت نمونه های مدفوع استفاده می شود؟	۶۵
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۲	وجود سوابق و شواهد استفاده از محیط مکانکی آگار و صحت سوابق توجه: برای کشت اولیه مدفوع باید از پلیت های ۸ یا ۱۰ سانتی متری استفاده شود. توجه: استفاده از آگار خوندار برای مشاهده همولیز و انجام تست اکسیداز در نمونه های		

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

				اسهالی مشکوک به ویبریو و آئروموناس توصیه می شود.	
			۲	وجود سوابق و شواهد استفاده از آگار / هکتون XLD محیط انتریک آگار و صحت سوابق توجه: برای کشت اولیه مدفوع باید از پلیت های ۸ یا ۱۰ سانتی متری استفاده شود.	
			۴	ضرورت استفاده از محیط های غنی کننده مذکور برای بازیابی تعداد کم پاتوژن های روده ای، در دستورالعمل قید شده باشد.	۶۶ GN آیا از محیط های غنی کننده Broth یا Selenite F Broth برای بازیابی تعداد کم پاتوژن های روده ای (به ویژه در حاملین بدون علامت) استفاده می شود؟
		۱		آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن	
		۲		وجود سوابق و شواهد استفاده از یا Selenite F Broth محیط GN Broth و صحت سوابق	
			۳	وجود سوابق تعیین سرگروه در داخل آزمایشگاه و صحت سوابق	۶۷ آیا از آنتی سرم های شیگلا برای تعیین سرگروه استفاده می گردد؟ O157 توجه: به غیر از آنتی سرم نباید از سایر آنتی سرم <i>E. coli</i> برای تعیین سرگروه <i>E. coli</i> های جدا شده از نمونه <i>E. coli</i> های های مدفوع استفاده شود. توجه: (آزمایشگاه امتیاز سنج اول یا سنجه دوم را می گیرد، بنابراین حداکثر امتیاز این سؤال، ۳ می باشد).
		۲		وجود سوابق و صحت سوابق ارجاع به آزمایشگاه دیگر	
			۳	وجود سوابق تعیین سرگروه در داخل آزمایشگاه و صحت سوابق	۶۸ آیا از آنتی سرم های سالمونلا برای تعیین سرگروه استفاده می شود؟ توجه: (آزمایشگاه یا امتیاز سنج اول را می گیرد، یا امتیاز سنج دوم را، بنابراین حداکثر امتیاز این سؤال، ۳ می باشد).
		۲		وجود سوابق و صحت سوابق ارجاع به آزمایشگاه دیگر	

ردیف	• کشت نمونه تنفسی	سنجه	حداکثر امتیاز هر سنجه	حداکثر امتیاز هر سؤال	امتیاز کسب شده	کاربرد ندارد	توضیحات
۶۹	آیا از محیط های کشت آگار خوندار، EMB شکلات آگار و مکانکی آگار / آگار برای کشت نمونه های دستگاه تنفسی استفاده می شود؟	وجود دستورالعمل کشت نمونه های تنفسی بر اساس مراجع معتبر و ذکر موارد ذکر شده در این سؤال، در دستورالعمل	۱	۵			
		آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن	۱				
		وجود سوابق و شواهد استفاده از محیط آگار خوندار و صحت سوابق	۱				
		وجود سوابق و شواهد استفاده از محیط شکلات آگار و صحت سوابق	۱				
		وجود سوابق و شواهد استفاده از EMB محیط مکانکی آگار / آگار و صحت سوابق	۱				
۷۰	آیا برای تفسیر نتایج کشت نمونه هایی از قبیل آسپیراسیون تراشه و Bronchoalveolar lavage (BAL) کلنی کانت انجام می شود؟	ضرورت انجام کلنی کانت برای تفسیر نتایج کشت نمونه های مذکور، در دستورالعمل قید شده باشد. توجه: کلنی کانت با استفاده از لوپ استاندارد کالیبره (روش کمی) یا به روش نیمه کمی انجام می شود. توجه: ظروف جمع آوری نمونه باید استریل باشند.	۱	۴			
		آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن	۱				
		وجود سوابق و صحت سوابق	۲				
ردیف	• کشت خون	سنجه	حداکثر امتیاز هر سنجه	حداکثر امتیاز هر سؤال	امتیاز کسب شده	کاربرد ندارد	توضیحات
۷۱	آیا از محیط های کشت خون حاوی استفاده SPS ماده ضد انعقاد می شود؟	وجود دستورالعمل کشت دستگاه خون بر اساس مراجع در SPS معتبر و ذکر وجود دستورالعمل	۱	۲			
		وجود سوابق خرید محیط کشت خون حاوی ماده ضد انعقاد SPS	۱				

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			۴	۱	<p>ضرورت رعایت نسبت حجم خون به حجم محیط برای کشت خون، در دستورالعمل قید شده باشد.</p> <p>توجه: حجم محیط کشت ۳۰ و ml کودکان حدود ۵۰ است. ml بزرگسالان حدود نسبت حجم خون به حجم محیط کشت خون در مورد کودکان باید ۱:۱۰ تا ۱:۲۰ ۱-۳ ml باشد، یعنی مقدار ۲۰ محیط ml خون به ازای کشت خون و در مورد بزرگسالان این نسبت باید ۱:۵ ۵-۱۰ tml تا ۱:۱۰ باشد، یعنی ۵۰ محیط ml خون به ازای کشت خون.</p>	<p>آیا برای کشت خون، نسبت حجم خون به حجم محیط در مورد کودکان و بزرگسالان رعایت می گردند؟</p>	۷۲
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و انجام کشت خون بر اساس آن		
				۲	وجود سوابق و شواهد رعایت نسبت حجم خون به حجم محیط و صحت سوابق		
			۳	۱	<p>ضرورت بررسی روزانه محیط های کشت خون از نظر وجود علائم رشد میکروارگانیسم ها، در دستورالعمل قید شده باشد. (محیط های کشت خون باید طی انکوباسیون در روز اول، دو بار و سپس به طور روزانه از نظر وجود علائم رشد میکروارگانیسم ها نظیر همولیز، لخته، کدورت، تولید گاز و وجود کلنی بررسی گردند).</p>	<p>آیا محیط های کشت خون، از نظر وجود علائم رشد میکروارگانیسم ها به طور روزانه بررسی می گردند؟</p>	۷۳
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۱	وجود سوابق بررسی روزانه محیط کشت خون از نظر رشد میکروارگانیسم ها و صحت سوابق		

