|  |
| --- |
|  |
| **بسمه تعالی**  **چک لیست بازدید های مدیریتی عصر و شب مراکز درمانی استان** |
| **نام بیمارستان/مرکز: تاریخ بازدید: / / شیفت : ساعت بازدید:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| بخش | موارد قابل ارزیابی | ملاک ارزیابی  (توضیحات موارد عدم تطابق در قسمت پسخوراند ذکر گردد) | بلی  /خیر/ تاحدودی |
| اورژانس | **تریاژ بیماران اورژانس با رعایت ضوابط مربوطه انجام**  **می شود؟** | **تفکیک بیماران در سطوح مختلف تریاژ ( سطوح 4و5 از 1و2و3 ) و تعیین تکلیف بیماران توسط پزشکان اورژانس** |  |
| **گردش کار بیماران (سیرکولاسیون) از بدو ورود بیمار تا بستری وترخیص و... صحیح می باشد؟** | **طبق محدوده زمانی تایید شده در واحد مربوطه و بررسی سه پرونده** |  |
| **آیا فاصله زمانی ویزیت پزشک و اجرای دستورات دارویی توسط پرستار در محدوده سطح تعیین شده قرار دارد؟** | بررسی مستندات پرونده بیمار |  |
| **فاصله زمانی در خواست مشاوره های اورژانسی و غیر اورژانسی با سرویس های دیگر در محدوده تعیین شده رعایت می گردد؟** | **مشاوره فوریتی(Emergent): در صورت مقیم بودن پزشک ظرف 10 دقیقه، در صورت غیر مقیم بودن ظرف 30 دقیقه**  **(مشاوره اورژانسی(urgent): حداکثر ظرف مدت 2 ساعت - (مشاوره غیر اورژانس(Non urgent): طبق محدوده زمانی تایید شده واحد مربوطه** |  |
| **حضور فیزیکی پزشک مشاور بر بالین بیمار و و تایید دستورات وی توسط پزشک معالج انجام می گیرد؟** | بررسی مستندات پرونده بیمار و مصاحبه با بیماران |  |
| **آیا فرایند اعزام بیماران طبق دستورالعمل اجرا می گردد؟** | **موارد مهم قابل ارزیابی: 1- اعزام به دستور پزشک 2- تکمیل برگ اعزام 3- هماهنگی اعزام با مرکز رصد سلامت 3- پایدار کردن وضعیت بیمار قبل از اعزام بیمار ( ثبت علائم حیاتی و اقدامات ضروری درمانی)** |  |
| **داروها وتجهیزات ترالی احیاء طبق دستور العمل کامل می باشد؟** | کنترل ترالی وچک لیست مربوطه |  |
| **آیا برای بیماران بستری موقت بالای 12 ساعت ارزیابی توسط پرستار مربوطه تکمیل می گردد؟** | بررسی مستندات پرونده بیمار |  |
| اتاق عمل | **آیا اتاق عمل بیمارستان آمادگی لازم جهت انجام اعمال جراحی اورژانس را دارد؟** | **حضور جراح و بیهوشی و متخصص نوزادان مطابق برنامه**    **حضور پرسنل اتاق عمل و بیهوشی مطابق برنامه** |  |
| **آیا اصول و اخذ رضایت آگاهانه جراحی و بیهوشی برای اعمال جراحی و انجام ارزیابی و مشاوره پیش از بیهوشی بیماران رعایت میگردد؟** | بررسی مستندات پرونده بیمار |  |
| بخش بستری و ویژه | **آیا برنامه آنکالی و مقیمی پزشکان در بخش های بستری موجود بوده و در صورت نیاز مطابق برنامه در بیمارستان حضور میابند؟** |  |  |
| **بررسی حضور پزشکان مقیم در بخشهای ویژه بالای 6 تخت** | **1-بررسی صلاحیت و مجاز بودن پزشکان ICU:(متخصص بیهوشی و داخلی ) ،**  **ccu :(متخصص قلب و داخلی) ، NICU :( متخصص نوزادان)**  **2-عدم پوشش همزمان پزشکان مقیم بیهوشی در بخش ICU و اتاق عمل** |  |
| **نتایج بحرانی آزمایشات واقدامات پاراکلینیکی به اطلاع پزشک مقیم/ معالج رسیده واقدام لازم انجام شده است؟** | بررسی مستندات پرونده بیمار |  |
| **مشاوره های اورژانسی بخش ها تعیین تکلیف شده اند ؟** | بررسی مستندات پرونده بیمار |  |