			۴	<p>۱</p> <p>ضرورت کشت مجدد محیط های کشت خون در ۷۲ ساعت اولیه، در دستورالعمل قید شده باشد. (از محیط های کشت خون، باید کشت مجدد بر روی محیط شکلات آگار در فاصله زمانی ۷۲ ساعت اولیه انجام شده و نتایج آنها ثبت گردد. لازم به ذکر است که پلیت شکلات آگار انکوبه CO₂ باید در اتمسفر شود و به مدت ۳-۵ روز از نظر وجود رشد بررسی گردد. در موارد شناسایی باکتری های کند رشد، برای جلوگیری از خشک شدن پلیت ها می توان آنها را بارافیلیم پیچید و <u>پیش از ۵ روز انکوبه نمود</u>. توجه: در مواردی که کشت مجدد منفی است توصیه می شود جهت افزایش احتمال جداسازی ارگانسیم، رنگ آمیزی گرم انجام شود.</p>	<p>۷۴</p> <p>آیا از محیط های کشت خون در صورتی که علائم ظاهری مشخص رشد وجود نداشته باشد، حداقل یکبار پس از ۷۲ ساعت انکوباسیون اولیه، کشت مجدد (روی محیط شکلات subculture) آگار انجام می شود و نتایج آنها ثبت می گردد؟</p>
				<p>۱</p> <p>آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن</p>	
				<p>۲</p> <p>وجود سوابق انجام رنگ آمیزی گرم و/ یا ساب کالچر از کشت های خون، در ۱۲ تا ۴۸ ساعت اولیه و صحت سوابق</p>	
			۴	<p>۱</p> <p>ضرورت انکوباسیون و بررسی ۴ هفته ای کشت های خون در موارد مذکور، در دستورالعمل قید شده باشد.</p>	<p>۷۵</p> <p>آیا کشت های خون در موارد مشکوک به بروسلوز و اندوکاردیت مزمن یا عفونت های سخت رشد و عفونت های قارچی، حداقل به مدت ۴ هفته انکوبه و بررسی می شوند؟</p>
				<p>۱</p> <p>آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن</p>	
				<p>۲</p> <p>وجود سوابق بررسی کشت های خون در موارد مذکور به مدت ۴ هفته و صحت سوابق</p>	
			۵	<p>۱</p> <p>ضرورت اطلاع رسانی سریع نتایج کشت های مثبت اولیه به پزشک و یا سایر کادر درمانی، در دستورالعمل قید شده باشد.</p>	<p>۷۶</p> <p>آیا نتایج کشت های مثبت اولیه سریعاً به پزشک و یا سایر کادر درمانی اطلاع داده می شود؟</p>
				<p>۱</p> <p>آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن</p>	

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

				۳	وجود سوابق ثبت و اطلاع رسانی فوری نتایج اولیه و صحت سوابق	
۷۷	آیا برای تهیه محیط شکلات آگار از بن ۸۰° و مدت زمان C ماری در دمای ۱۵ دقیقه استفاده می شود؟	۱	وجود دستورالعمل روش تهیه محیط شکلات آگار	۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن	
			۴	۲	وجود شواهد و سوابق و صحت سوابق (بهتر است وجود بن ماری ساخت $\log \text{book}$ ۱۰۰° و C شکلات آگار، شامل دمای بن ماری، تاریخ استفاده از بن ماری برای تهیه شکلات آگار، و مطابقت آن با زمان ساخت شکلات آگار توسط ممیز بررسی می شود).	
۷۸	آیا در صورت استفاده از سیستم اتوماسیون کشت خون، دستورالعمل فنی نحوه استفاده از آن وجود دارد و کنترل، نگهداری و کالیبراسیون آن به درستی انجام می شود؟ توجه: در صورت استفاده از سیستم های معتبر برای تمام نمونه های کشت خون (نه تعدادی از نمونه ها) و جایگزین کردن این سیستم به جای کشت خون متعارف، تمام امتیازات بخش کشت خون برای استفاده کنندگان از این سیستم ها در نظر گرفته شود.	۱	وجود دستورالعمل شرکت سازنده یا دستورالعمل فنی مکتوب شده بر اساس آن (حاوی اطلاعات لازم مثل چگونگی و مراحل کاربری، نحوه و فواصل زمانی کنترل و نگهداری، کالیبراسیون، ملاحظات ایمنی و ...)	۳	۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن
				۱	وجود سوابق کنترل، نگهداری و کالیبراسیون دستگاه مطابق با دستورالعمل و صحت سوابق	
۷۹	آیا میزان کلی آلودگی نمونه های کشت خون مثبت در فواصل زمانی تعیین شده در آزمایشگاه (به طور متوسط ۶ ماهه) بررسی می شود؟ توجه: (هر آزمایشگاه یا امتیاز سنج اول را می گیرد، یا امتیاز سنج دوم، و یا امتیاز سنج سوم را، بنابراین حداکثر امتیاز این سؤال، ۳ می باشد).	۳	میزان آلودگی ۰.۳٪ یا کمتر توجه: تشخیص آلودگی باید با هماهنگی پزشک معالج و پرستار یا پزشک کنترل عفونت انجام شود.	۳	۲	میزان آلودگی ۰.۳٪ تا ۰.۶٪
				۱	در صورتی که فقط احتمال آلودگی بررسی می شود یا میزان آلودگی بیش از ۰.۶٪ باشد	

ردیف	• کشت CSF و سایر مایعات استریل بدن	سنجه	حداکثر امتیاز هر سنجه	حداکثر امتیاز هر سؤال	امتیاز کسب شده	کاربرد ندارد	توضیحات
۸۰	و سایر مایعات CSF آیا نمونه های استریل بدن طبق دستورالعمل های معتبر به آزمایشگاه ارسال می گردد و آزمایش می شود؟	وجود دستورالعمل کشت بر اساس مراجع معتبر CSF	۱	۵			
		وجود دستورالعمل کشت سایر مایعات استریل بدن بر اساس مراجع معتبر	۱				
		آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن	۱				
		وجود سوابق و صحت سوابق	۲				
۸۱	به سرعت و CSF آیا نمونه های حداکثر ظرف مدت یک ساعت پس از نمونه گیری، کشت داده شده و بررسی می شوند؟	ضرورت کشت سریع نمونه های حداکثر ظرف مدت یک CSF ساعت پس از نمونه گیری، در دستورالعمل قید شده باشد.	۱	۴			
		آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن	۱				
		وجود سوابق و صحت سوابق	۲				
		ضرورت استفاده از محیط های مذکور و رعایت مدت زمان و شرایط مناسب انکوباسیون، در دستورالعمل قید شده باشد.	۱				
۸۲	آیا برای کشت و جداسازی باکتری های پرنیاز مانند هموفیلوس و نیسریا، از محیط های آگار خوندار و شکلات آگار استفاده می شود و مدت زمان و شرایط مناسب انکوباسیون (تا ۷۲ ساعت) رعایت CO ₂ در شرایط ۵٪ می گردد؟	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن	۱	۴			
		وجود سوابق و شواهد استفاده از محیط آگار خوندار و صحت سوابق	۱				
		وجود سوابق و شواهد استفاده از محیط شکلات آگار و صحت سوابق	۱				
		ضرورت استفاده از محیط های مذکور و رعایت مدت زمان و شرایط مناسب انکوباسیون، در دستورالعمل قید شده باشد.	۱				
ردیف	• کشت نمونه زخم و بافت نرم	سنجه	حداکثر امتیاز هر سنجه	حداکثر امتیاز هر سؤال	امتیاز کسب شده	کاربرد ندارد	توضیحات
۸۳	آیا از محیط های کشت آگار خوندار، EMB شکلات آگار، مکانکی آگار / آگار و تایوگلیکولات و محیط های انتخابی برای کشت نمونه	وجود دستورالعمل کشت نمونه زخم و بافت نرم بر اساس مراجع معتبر و ضرورت استفاده از محیط های مذکور، در دستورالعمل	۱	۷			
		آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن	۱				

				۱	وجود سوابق و شواهد استفاده از محیط آگار خوندار و صحت سوابق	های زخم و بافت نرم استفاده می گردد؟	
				۱	وجود سوابق و شواهد استفاده از محیط شکلات آگار و صحت سوابق		
				۱	وجود سوابق و شواهد استفاده از EMB محیط مکانکی آگار / آگار و صحت سوابق		
				۱	وجود سوابق و شواهد استفاده از محیط تایوگلیکولات و صحت سوابق		
				۱	استفاده از محیط های انتخابی CNA مانیتول سالت آگار و / یا (کلیستین نالیدیکسیک اسید بلاد آگار)		
ردیف	کنترل کیفیت	سنجه	حداکثر امتیاز هر سنجه	حداکثر امتیاز هر سؤال	امتیاز کسب شده	کاربرد ندارد	توضیحات
	• کلیات						
۸۴	آیا سوابق کنترل کیفیت فرآورده های تشخیصی جدید (فرآورده جدید یا سری ساخت جدید) <u>قبل از شروع استفاده</u> ، موجود می باشد؟	وجود سوابق کنترل کیفیت فرآورده های تشخیصی جدید (شامل محیط های کشت، دیسک آنتی بیوگرام، دیسک های تشخیصی، معرف ها، رنگ ها و ...) قبل از شروع استفاده و صحت سوابق	۵	۵			
۸۵	آیا به عنوان بخشی از برنامه تضمین کیفیت، نمونه های مجهول میکروبی به صورت دوره ای در سری کاری کارکنان قرار می گیرد؟	وجود سوابق برنامه تضمین کیفیت دوره ای و منظم و صحت سوابق	۲	۲			
۸۶	آیا نتایج به دست آمده از برنامه کنترل کیفیت داخلی، برای شناسایی و رفع خطاها استفاده می گردد؟	ثبت اقدامات انجام شده برای شناسایی و رفع خطاها	۴	۴			
۸۷	آیا نتایج به دست آمده از برنامه های ارزیابی خارجی کیفیت میکروب شناسی، برای شناسایی و رفع خطاها استفاده می شود؟	ثبت اقدامات انجام شده برای شناسایی و رفع خطاها	۳	۳			
۸۸	آیا دستورالعمل نحوه نگهداری کوتاه مدت و بلند مدت سویه های میکروبی	وجود دستورالعمل بر اساس "دستورالعمل نگهداری و استفاده از سویه های باکتریایی"	۱	۳			