| بلوک زایمان | **آیا برنامه مقیمی/آنکالی پزشکان متخصص زنان در بخش موجود بوده و در صورت نیاز مطابق برنامه در بخش حضور می یابند؟** | **در صورتیکه بیمارستان دارای 3 نفر یا بیشتر متخصص زنان باشد یک پزشک به عنوان مقیم باید در بیمارستان حضور داشته باشدو در غیر این صورت آنکال بوده و در صورت نیاز در عرض 20 دقیقه در بیمارستان حضور یابد** |  |
| **کلیه مادران مراجعه کننده به بلوک زایمان تریاژ گردیده و تعیین تکلیف گردیده اند ؟** | **نتیجه معاینات سطح 4 و 5 در فرم تریاژ بلوک زایمان ثبت و سطوح 1و2و3در فرم شرح حال و دستورات پزشک در پرونده ثبت می گردد.** |  |
| **ویزیت بالینی بیمار توسط پزشک مقیم یاآنکال زنان در محدوه زمانی اعلام شده انجام می شود؟** | بررسی مستندات پرونده بیمار |  |
| واحد پرتوپزشکی | **آیا برنامه مقیمی / آنکالی پزشکان متخصص رادیولوژی و سونوگرافی موجود بوده و در صورت نیاز مطابق برنامه حضور می یابند؟** |  |  |
| **آیا تمهیدات لازم برای انجام خدمات سونوگرافی اورژانس یا ارائه گزارش اورژانس تصاویر در ساعات عصر و شب یا زمانهای عدم حضور مسئول فنی / پزشک متخصص جانشین پیش بینی شده است؟** |  |  |
| آزمایشگاه | **آیا پرسنل وکادر فنی حائز شرایط مطابق برنامه تدوین شده در بخش آزمایشگاه حضور دارند؟** |  |  |
| **آیا زمان جوابدهی آزمایشات در محدوده زمانی اعلام شده مرکز قرار دارد؟** | بررسی طبق لیست محدوده زمانی تایید شده در مرکز |  |
| داروخانه | **آیا داروخانه بیمارستان در شیفت عصرو شب فعال است؟** | داروخانه بستری داروخانه سرپایی |  |
| **آیا در زمان بازدید مسئول فنی در داروخانه حضورموثردارند؟** |  |  |
| **موارد کلی قابل ارزیابی** | **آیا سوپروایزر کشیک شرایط لازم جهت مدیریت بیمارستان در شیفت شب را دارا می باشد؟** | بررسی میزان آگاهی سوپروایزر کشیک از : 1-آمار نیروی انسانی کادر کشیک 2- برنامه آنکالی پزشکان 3- توزیع متوازن نیرو در بخشهای بالینی 4- وضعیت رسیدگی به بیماران در بخش اورژانس 5- پی گیری مشاوره های اورژانسی 6- آمار بیماران بدحال در بخشهای جنرال 7- تعداد تختهای خالی در بخشهای بالینی و...  ( BED MANAGEMENT) |  |
| **آیا رعایت حریم خصوصی بیماران صورت میگیرد؟** | ( استفاده از پرسنل همگن پرستار و... ، پوشش مناسب ، رعایت موازین وطرح انطباق ) |  |
| **دارو و تجهیزات و ملزومات پزشکی لازم به تعداد مکفی در کلیه بخش ها وجود دارد؟** |  |  |
| **کارکنان بیمارستان از اتیکت شناسایی و لباس کار مناسب استفاده می نمایند؟** |  |  |
| **آیا عدم تهیه دارو و ملزومات توسط همراهان بیمار از خارج از بیمارستان رعایت می شود؟** | مصاحبه با چند بیمار بستری |  |
| **آیا مراجعین و بیماران و خانواده آنها از خدمات بیمارستان و رفتار پرسنل رضایت کلی دارند؟** | رضایت از نحوه برخورد پرسنل دسترسی به پزشک در شیفت های عصرو شب  اقامت همراه بیمار  غذای بیمار و همراه نظافت کلی بخش وسرویس های بهداشتی |  |
| **آیا دریافت های خارج از تعرفه از بیماران توسط پزشکان اخذ می شود؟ )مصاحبه با سه بیمار(** | در صورت دریافت نام و نام خانوادگی بیمار تاریخ بستری و شماره تلفن اخذ گردد. |  |
| **آیا بنرنما (ایستاده) در خصوص اطلاع رسانی پرداخت هزینه ها ازطریق صندوق بیمارستان نصب گردیده است؟** | نصب حداقل ( در محلهای ورودی اورژانس، پذیرش وترخیص) |  |
| **سایر موارد قابل گزارش به بیمارستان (پسخوراند):**  **نام و امضاء کارشناسان تیم نظارتی**    **امضاء نماینده بیمارستان :رئیس / مدیر/ مترون/ سوپروایزرکشیک** | | | |