					آزمایشگاه مرجع سلامت کد و سایر مراجع معتبر M-08	در آزمایشگاه موجود می باشد و از آن استفاده می گردد؟		
				۲	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن بر حسب امکانات آزمایشگاه			
			۴	۴	استفاده از سویه های میکروبی ATCC یا استاندارد (PTCC)	<p>آیا سویه های میکروبی استاندارد، به منظور کنترل کیفی دیسک های تشخیصی، محیط های کشت، آنتی سرم ها، رنگ ها و معرف ها وجود دارد و استفاده می شود؟</p> <p>توجه: (آزمایشگاه یا امتیاز سنج اول را می گیرد، یا امتیاز سنج دوم، و یا امتیاز سنج سوم را، اگر آزمایشگاه از سویه های دو یا سه سنج استفاده می کند، امتیاز سویه ای که به طور غالب از آن استفاده می کند، به آن تعلق می گیرد، بنابراین حداکثر امتیاز این سؤال، ۴ می باشد).</p>	۸۹	
				۳	استفاده از سویه های ارزیابی خارجی کیفیت شناسنامه دار			
				۲	استفاده از سویه های شناخته شده بیماران که دارای ثبات فنوتیپی می باشند			
			۵	۱	وجود دستورالعمل بر اساس "دستورالعمل روش تعیین حجم لوپ" آزمایشگاه مرجع و سایر M-06 سلامت کد مراجع معتبر	<p>آیا لوپ های کالیبره یکبار مصرف در هر سری ساخت، و لوپ های کالیبره فلزی نیکروم یا پلاتینیوم حداقل به صورت ماهانه کنترل کیفیت می شوند؟</p>	۹۰	
				۲	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن			
				۲	وجود سوابق کنترل کیفیت لوپ و صحت سوابق			
توضیحات	کاربرد ندارد	امتیاز کسب شده	حداکثر امتیاز هر سؤال	حداکثر امتیاز هر سنج	سنجه	• تعیین حساسیت ضد میکروبی	ردیف	
			۲	۲	وجود سوابق ثبت مشخصات دیسک های آنتی بیوتیکی و صحت سوابق (باید مشخصات دیسک های آنتی بیوتیکی شامل نام محصول، نام شرکت، سری ساخت، غلظت، تاریخ شروع به استفاده و تاریخ انقضاء در هر سری ساخت یا خرید ثبت گردد).	<p>آیا مشخصات دیسک های آنتی بیوتیکی در هر سری ساخت (یا خرید ثبت می گردد؟ No.)</p>	۹۱	

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			۴	۴	وجود تأییدیه کتبی وزارت بهداشت برای هر دیسک آنتی بیوتیکی	آیا دیسک های آنتی بیوتیکی، دارای تأییدیه کتبی از وزارت بهداشت می باشند؟	۹۲
			۲	۱	وجود دستورالعمل شرایط نگهداری دیسک های آنتی بیوتیکی بر اساس مراجع معتبر	آیا دیسک های آنتی بیوتیکی در دمای مناسب نگهداری می شوند؟	۹۳
				۱	بررسی محل نگهداری دیسک های آنتی بیوتیکی مختلف توجه: دمای مناسب برای نگهداری دیسک های آنتی بیوتیکی ذخیره، کمتر از ۱۴°- و برای مصرف روزانه C ۸°-۲ می باشد. C در یخچال در صورت استفاده از دیسک های قرصی شکل، می توان طبق توصیه سازنده عمل نمود.		
			۷	۳	استفاده از حداقل ۳ سویه استاندارد <i>Staphylococcus aureus</i> ATCC 25923 ، <i>E. coli</i> ATCC 25922 ، <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ATCC 27853 (آیا حداقل سویه های میکروبی استاندارد، به منظور کنترل کیفیت دیسک های آنتی بیوتیکی وجود دارد و استفاده می شود؟	۹۴
				۲	آگاهی کارکنان از نحوه کنترل کیفی دیسک های آنتی بیوتیکی با استفاده از سویه های میکروبی استاندارد		
				۲	وجود سوابق تهیه / خرید و نگهداری این سویه ها و صحت سوابق		
			۴	۱	وجود دستورالعمل بر اساس مراجع معتبر مانند "کتاب استاندارد عملکردی آزمایش تعیین حساسیت ضد میکروبی به روش انتشار از دیسک" و M02-A11 دستورالعمل CLSI یا ویرایش های بعدی	آیا محیط مولر هینتون آگار با استفاده از سویه های <i>Enterococcus faecalis</i> ATCC 29212 یا ATCC 33186 و کنترل SXT دیسک آنتی بیوتیکی ، کیفیت شده و نتایج آن ثبت می گردد؟	۹۵
				۱	آشنایی کارکنان با نحوه کنترل کیفیت مولر هینتون آگار و اجرای آن		
				۲	وجود سوابق کنترل کیفیت مولر هینتون آگار و صحت سوابق		

			۹	۱	وجود دستورالعمل بر اساس مراجع معتبر مانند کتاب "استاندارد عملکردی آزمایش تعیین حساسیت ضد میکروبی به روش انتشار از دیسک" و M02-A11 دستورالعمل یا ویرایش های بعدی CLSI	lot یا کیفیت هر سری ساخت (یا خرید دیسک های آنتی No. بیوتیکی کنترل می شود و نتایج آن ثبت می گردد؟	۹۶
				۲	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۴	وجود سوابق کنترل کیفیت دیسک های آنتی بیوتیکی (روزانه در ابتدای اجرای برنامه کنترل کیفیت دیسک و سپس به صورت هفتگی) بر اساس CLSI M100 توصیه توجه: لازم است قطر هاله عدم رشد ثبت شود.		
				۲	وجود سوابق نحوه برخورد با موارد خطا و عدم انطباق ها و صحت سوابق		
			۲	۱	استفاده از جداول معیار تفسیر قطر هاله عدم رشد با سویه های استاندارد متعلق به "استاندارد ویرایش سال CLSI M100 ۲۰۱۷ و پس از آن"	آیا جداول معیار تفسیر قطر هاله عدم رشد با سویه های استاندارد برای کنترل کیفیت دیسک های آنتی بیوتیکی وجود دارد و استفاده می شود؟	۹۷
				۱	آگاهی کارکنان از نحوه استفاده از جداول و اجرای آن		
			۵	۱	وجود دستورالعمل بر اساس مراجع معتبر مانند CLSI M100 استاندارد ویرایش سال ۲۰۱۷ و پس از آن	Etest آیا کیفیت نوارهای با استفاده از سویه های MIC استاندارد کنترل شده و نتایج آن ثبت می گردد؟	۹۸
				۲	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۲	وجود سوابق کنترل کیفیت و Etest MIC نوارهای صحت سوابق. توجه: نوارهای Etest باید حداقل یکبار پس از خرید، با سویه های استاندارد، کنترل کیفیت و MIC با استفاده از جداول CLSI در استاندارد M100 تفسیر گردند.		

			۵	۱	وجود دستورالعمل شرکت سازنده یا دستورالعمل فنی مکتوب شده بر اساس آن (حاوی اطلاعات لازم مثل چگونگی و مراحل کاربری، نحوه و فواصل زمانی کنترل و نگهداری، کالیبراسیون، ملاحظات ایمنی و ...)	در صورت استفاده از روش های معتبر خارجی برای MIC اتوماسیون تعیین حساسیت ضد میکروبی، آیا دستورالعمل مربوطه و سوابق انجام آن در آزمایشگاه موجود است؟	۹۹
				۲	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۲	وجود سوابق کنترل، نگهداری و کالیبراسیون دستگاه مطابق با دستورالعمل و صحت سوابق		
توضیحات	کاربرد ندارد	امتیاز کسب شده	حداکثر امتیاز هر سؤال	حداکثر امتیاز هر سنج	سنجه	• رنگ ها	ردیف دیف
			۱	۱	وجود سوابق ثبت مشخصات رنگ ها و صحت سوابق (باید مشخصات رنگ ها شامل نام محصول، نام شرکت، سری ساخت، تاریخ شروع به استفاده و تاریخ انقضاء در هر سری ساخت یا خرید ثبت گردد).	آیا مشخصات رنگ ها در هر سری ساخت در آزمایشگاه یا خرید رنگ های تجاری ثبت می گردد؟	۱۰۰
			۲	۲	وجود تأییدیه کتبی وزارت بهداشت برای هر محصول	آیا رنگ هایی که به صورت تجاری خریداری می گردند، دارای تأییدیه کتبی از وزارت بهداشت می باشند؟	۱۰۱
			۵	۱	وجود دستورالعمل مناسب (نحوه کنترل کیفیت رنگ گرم مصرفی در دستورالعمل قید شده باشد).	آیا کیفیت هر سری ساخت یا خرید رنگ گرم بررسی می شود و نتایج آن ثبت می گردد؟	۱۰۲
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۳	وجود سوابق کنترل کیفیت رنگ گرم مصرفی با ارگانیزم های کنترل در هر سری ساخت یا خرید و بعد از آن حداقل به صورت هفتگی، و در زمان مصرف از لحاظ وجود رسوب احتمالی و صحت سوابق		
			۴	۱	وجود دستورالعمل مناسب (نحوه کنترل کیفیت رنگ		۱۰۳

					بلودومتیلن مصرفی، در دستورالعمل قید شده باشد).	آیا کیفیت هر سری ساخت یا خرید رنگ بلودومتیلن بررسی می شود و نتایج آن ثبت می گردد؟	
				۱	آگاهی کارکنان از دستورا عمل و اجرای آن		
				۲	وجود سوابق کنترل کیفیت رنگ بلودومتیلن مصرفی با کنترل در هر سری ساخت یا خرید و سپس به صورت ماهانه و صحت سوابق		
					وجود دستورالعمل مناسب (نحوه کنترل کیفیت رنگ زیل نلسون مصرفی و ضرورت استفاده از کنترل مثبت در هنگام رنگ آمیزی زیل نلسون، در دستورالعمل قید شده باشد).	آیا کیفیت هر سری ساخت یا خرید رنگ زیل نلسون (اسید فاست) بررسی می شود و نتایج آن ثبت می گردد؟	۱۰۴
			۴	۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۲	وجود سوابق کنترل کیفیت رنگ زیل نلسون مصرفی با کنترل مثبت (تهیه شده از BCG واکسن (کنترل) در هر سری <i>E. coli</i> منفی) ساخت یا خرید و سپس در هر روز کاری و صحت سوابق		
ردیف	مواد و معرف ها	سنجه	حداکثر امتیاز هر سنجه	حداکثر امتیاز هر سؤال	امتیاز کسب شده	کاربرد ندارد	توضیحات
۱۰۵	آیا مشخصات معرف ها در هر سری ساخت یا خرید ثبت می گردد؟	وجود سوابق ثبت مشخصات معرف ها و صحت سوابق (باید مشخصات معرف ها شامل نام محصول، نام شرکت، سری ساخت، تاریخ شروع به استفاده و تاریخ انقضاء در هر سری ساخت یا خرید ثبت گردد).	۱	۱			
۱۰۶	آیا معرف های تهیه شده در آزمایشگاه دارای برچسب مناسب حاوی اطلاعات لازم می باشند؟	وجود برچسب مناسب بر روی ظروف حاوی معرف (اطلاعات لازم مانند مشخصات معرف ها شامل نام، غلظت، تاریخ ساخت، تاریخ انقضاء و ...).	۱	۱			

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			۲	۲	وجود تأییدیه کتبی وزارت بهداشت برای هر محصول وجود سوابق	آیا معرف هایی که به صورت تجاری خریداری می شوند، دارای تأییدیه کتبی از وزارت بهداشت می باشند؟	۱۰۷
			۱	۱	ثبت مشخصات آنتی سرم ها و صحت سوابق (باید مشخصات آنتی سرم ها شامل نام محصول، نام شرکت، سری ساخت، تاریخ شروع به استفاده و تاریخ انقضاء در هر سری ساخت یا خرید ثبت گردد).	آیا مشخصات آنتی سرم ها در هر سری ساخت یا خرید ثبت می گردد؟	۱۰۸
			۲	۲	وجود تأییدیه کتبی وزارت بهداشت برای هر محصول	آیا آنتی سرم ها دارای تأییدیه کتبی از وزارت بهداشت می باشند؟	۱۰۹
			۲	۲	وجود تأییدیه کتبی وزارت بهداشت برای هر محصول	آیا دیسک های تشخیصی دارای تأییدیه کتبی از وزارت بهداشت می باشند؟	۱۱۰
			۶	۱	نحوه کنترل کیفیت معرف ها، در دستورالعمل قید شده باشد.	آیا کیفیت هر سری ساخت یا خرید معرف ها برای واکنش های مثبت و منفی کنترل می شوند و نتایج آن ثبت می گردد؟	۱۱۱
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۴	وجود سوابق کنترل کیفیت معرف ها در هر سری ساخت یا خرید و سپس سه ماه یکبار و در موارد خاص در هر روز کاری و صحت سوابق (موارد خاص معرف های کاتالاز، اکسیداز و کواگولاز می باشد).		
			۵	۱	نحوه کنترل کیفیت آنتی سرم ها، در دستورالعمل قید شده باشد.	آیا کیفیت هر سری ساخت یا خرید آنتی سرم ها برای واکنش منفی و شدت واکنش های مثبت کنترل می شوند و نتایج آن ثبت می شود؟	۱۱۲
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۳	وجود سوابق کنترل کیفیت آنتی سرم ها در هر سری ساخت یا خرید و سپس شش ماه یکبار و صحت سوابق		
			۶	۱	نحوه کنترل کیفیت دیسک های تشخیصی، در دستورالعمل قید شده باشد.	آیا کیفیت هر سری ساخت یا خرید دیسک های تشخیصی برای واکنش های مثبت و منفی کنترل می شوند و نتایج آن ثبت می شود؟	۱۱۳
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

				۴	وجود سوابق کنترل کیفیت دیسک های تشخیصی در هر سری ساخت یا خرید و سپس ماهی یکبار و صحت سوابق	
			۹	۳	وجود دستورالعمل شرکت سازنده معرف ها، آنتی سرم ها و دیسک های تشخیصی	۱۱۴ آیا تمامی معرف ها، آنتی سرم ها و دیسک های تشخیصی طبق دستورالعمل شرکت سازنده نگهداری می شوند؟
		۳		آگاهی کارکنان از دستورالعمل ها و اجرای آن		
		۳		مشاهده شرایط نگهداری معرف ها، آنتی سرم ها و دیسک های تشخیصی		
			۳	۳	عدم وجود مواد تاریخ مصرف گذشته توجه: فقط اگر معرف ها، آنتی سرم ها و محیط های کشت تاریخ گذشته (به جز محیط مولر هینتون آگار)، به طور مستمر کنترل کیفیت شوند و نتایج قابل قبولی داشته باشند، قابل استفاده می باشند. توجه: محیط مولر هینتون آگار، دیسک های آنتی بیوتیکی و دیسک های تشخیصی تاریخ گذشته به هیچ عنوان قابل استفاده نمی باشند.	۱۱۵ آیا معرف ها، آنتی سرم ها، محیط های کشت، دیسک های تشخیصی و دیسک های آنتی بیوتیکی بعد از تاریخ انقضاء دور ریخته می شوند؟
توضیحات	کاربرد ندارد	امتیاز کسب شده	حداکثر امتیاز هر سؤال	حداکثر امتیاز هر سنج	سنجه	ردیف
			۱	۱	وجود سوابق ثبت مشخصات محیط های کشت و صحت سوابق (باید مشخصات محیط های کشت شامل نام محصول، نام شرکت، سری ساخت، تاریخ شروع به استفاده و تاریخ انقضاء در هر سری ساخت یا خرید، تاریخ ساخت محیط در آزمایشگاه ثبت گردد).	۱۱۶ آیا مشخصات محیط های کشت در هر سری ساخت یا خرید ثبت می گردد؟
			۳	۳	وجود تأییدیه کتبی وزارت بهداشت برای هر محصول	۱۱۷ آیا محیط های کشت، دارای تأییدیه کتبی از وزارت بهداشت می باشند؟

چک لیست نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			۴	۱	وجود دستورالعمل بر اساس "دستورالعمل آماده سازی، تهیه و کنترل کیفیت محیط های کشت" آزمایشگاه مرجع سلامت و سایر مراجع معتبر M-01 کد	آیا محیط های کشت ساخته شده در آزمایشگاه و آماده مصرف تجاری (پلیتی و لوله ای)، از نظر استریل بودن کنترل می گردند و نتایج آن ثبت می گردد؟	۱۱۸
		۱		آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن			
		۲		وجود سوابق کنترل استریل بودن محیط های کشت و صحت سوابق (۳٪ تا ۵٪ محیط های ساخته شده یا خریداری شده باید از نظر عدم وجود آلودگی بررسی شوند).			
			۴	۱	نحوه بررسی مشخصات فیزیکی و عدم آلودگی ظاهری محیط های کشت در هنگام استفاده، در دستورالعمل قید شده باشد.	آیا محیط های کشت ساخته شده در آزمایشگاه و آماده مصرف تجاری (پلیتی و لوله ای)، در هنگام استفاده، از نظر عدم آلودگی ظاهری و مشخصات فیزیکی بررسی می گردند و نتایج آن ثبت می گردد؟	۱۱۹
		۱		آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن			
		۲		وجود سوابق کنترل انواع محیط های کشت از نظر عدم آلودگی ظاهری و مشخصات فیزیکی و صحت سوابق			
			۷	۱	نحوه کنترل کیفیت محیط های کشت غیر انتخابی و انتخابی پلیتی، در دستورالعمل قید شده باشد.	از پودر lot No. یا کیفیت هر دهیدراته محیط های کشت غیر انتخابی و انتخابی پلیتی، یا هر سری ساخت یا خرید محیط های آماده مصرف تجاری، از نظر توان رشد و یا توان مهارکنندگی، رنگ و اندازه مناسب کلنی به روش رقیق سازی کنترل می شود و نتایج آن ثبت می گردد؟	۱۲۰
		۲		آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن			
		۴		وجود سوابق کنترل کیفیت هر از پودر دهیدراته lot No. محیط های کشت پس از باز شدن قوطی و قبل از استفاده و سپس هر ۶ ماه، و هر سری ساخت یا خرید محیط های آماده مصرف تجاری و صحت سوابق			
			۷	۱	نحوه کنترل کیفیت محیط های کشت لوله ای، در دستورالعمل قید شده باشد.	از پودر lot No. یا کیفیت هر دهیدراته محیط های کشت لوله ای، یا هر سری ساخت یا خرید محیط های آماده مصرف تجاری، از نظر توان رشد به	۱۲۱
		۲		آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن			

				۴	وجود سوابق کنترل کیفیت هر از پودر دهیدراته lot No. محیط های کشت پس از باز شدن قوطی و قبل از استفاده و سپس هر ۶ ماه، و هر سری ساخت یا خرید محیط های آماده مصرف تجاری و صحت سوابق	صورت کیفی و واکنش های بیوشیمیایی مناسب، کنترل می شود و نتایج آن ثبت می گردد؟	
			۲	۲	وجود شواهد دال بر خرید و استفاده مستمر از خون گوسفندی	آیا برای تهیه محیط های کشت خوندار از خون گوسفندی استفاده می شود؟	۱۲۲
			۳	۱	آگاهی کارکنان از نحوه کار	آیا خون گوسفندی از نظر عدم وجود آلودگی بررسی می گردد و سوابق آن موجود است؟	۱۲۳
				۲	وجود سوابق بررسی خون گوسفندی از نظر عدم وجود آلودگی و صحت سوابق		
توضیحات	کاربرد ندارد	امتیاز کسب شده	حداکثر امتیاز هر سؤال	حداکثر امتیاز هر سنج	سنج	گزارش دهی	ردیف
			۲	۱	وجود دستورالعمل شیوه گزارش دهی و مکتوب کردن نتایج بحرانی بر اساس "فهرست موارد بحرانی در آزمایشگاه میکروب شناسی" آزمایشگاه مرجع سلامت و سایر مراجع معتبر M-16 کد	آیا دستورالعملی در مورد شیوه گزارش دهی نتایج آزمایش های باکتری شناسی (شامل موارد بحرانی) وجود دارد و استفاده می شود؟	۱۲۴
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
			۲	۱	آگاهی کارکنان از فهرست نتایج بحرانی و ضرورت گزارش فوری آنها	آیا مواردی که باید سریعاً به پزشک گزارش شوند (موارد بحرانی) به صورت مکتوب در دسترس می باشند؟	۱۲۵
				۱	مشاهده در دسترس بودن فهرست نتایج بحرانی در بخش باکتری شناسی و واحد پذیرش		
			۵	۲	مکتوب کردن مراحل گزارش نتایج بحرانی در دستورالعمل گزارش دهی	آیا در موارد بحرانی، گزارش های اولیه مربوط به نتایج لام های گرم، گستره های مرطوب، کشت های اولیه باکتریایی و مقاومت های تعریف شده فوراً به پزشک مسئول و یا سایر کادر درمانی به طور شفاهی و به شیوه مناسب و مشخص اطلاع داده شده و مراحل آن ثبت، و سپس به صورت کتبی نیز اطلاع رسانی می شود؟	۱۲۶
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۲	وجود سوابق گزارش نتایج بحرانی و صحت سوابق		



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان/مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			۲	۲	آزمایشگاه باید به صورت مشخص ارگانیزم را گزارش کند، مانند "No Salmonella and Shigella isolated." No Enteropathogenic bacteria isolated قابل قبول نیست.	آیا در گزارش نهایی کشت مدفوع به نوع باکتری های مورد ارزیابی اشاره می شود؟	۱۲۷
			۲	۲	استفاده از نرم افزار مبتنی بر WHONET 5.6 CLSI M100 "استاندارد ویرایش سال ۲۰۱۷ و پس از آن"	آیا در آزمایشگاه، اطلاعات مربوط به نتایج آزمایش های تعیین حساسیت ضد میکروبی به طور یکجا نگهداری می شود؟ توجه: (آزمایشگاه یا امتیاز سنج استفاده از نرم افزار را می گیرد، یا امتیاز سنج استفاده از روش های دستی را، بنابراین حداکثر امتیاز این سؤال، ۲ می باشد).	۱۲۸
				۱	استفاده از روش های دستی یا سایر نرم افزارها		
			۲	۲	وجود سوابق گزارش دوره ای نتایج آزمایش های تعیین حساسیت ضد میکروبی و صحت سوابق	آیا در آزمایشگاه، اطلاعات مربوط به نتایج آزمایش های تعیین حساسیت ضد میکروبی به صورت دوره ای برای اطلاع پزشکان یا کمیته کنترل عفونت بیمارستانی گزارش می گردد؟	۱۲۹
			۴	۱	مکتوب بودن روند گزارش نتایج نمونه های مشکوک، به مراکز بهداشتی در دستورالعمل گزارشدهی	آیا نمونه های مشکوک به التور و لام های اسید فاست مثبت از گروه بیماری های تحت مراقبت به واحد مبارزه با بیماری های مراکز بهداشتی مربوطه گزارش می شوند؟	۱۳۰
				۱	آگاهی کارکنان از دستورالعمل و اجرای آن		
				۲	وجود سوابق گزارش نمونه های مشکوک به واحد مبارزه با بیماری های مراکز بهداشتی و صحت سوابق		
			۵۰۰	امتیاز کل			

نحوه امتیازدهی: اگر آزمایشگاه موارد اعلام شده در هر سنج را به طور کامل فراهم نکرده باشد، امتیاز کامل به آن سنج تعلق نمی گیرد؛ در این حالت، ممیز می تواند بنا به صلاحدید امتیاز کمتر، مثلاً نصف امتیاز آن سنج را به آزمایشگاه بدهد. در صورتی که سؤال / سؤالاتی در آزمایشگاهی کاربرد ندارد، این مطلب در ستون مربوطه درج شود و برای محاسبه امتیاز کل آزمایشگاه، امتیاز سؤالات بدون کاربرد از ۵۰۰ کسر گردد؛ سپس امتیاز کسب شده توسط آزمایشگاه، به صورت کسری ثبت شود. برای مثال: امتیاز کسب شده توسط آزمایشگاه: ۴۲۵/۴۵۰



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:



واحد عینک طبی

واحد عینک طبی

مخبر	موارد ارزیابی (استاندارد)	۰	۱	۲	ضریب	امتیاز	روش ارزیابی	توضیحات عدم انطباق
مجوز	پروانه بهره برداری معتبر است.				۴		مشاهده	
	پروانه مسئول فنی معتبر می باشد.				۴		مشاهده	
نیروی انسانی	مسئول فنی حضور دارد.				۳		مشاهده	
	کلیه مراحل ساخت و فروش عینک تحت نظارت مسئول فنی انجام می شود				۳		مشاهده	
اطلاع رسانی و مدارک پزشکی	اندازه ، تعداد و عناوین تابلوی موسسه استاندارد می باشد.				۲		مشاهده	
	حداکثر ۳ تابلو، اندازه و تعداد تابلو مطابق با آئین نامه تابلو سازمان نظام پزشکی - عناوین مندرج در تابلو مطابق با پروانه بهره برداری موسسه				۲		مشاهده	
فضای فیزیکی	رسید فیش دریافتی به مراجعین ارائه می شود.				۲		مشاهده	
	مشاهده ته برگ رسیده‌های ارائه شده به مراجعین				۲		مشاهده	
تجهیزات	ساختار فیزیکی منطبق بر آخرین پلان و تایید شده توسط معاونت درمان دانشگاه می باشد.				۱		مشاهده	
	مقایسه ساختار فیزیکی کنونی با نقشه تایید شده فضای فیزیکی در زمان تاسیس مرکز				۱		مشاهده	
بهداشت و پیشگیری	تجهیزات ساخت و فروش عینک موجود می باشد.				۲		مشاهده	
	بهترین مناسب - فریم عینک - دستگاه تراش - لنزومتر - گرم کن				۲		مشاهده	
	وضعیت نور ، تهویه و سیستمهای برودتی /حرارتی و رعایت اصول بهداشتی، مناسب می باشد.				۱		مشاهده	
	وجود نور کافی و تهویه مطلوب در فضاهای موسسه - مناسب بودن سیستمهای روشنایی و عدم استفاده از لامپهای آویز - وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب				۱		مشاهده	
	کپسول اطفاء حریق وجود دارد.				۲		مشاهده و بررسی	



چک لیست
نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

						به ازای هر ۵۰ متر مربع ۱ کیپسول ۴ کیلوگرمی با تاریخ اعتبار معتبر	رعایت حقوق گیرندگان خدمت
	مشاهده		۲			تبلیغات غیر مجاز و یا همراه کننده وجود ندارد. انجام تبلیغات با اخذ مجوز لازم از سازمان نظام پزشکی - عدم وجود تبلیغات غیرمجاز و همراه کننده	
	مشاهده		۱			دستورالعمل ممنوعیت استعمال دخانیات، پوستر منشور حقوق بیمار و نحوه رسیدگی به شکایات نصب می باشد.	
	مشاهده		۱			پروانه معتبر و ساعت فعالیت ، در معرض دید مراجعین نصب می باشند	
	مشاهده		۱			اصول محرمانگی، حریم خصوصی و الزامات طرح انطباق رعایت می گردد. مطابق دستورالعمل ابلاغی	
	مشاهده		۳			اقدامات غیرمجاز انجام نمی شود. فروش لنز تماسی- معاینه چشم	
	مشاهده		۱			تعرفه خدمات درمانی مصوب در معرض دید مراجعین نصب شده است	تعرفه
	مشاهده و بررسی		۲			تعرفه خدمات درمانی مصوب رعایت می شود.	

درصد تحقیق استاندارد:

امتیاز مکتسبه:

امتیاز کل: