



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان



ویرایش اول (تابستان سال 1397)

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان



پیشگفتار

تأمین، صیانت و ارتقاء سلامت افراد از طریق ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مطلوب، نقش بسزایی در فعالیتهای اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی آحاد جامعه ایفا میکند. برابر ماده 8 قانون تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تولیت این امر مهم بمعهد وزارت مذکور و دانشگاه های علوم پزشکی واگذار گردیده است.

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز در راستای عمل به مأموریت اصلی خود که اعمال نظارت و کنترل جهت اطمینان از ارائه خدمات مراقبتی کیفی، ایمن و مبتنی بر شواهد علمی روز است، ضمن سیاستگذاری در راستای اهداف عالیه نظام سلامت و وزارت متبوع، جایگزینی مدل جدید نظارت بر امور بیمارستانها را تحت عنوان " نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان " از اوایل سال 1397 در دستور کار خود قرار داده است.

تیم نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان که با ادغام تیم های نظارت بیمارستانی واحد های مختلف دانشگاه تشکیل گردیده است بر آن است با حمایت مدیران و مسئولین دانشگاه و با مبنا قرار دادن استانداردهای بیمارستانی بویژه استانداردهای ملی اعتباربخشی، قدمهای موثری در ایجاد و ارتقاء اعتماد عمومی به خدمات بیمارستانی ارائه شده، ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان و بهبود مستمر کیفیت خدمات برداشته و مدیران و مسئولین بیمارستانهای تابعه را در عمل به وظایف خود یاری نماید.

چک لیست حاضر (ویرایش اول)، مجموعه چک لیست های مورد عمل واحد های مختلف دانشگاه در نظارت های بیمارستانی است که انشاء الله با همت همکاران اداره نظارت و اعتباربخشی امور بیمارستانها در ویرایش دوم، سایر چک لیست ها من جمله چک لیست های معاونت های بهداشتی و توسعه و مدیریت منابع و ... به این مجموعه اضافه خواهد شد.

جا دارد از زحمات و تلاشهای تیم 75 نفری نظارت جامع دانشگاه، حمایت و همراهی ریاست محترم دانشگاه، معاونتهای محترم دانشگاه، مدیران مربوطه، بویژه مدیریت نظارت و اعتباربخشی امور درمان، ریاست و کارشناسان اداره نظارت و اعتباربخشی امور بیمارستانها بعنوان متولیان برنامه و همچنین از زحمات ایشان در تدوین و بازبینی ویرایش اول " چک لیست جامع نظارت بر عملکرد بیمارستانهای استان " سپاسگذاری نمایم.

دکتر پور فتحی

معاون درمان دانشگاه

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

فهرست عناوین

صفحه	محور ارزیابی
4	اتاق عمل
13	اورژانس
19	تغذیه و رژیم درمانی
22	ایمنی بیمار
28	پیشگیری و کنترل عفونت
40	پرتو پزشکی
45	سلامت مادران باردار
47	مراقبت مادر و نوزاد (بلوک زایمان)
50	گردشگری سلامت
54	مدیریت پرستاری
60	مدیریت بحران
63	اقتصاد درمان و تعرفه
67	خدمات هتلینگ
71	مدیریت دارویی
74	مدیریت ملزومات پزشکی
79	بانک خون
80	مجموعه آزمایشگاهها
128	مدیریت تجهیزات پزشکی
131	رعایت حقوق گیرندگان خدمت



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

اداره نظارت و اعتباربخشی بیمارستانها - چک لیست جامع اتاق عمل

ردیف	موارد	خیلی ضعیف	ضعیف	متوسط	خوب	عالی	توضیحات
1	دستورالعمل "نحوه پذیرش بیماران در اتاق عمل" تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA					
گام های اجرایی/توضیحات: 1. تدوین دستورالعمل 2. شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط 3. اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی 4. تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط 5. آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل 6. انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ							
2	ارزیابی آمادگی بیماران قبل از ورود به اتاق عمل	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA					
گام های اجرایی/توضیحات: 1. کسب اطمینان مسئول پذیرش اتاق عمل از آمادگی بیماران قبل از ورود به اتاق عمل 2. عدم انتظار بیماران جهت انجام خدمات پاراکلینیک در اتاق عمل 3. نبود سابقه کنسلی اعمال جراحی به دلیل عدم آمادگی بیمار							
3	مقیمی پزشکان متخصص بیهوشی صرفاً در اتاق عمل به صورت شبانه روزی	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA					
گام های اجرایی/توضیحات: 1. برنامه حضور پزشکان 2. حضور پزشکان 3. عدم فعالیت همزمان پزشکان مقیم متخصص بیهوشی اتاق عمل در واحد های دیگر							
4	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	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA					
گام های اجرایی/توضیحات: 1. مستندات اطلاع رسانی فوری بیماران کاندید عمل اورژانس، توسط بخش به اتاق عمل 2. بازبینی برنامه پذیرش بیماران الکتیو و انجام عمل اورژانس، توسط مسئول شیفت اتاق عمل 3. انطباق زمان ثبت گزارش پرستاری پذیرش بیماران اورژانسی در اتاق عمل و زمان شروع القای بیهوشی 4. حضور پزشکان و کادر اتاق عمل و آمادگی کامل تجهیزات قبل از ورود بیمار							
5	تنظیم ساعت ناشتای آمادگی بیماران قبل از عمل جراحی براساس ساعات مجاز	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA					
گام های اجرایی/توضیحات: 1. ثبت به موقع دستور ناشتایی در پرونده بیمار توسط پزشک معالج 2. ارائه آموزش های لازم به بیمار در خصوص مدت و محدودیت های ناشتایی، توسط پرستار و پزشک معالج 3. تنظیم زمان تقریبی پذیرش بیماران در اتاق عمل و بر همین اساس تعیین ساعت آغاز ناشتایی بیمار 4. ساعات ناشتای بیماران به دلایل عدم حضور پزشک، عدم آمادگی اتاق عمل، تجهیزات و سایر عوامل طولانی نمی شود.							
6	بیمار توسط پرستار بخش به مسئول پذیرش اتاق عمل تحویل داده می شود.	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA					
گام های اجرایی/توضیحات: 1. همراهی پرستار مسئول در فرایند انتقال بیمار به اتاق عمل 2. تحویل بیمار به مسئول پذیرش اتاق عمل توسط پرستار مسئول مراقبت بیمار براساس اصول تحویل ایمن بیماران							
7	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.	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA					
گام های اجرایی/توضیحات: 1. تدوین دستورالعمل 2. شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط 3. تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط 4. اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی 5. آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل 6. انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ							
8	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.	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA					
گام های اجرایی/توضیحات: انجام فرآیند پذیرش بیمار در اتاق عمل طبق دستورالعمل پذیرش توسط پرستار یا کاردان/کارشناس اتاق عمل یا هوشبری							



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

9	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.	❑ خیلی ضعیف ❑ ضعیف ❑ متوسط ❑ خوب ❑ عالی NA
گام های اجرایی/ توضیحات: 1. بررسی وضعیت بیمار قبل از بیهوشی و ثبت آن در برگ بیهوشی 2. بررسی وضعیت بیمار حین بیهوشی و ثبت آن در برگ بیهوشی 3. بررسی وضعیت بیمار بعد از بیهوشی و ثبت آن در برگ مراقبت بعد از عمل 4. امضا و مهر نمودن برگ بیهوشی و برگ مراقبت بعد از عمل قبل از خروج بیمار از اتاق عمل		
10	مانیتورینگ قلبی و پایش میزان اکسیژن خون انجام و نتایج توسط پزشک بیهوشی در برگ بیهوشی به طور خوانا ثبت می شود	❑ خیلی ضعیف ❑ ضعیف ❑ متوسط ❑ خوب ❑ عالی NA
گام های اجرایی/ توضیحات: 1. مانیتورینگ مداوم قلبی بیمار از لحظه ورود بیمار به اتاق پروسیجر تا خروج از ریکاوری 2. پایش میزان اکسیژن بیمار از لحظه ورود بیمار به اتاق پروسیجر تا خروج از ریکاوری 3. ثبت نتایج حاصله در فواصل زمانی منظم در برگه بیهوشی بصورت خوانا		
11	علائم حیاتی کنترل و نتایج توسط پزشک متخصص بیهوشی در برگه بیهوشی به طور خوانا ثبت می شود.	❑ خیلی ضعیف ❑ ضعیف ❑ متوسط ❑ خوب ❑ عالی NA
گام های اجرایی/ توضیحات: 1. کنترل مستمر علائم حیاتی بیمار از لحظه ورود بیمار به اتاق پروسیجر تا خروج از ریکاوری 2. ثبت نتایج حاصله در فواصل زمانی منظم به صورت خوانا		
12	پزشک جراح، شرح عمل، اقدامات و سایر مشاهدات را در برگ گزارش عمل جراحی؛ به طور خوانا ثبت، مهر و امضاء می نماید.	❑ خیلی ضعیف ❑ ضعیف ❑ متوسط ❑ خوب ❑ عالی NA
گام های اجرایی/ توضیحات: 1. ثبت تشخیص قبل از عمل جراحی و برنامه ونوع جراحی در برگ گزارش عمل جراحی به صورت خوانا 2. ثبت تشخیص بعد از عمل جراحی در برگ گزارش عمل جراحی به صورت خوانا 3. ثبت شرح عمل در برگ گزارش عمل جراحی به صورت خوانا 4. ثبت انجام نمونه برداری و بدون نیاز به نمونه برداری در برگ گزارش عمل جراحی به صورت خوانا		
13	متخصص بیهوشی تا زمان حضور بیمار در ریکاوری در اتاق عمل حضور دارد و دستور ترخیص بیمار را از ریکاوری صادر می کند.	❑ خیلی ضعیف ❑ ضعیف ❑ متوسط ❑ خوب ❑ عالی NA
گام های اجرایی/ توضیحات: 1. حضور متخصص بیهوشی در اتاق عمل تا زمان ترخیص آخرین بیمار از ریکاوری 2. ارزیابی بیمار قبل از خروج از ریکاوری توسط متخصص بیهوشی طبق راهنمای جراحی ایمن 3. ثبت دستور خروج بیمار از اتاق عمل توسط متخصص بیهوشی		
14	بیماران با شرایط ایمن از اتاق عمل ترخیص و به بخش های مرتبط منتقل می شوند.	❑ خیلی ضعیف ❑ ضعیف ❑ متوسط ❑ خوب ❑ عالی NA
گام های اجرایی/ توضیحات: 1. رعایت نکات پیشگیری از جا ماندن ابزار و اسفنج های جراحی در زخم های جراحی 2. دستور انتقال بیمار از ریکاوری به بخش مربوط توسط متخصص بیهوشی 3. تحویل بیمار از اتاق عمل به بخش با رعایت اصول ایمنی و دستورات ویژه بیمار		
15	در هر زایمان حداقل یک نفر کارشناس مامایی دارای گواهی احیای پایه نوزاد از بخش زایمان به عنوان مسئول انحصاری نوزاد حضور دارد.	❑ خیلی ضعیف ❑ ضعیف ❑ متوسط ❑ خوب ❑ عالی NA
گام های اجرایی/ توضیحات: اخذ گواهی دوره آموزشی احیای نوزاد توسط ماماها/ بخش زایمان/ کارشناس مراقب نوزاد در اتاق عمل 2. یک نفر کارشناس مامایی دارای گواهی احیای پایه نوزاد در هر زایمان 3. حضور حداقل یک کارشناس مراقب نوزاد در اتاق عمل دارای گواهی احیای پایه نوزاد		
16	شاخص ایمنی بیمار سوختگی با کوتر	❑ خیلی ضعیف ❑ ضعیف ❑ متوسط ❑ خوب ❑ عالی NA
گام های اجرایی/ توضیحات: 1. پایش و اندازه گیری 2. شناسنامه شاخص با مشارکت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار 3. تحلیل نتایج شاخص با مشارکت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار 4. گزارش تحلیل نتایج در بازه زمانی معین 5. اخذ تصمیمات اصلاحی توسط تیم مدیریت اجرایی 6. نظارت بر اجرای اقدامات اصلاحی توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار		
17	سیستم توزیع انرژی الکتریکی در اتاق عمل از نوع تابلو ایزوله می باشد و سیستم نول و ارت آن از هم جدا هستند	❑ خیلی ضعیف ❑ ضعیف ❑ متوسط ❑ خوب ❑ عالی NA
گام های اجرایی/ توضیحات: 1. تأییدیه نقشه الکتریکی ساختمان از مراجع ذیصلاح 2. ایزوله و ترانس بودن سیستم توزیع انرژی الکتریکی در اتاق عمل		



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

3. تدوین و اجرای برنامه نگهداری و ارزیابی دوره‌ای از تابلوهای ایزوله

18	روش اجرایی "تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه" با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شده و افرادی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.	اخیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. تدوین روش اجرایی 2. مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی 3. شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط 4. ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی 5. تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی 6. پیش‌بینی فهرستی از خدمات ضروری بیمارستان در روش اجرایی 7. نحوه کسب اطمینان از در دسترس بودن اقلام ضروری و حیاتی در روش اجرایی 8. نحوه کسب اطمینان از در دسترس بودن تجهیزات پزشکی ضروری در روش اجرایی 9. شناسایی و تامین منابع مورد نیاز جهت تداوم خدمات ضروری بیمارستان در روش اجرایی 10. اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی 11. مطلع بودن افراد درج شده در چارت فرماندهی حادثه از تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه 12. مطلع بودن سایر کارکنان از کلیات روش اجرایی 13. تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط 14. انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ		
19	فهرست توانمندی‌های مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت‌های شغلی، برای رئیس بخش اتاق عمل و سرپرستار تدوین و به روز است.	اخیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. تدوین فهرست توانمندی‌های مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت شغلی 2. به روز رسانی فهرست توانمندی‌های مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت شغلی		
20	دوره‌های آموزش مهارت‌های تخصصی ضمن خدمت برای پزشکان (حداقل احیای قلبی - ریوی پیشرفته نوزادان/کودکان و بزرگسالان)	اخیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. پیش بینی آموزش های ضمن خدمت پزشکان در برنامه‌ریزی آموزشی و نیازسنجی 2. برگزاری دوره آموزشی در بیمارستان و خارج از بیمارستان		
21	اولویت بندی بیماران از نظر اورژانسی، پرخطر، عفونی بودن و آسیب پذیری در نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل صورت می‌گیرد.	اخیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. وجود روند اولویت بخشی به اعمال جراحی اورژانس در نوبت دهی و پذیرش اتاق عمل 2. وجود روند اولویت بخشی به بیماران پرخطر در نوبت دهی و پذیرش اتاق عمل 3. وجود روند اولویت بخشی به بیماران آسیب پذیر در نوبت دهی و پذیرش اتاق عمل 4. پیش بینی و برنامه ریزی شرایط جراحی ایمن برای بیماران عفونی در نوبت دهی و پذیرش اتاق عمل		
22	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.	اخیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. تدوین دستورالعمل 2. شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط 3. تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط 4. اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط 4. آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل 5. انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ		
23	روش اجرایی "استریل فوری اقلام خاص" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.	اخیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. تدوین روش اجرایی 2. مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی 3. شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط 4. ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی 5. تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی 6. تعیین فهرست اقلام نیازمند به استریلیزاسیون فوری با توجه به اعمال جراحی بیمارستان در روش اجرایی 7. اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی 8. آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی 9. تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط 10. انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ		
24	رعایت دستورالعمل ابلاغی جراحی ایمن "برای اعمال جراحی در اتاق عمل"	اخیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

گام های اجرایی/توضیحات: 1. آگاهی کارکنان جراحی و بیهوشی از چک لیست و دستورالعمل راهنمای جراحی ایمن 2. وجود چک لیست و راهنمای جراحی ایمن در اتاق عمل 3. انطباق عملکرد کارکنان جراحی و بیهوشی بر اساس چک لیست و دستورالعمل جراحی ایمن عمل	
25	محل پذیرش اتاق عمل، دید مستقیم به اتاق های ریکاوری و اتاق های عمل ندارد و در صورت انتظار، بیمار مراقبت های لازم توسط کارکنان درمانی تا انجام عمل جراحی ارائه می شود.
گام های اجرایی/توضیحات: 1. عدم دید مستقیم بیماران از محل انتظار به اتاق های عمل و ریکاوری 2. پیشبینی کارکنان معین پرستاری/هوشبری برای مراقبت از بیماران بدحال و سایر بیمارانی که نیاز به مراقبت مستمر دارند 3. ارائه مراقبت های لازم طبق دستورات پرونده بالینی بیمار توسط مسئول مراقبت بیمار در اتاق عمل 4. ثبت گزارش وضعیت بیمار و اقدامات درمانی/مراقبتی انجام شده در اتاق عمل توسط مسئول مراقبت بیمار در اتاق عمل	
26	خط مشی و روش اجرایی "رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل" مانند اتاق زایمان، جراحی های سرپایی و اسکوپ ها و سایر موارد تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
گام های اجرایی/توضیحات: 1. تدوین خط مشی و روش 2. شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان در تدوین خط مشی و روش 3. رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان 4. شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط 5. ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی 6. تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی 7. شناسایی و فهرست اعمال جراحی و پروسه های خارج از اتاق عمل در روش اجرایی 8. شناسایی عوامل تهدید کننده ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل در روش اجرایی 9. پیش بینی نحوه کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل در روش اجرایی 10. ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش 11. آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش 12. تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط 13. انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	
27	پرستار و تکنسین/کاردان/کارشناس هوشبری/اتاق عمل به صورت روزانه، وضعیت دستگاهها، تجهیزات و ملزومات را از نظر آماده به کار بودن، بررسی و نتایج توسط مسئول/سرپرستار و رئیس بخش اتاق عمل، تأیید می شود.
گام های اجرایی/توضیحات: 1. وجود چک لیست کنترل وضعیت تجهیزات/نظر آماده به کار بودن 2. وجود چک لیست کنترل وضعیت دارو و ملزومات مصرفی 3. کنترل صحت عملکرد تجهیزات در شروع هر شیفت توسط پرستار و تکنسین/کاردان/کارشناس هوشبری، در اتاق عمل و ریکاوری 4. کنترل دارو و ملزومات مصرفی مورد نیاز بخش قبل از شروع هر شیفت با استفاده از چک لیست	
28	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.
گام های اجرایی/توضیحات: 1. ارزیابی تجهیزات، دستگاه بیهوشی و اتصالات و گازهای طبی پیش از القای بیهوشی 2. بررسی و تأیید ارزیابی تجهیزات، دستگاه بیهوشی و اتصالات و گازهای طبی پیش از القای بیهوشی برای هر بیمار توسط متخصص بیهوشی	
29	پایش مادر تا 2 ساعت پس از زایمان براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت انجام می شود.
گام های اجرایی/توضیحات: 1. آگاهی کارکنان به اصول مراقبت مادران تا دوساعت پس از زایمان طبق دستورالعمل 2. آرایه مراقبت مستمر به مادران تا دو ساعت پس از زایمان	
30	شناسایی صحیح نوزاد در هنگام تولد، بر اساس الزامات ابلاغی وزارت بهداشت، انجام می شود.
گام های اجرایی/توضیحات: 1. شناسایی صحیح نوزاد در هنگام تولد مطابق با فرایند تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد مندرج در نسخه ابلاغی 2. استفاده از مچ بند شناسایی برای مادر و نوزاد در بدو پذیرش مادر 3. ثبت مشخصات مربوط به نوزاد پس از زایمان بر مچ بند نوزاد 4. نشان دادن نوزاد و اعلام جنسیت به مادر در اولین فرصت پس از تولد 5. نصب مچ بند نوزاد بلافاصله پس از تولد در اتاق زایمان/اتاق عمل 6. انتقال هم زمان مادر و نوزاد به بخش پس از زایمان 7. شناسایی نوزاد در هنگام انجام هر گونه اقدام مراقبتی	



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

31	مراقبت های معمول نوزاد بر اساس بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در بیمارستان، انجام میشود.	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. دسترسی کارکنان مرتبط به فایل الکترونیک بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم 2. آگاهی کارکنان مرتبط از محتوای بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم 3. مراقبت های معمول از نوزاد* منطبق با فرایندهای مندرج در فصول بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم 4. ثبت مراقبت های معمول از نوزادان در پرونده		
32	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.	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. آگاهی کارکنان از دستورالعمل برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد 2. آگاهی کارکنان از سیاست تغذیه با شیر مادر در بیمارستان 3. برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد 4. شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد بر اساس دستورالعمل ابلاغی		
33	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.	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. وجود برنامه شیفت همکاری پزشکان* واجد گواهی احیاء پیشرفته نوزاد در بلوک زایمان 2. حضور پزشک متخصص اطفال در زایمان های پرخطر و زایمان هایی که نیاز به عملیات احیای نوزاد را پیش بینی میشود در بلوک زایمان		
34	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.	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. وجود چک لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش اتاق عمل 2. انجام ارزیابی مهارت های تخصصی پرستاران جدیدالورود به بخش اتاق عمل توسط سرپرستار/کارشناس خبره 3. بکارگیری کارکنان پرستاری جدیدالورود به بخش اتاق عمل پس از احراز صلاحیت نهایی 4. در صورت عدم احراز مواردی از مهارت های مورد نیاز، اجرای برنامه آموزشی، ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت نهایی		
35	سیاست های آموزشی کارکنان پرستاری حداقل سالی یک بار تعیین و به همه بخش ها/واحدهای مرتبط ابلاغ و بر اجرای آن نظارت می شود.	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. انجام فرآیند نیازسنجی و شناسایی نیازهای آموزشی سالیانه کارکنان پرستاری 2. اولویت بندی نیازهای آموزشی سالیانه کارکنان و متناسب با نیازهای مراقبتی بیماران توسط مدیر پرستاری 3. نظارت مدیر پرستاری بر اجرای برنامه ریزی آموزشی و تامین منابع آموزشی و کمک آموزشی مورد نیاز		
36	وجود راهنمای نگهداری و کاربری تجهیزات پزشکی به زبان ساده و قابل فهم در اتاق عمل تهیه شده توسط واحد تجهیزات پزشکی	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA
گام های اجرایی/توضیحات: وجود راهنمای نگهداری و کاربری تجهیزات پزشکی		
37	وجود راهنمای کاربری سریع دستگاه به صورت تصویری	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. وجود راهنمای کاربری سریع دستگاه به صورت تصویری دارای پوشش مناسب قابل شستشو و ضد عفونی یا در پوشه های در محل کاربری دستگاه ها 2. الصاق راهنمای کاربری سریع به دستگاه و یا دسترسی مستمر کاربران جهت بهره برداری در بخش		
38	مسیرهای ورود و خروج، تجهیزات و لوازم اتاق عمل با هم تداخل ندارند.	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA
گام های اجرایی/توضیحات: عدم تداخل مسیرهای ورود و خروج، تجهیزات و لوازم اتاق عمل		
39	تهویه و هوای اتاق های عمل دارای شرایط بهداشتی است و به فیلترهای اولیه و نهایی هپا مجهز می باشد.	خیلی ضعیف □ ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □ NA



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

گام های اجرایی/توضیحات: 1. بر اساس آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان، در تهویه و هوای اتاق عمل شرایط بهداشتی شامل برقرار بودن فشار مثبت نسبت به فضاهای بیرون، تعویض هوا حداقل 15-20 بار، مجهز بودن به فیلترهای اولیه برای گردوغبار و فیلتر نهایی هپا است. 2. مجهز بودن سیستم تهویه اتاق عمل به فیلترهای اولیه و نهایی هپا	
40	حداقل یکبار در بیمارستان، بررسی و اقدامات اصلاحی و بهسازی سیستم های تهویه متناسب با فعالیت های بخش ها/واحدها انجام می شود. ❑خیلی ضعیف ❑ضعیف ❑متوسط ❑خوب ❑عالی ❑NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. بازدید حداقل یکبار از سیستم های تهویه بخش توسط کارشناس بهداشت حرفه ای 2. ارزیابی شیمیایی، بیولوژیکی نتایج بازدید و شرایط جوی و کارایی تهویه 3. انجام اقدامات اصلاحی براساس ارزیابی انجام شده حداقل در بخش اتاق عمل	
41	مسیرهای کثیف و تمیز حداقل در بخش اتاق عمل و استریلیزاسیون مرکزی، رعایت می شوند. ❑خیلی ضعیف ❑ضعیف ❑متوسط ❑خوب ❑عالی ❑NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. پیش بینی تمهیدات لازم و استفاده از امکانات و تجهیزات مناسب 2. رعایت عدم تداخل مسیرهای کثیف و تمیز در بخش اتاق های عمل و استریلیزاسیون مرکزی	
42	محل شستشوی پوتین ها، کفش ها در اتاق های عمل با شرایط بهداشتی وجود دارد. ❑خیلی ضعیف ❑ضعیف ❑متوسط ❑خوب ❑عالی ❑NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. محل شستشوی پوتین ها، کفش ها در اتاق های عمل 2. شرایط بهداشتی در محل شستشوی پوتین ها، کفش ها در اتاق های عمل	
43	برنامه کنترل حشرات و جانوران موزی با استفاده از روش های تلفیقی در اتاق عمل بکار گرفته می شود. ❑خیلی ضعیف ❑ضعیف ❑متوسط ❑خوب ❑عالی ❑NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. تدوین برنامه کنترل حشرات و جانوران موزی 2. استفاده از روش های تلفیقی با هدف کنترل طولانی مدت، نه از بین بردن موقت حشرات و جانوران موزی 3. استفاده از سموم مجاز	
44	شاخصهای شیمیایی کلاس 6 در هر بسته یا پک استریل استفاده می شوند. ❑خیلی ضعیف ❑ضعیف ❑متوسط ❑خوب ❑عالی ❑NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. آگاهی کارکنان استریلیزاسیون مرکزی و اتاق عمل در خصوص کاربرد شاخص شیمیایی کلاس 4 در هر بسته یا پک استریل (کمتر از 5 قلم) 2. انجام و ثبت شاخص شیمیایی کلاس 4 در هر بسته یا پک استریل 3. ثبت شاخص شیمیایی کلاس 4 در هر بسته یا پک استریل (کمتر از 5 قلم) در پرونده بیمار	
45	حداقل یکبار در اتاق های عمل، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار شامل ارتعاش، پرتوهای غیر یونیزان، میدان های الکتریکی و مغناطیسی، صدا شرایط جوی متناسب با فعالیت بخش انجام می شود. ❑خیلی ضعیف ❑ضعیف ❑متوسط ❑خوب ❑عالی ❑NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. حداقل یکبار اندازه گیری عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار 2. شناسایی عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار 3. کنترل عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار، در موارد بالاتر از حد مجاز، براساس نتایج ارزیابی	
46	حداقل یک بار در اتاق های عمل، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار شامل گازها و بخارات شیمیایی، گرد و غبار، دود و دمه، متناسب با فعالیت بخش ها/واحدها انجام می شود. ❑خیلی ضعیف ❑ضعیف ❑متوسط ❑خوب ❑عالی ❑NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. حداقل یکبار اندازه گیری عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار 2. شناسایی عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار 3. کنترل عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار، در موارد بالاتر از حد مجاز، براساس نتایج ارزیابی	
47	حداقل یکبار در اتاق های عمل، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور بیولوژیک محیط کار متناسب با فعالیت بخش انجام می شود. ❑خیلی ضعیف ❑ضعیف ❑متوسط ❑خوب ❑عالی ❑NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. حداقل یکبار اندازه گیری عوامل زیان آور بیولوژیک محیط کار 2. شناسایی عوامل زیان آور بیولوژیک محیط کار 3. کنترل عوامل زیان آور بیولوژیک محیط کار، در موارد بالاتر از حد مجاز، براساس نتایج ارزیابی انجام شده	



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

48	اسکراب دست منطبق با آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، جهت تمام اقدامات تهاجمی انجام می شود.	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. وجود امکانات لازم جهت اسکراب جراحی مطابق با راهنمای رعایت بهداشت دست در اتاق های عمل بستری و سرپایی 2. وجود لیست اقدامات تهاجمی در بخش های بستری و سرپایی مطابق با آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت 3. انجام اسکراب دست توسط پزشکان، پرستاران، تکنسین ها قبل از اعمال جراحی و اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی		
49	تدوین روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی یا محل نمونه برداری"	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. تدوین روش اجرایی 2. شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان در تدوین روش اجرایی 3. شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط 4. ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی 5. تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی 6. اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی 7. آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی 8. تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط 9. نطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ		
50	ثبت شرح عمل و شرح بیهوشی طبق فرمت و ساختار تعیین شده در سیستم وجود دارد و امکان گزارش فرم فراهم است.	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. پوشش ویژگی های اطلاعاتی مربوط به خدمات ارائه شده به بیمار شامل اتاق عمل و بیهوشی، پزشک جراح و کمک جراح در HIS 2. وجود کنسولی در سیستم اطلاعات بیمارستانی جهت مشاهده وضعیت پرونده های تبادل شده با سپاس		
51	ورود تلفن همراه در داخل فضاهای اتاق عمل، ممنوع می باشد و سرپرستار بخش بر اجرای صحیح آن نظارت می نماید.	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات: 1. اطلاع رسانی به کارکنان درخصوص ممنوعیت ورود تلفن همراه داخل فضاهای درمانی اتاق عمل 2. رعایت عدم استفاده از تلفن همراه در بالین بیماران در داخل فضاهای درمانی بخش اتاق عمل		
52	پوشش بیماران در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی باید بر اساس تامین امنیت روانی بیمار و حفظ حریم او و رعایت موازین شرعی، اخلاق پزشکی و متناسب با خدمات تخصصی می باشد.	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات: رعایت پوشش بیمار متناسب با خدمات تخصصی و موازین شرعی و اخلاق پزشکی درطول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی		
53	به ازای هر اتاق عمل فعال در هر شیفت پرسنل مورد نیاز (دو نفر تکنسین اتاق عمل اسکراب و سیرکولار) و یک نفر تکنسین هوشبری موجود است	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات:		
54	تکنسین هوشبری ریکاوری بر اساس تعداد عمل های جراحی و Ternerover موجود است تعداد	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات:		
55	متخصص بیهوشی بر اساس تعداد عمل های جراحی و Ternerover موجود است	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات:		
56	نیروی خدماتی به تعداد کافی موجود است تعداد	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات:		



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

57	حضور شبانه روزی پزشکی بیهوشی در اتاق عمل همزمان با بخش دیگر نباشد	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی / توضیحات:		
58	عدم اشتغال افراد فاقد صلاحیت حرفه ای یا مجوزهای قانونی (اعضای هیئت علمی دانشگاهها، دستیاران تخصصی و ...)	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی / توضیحات:		
59	چک لیست تجهیزات اتاق عمل و دستگاه های بیهوشی موجود است.	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی / توضیحات: 1. تجهیزات مورد نیاز زیر به تعداد کافی موجود است سیلندر اکسیژن پرتابل، چرخه حمل اکسیژن، پالس اکسی متر به تعداد اتاق عمل، تخت های عمل مناسب دارای شکن، چراغ های سقفی مناسب و سالم، ساکشن پرتابل سالم، نگاتوسکوپ سالم در هر اتاق، دستگاه الکتروشوک سالم و شارژ (به ازای هر سه اتاق عمل)، برانکارد سالم و نرده دار، چراغ سقفی UV، یخچال دارویی خون جداگانه، پمپ انفوزیون		
60	ترالی احیا طبق استانداردهای ابلاغی وزارت موجود است و چک روزانه طبق چک لیست انجام میشود.	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی / توضیحات:		
61	ست های جراحی مورد نیاز (با توجه به تخصص هر اتاق عمل) موجود است.	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی / توضیحات:		
62	وسایل حفاظت فردی (گان، ماسک، کلاه یکبار مصرف) و استریل موجود است	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی / توضیحات:		
63	وجود خط قرمز - تعویض کفش یا کاور - جدا بودن مسیر انتقال وسایل تمیز و کثیف	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی / توضیحات:		
64	امکانات برای تجهیزات و لوازم استریل و غیر استریل به شکل جدا وجود دارد شامل ترالی های قابل شستشو با برجسب مشخص استریل و غیر استریل، مسیر ورود و خروج وسایل تداخل ندارند	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی / توضیحات:		
65	ترخیص بیمار با شرایط ایمن از OR و انتقال به بخش ها	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی / توضیحات: 1. ثبت زمان خروج از اتاق عمل به ریکاوری - انتقال مدارک - اوراق پاراکلینیک - نمونه ها - پرونده در حین تحویل بیمار به بخش و مستند کردن تحویل مدارک		
66	ارتباط مناسب اتاق عمل با CSR، بخش های ویژه، آزمایشگاه و ...	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی / توضیحات:		
67	بررسی امکانات ریکاوری	خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

گام های اجرایی/توضیحات: (وسایل مانیتورینگ به ازای هر دو بیمار یکعدد - DC شوک و ترالی احیا- اکسیژن -سیستم گرمایش و امکانات شستشوی دست)	
68	کنترل برگ رضایت آگاهانه جراحی توسط پرستار پذیرش در اتاق عمل ☐ خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات:	
69	استاندارد تخت های ریکاوری تعداد اتاق عمل..... تخت ریکاوری..... ☐ خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات: به ازای هر تخت عمل 1.5 تخت ریکاوری	
70	کنترل آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک در صورت لزوم ☐ خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات: تزریق وریدی ترجیها" در اتاق عمل در صفر تا 120 دقیقه قبل از عمل	
71	عدم وجود آبراهه در کف ☐ خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات:	
72	رعایت دمای 15 الی 25 درجه و رطوبت 40 الی 65 درصد ☐ خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات:	
73	شاخص مدت انتظار بیمار در اتاق عمل..... ☐ خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات:	
74	شاخص تعداد عملهای کنسل شده بدلیل عدم آمادگی بیمار ☐ خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات:	
75	الزام به تعویض دستکش در عملهای بیش از یک ساعت و مواقع تغییر موضع ☐ خیلی ضعیف ☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐ عالی ☐ NA
گام های اجرایی/توضیحات:	
تعداد اتاق عمل	
تعداد جراح	
تعداد متخصص بیهوشی	
تعداد اعمال جراحی روزانه ماهانه	
درصد تحقق استانداردهای چک لیست	



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

اداره اورژانس بیمارستانی – اورژانس

امتیاز مکتسبه (4-1)	ملاک ارزیابی	وزن	سنجه	ردیف
	- بررسی نتایج تجزیه و تحلیلهای شاخصهای 5 گانه اورژانس و مستندات اقدامات اصلاحی و گامهای اجرایی - مستندات بررسی و تحلیل روند عفونتهای بیمارستانی در کمیته بیمارستانی و مداخلات اصلاحی و گامهای اجرایی - برگزاری مرتب جلسات در فواصل زمانی معین - تحلیل ریشه ای مرگ و میر	10%	میزان پیشرفت و تحقق اهداف برنامه های عملیاتی و ممیزی شاخصهای پیامدی	1
	- ارسال جدول راهنمای مدت پایداری انواع نمونه و آزمایشها به بخش اورژانس - در پرونده اورژانس مشخصات بیمار، برگه رضایت، شرح حال، اقدامات پزشکی و بستاری، تصویر برداری و خلاصه پرونده و... و یک شماره اختصاصی پرونده داده شده و از نظر دسترسی و سایر مقررات با پروندههای بستری انطباق دارند - وجود لیست مقادیر بحرانی آزمایشات؛ کانال ارتباطیکطرفه، مستندات اعلام و ثبت مقادیر بحرانی - مستندسازی برگ شرح حال اولیه بیمار کامل است. - مستندات بیماران آسیب پذیر (خطر افتادن، خود کشی، عفونت و...) - استفاده از یک رویه تحویل مطمئن؛ اثر بخش؛ ایمن بیماران بین تیمهای درمانی در شیفتهای مختلف - اجرا و مدیریت مصرف خون بر اساس راهنمای خون و فراوردهای خونی، آماده سازی، عوارض نا خواسته و.. - کنترل ثبت و اجرای دستورات پزشکی و فاصله زمانی آن - وجود داروهای نجات بخش بر اساس نیاز بیماران - نشانه گذاری داروهای پر خطر با لیبل قرمز و داروهای مشابه با لیبل زرد - مستندات تلفیق دارویی در واحد اورژانس	39%	بیمارستان بمنظور تامین خدمات ایمن از راهنماها و دستورالعملهای ایمنی مبتنی بر شواهد استفاده میکند	2

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

- وجود راهنمای نگهداری و کاربردی تجهیزات پزشکی به زبان ساده و قابل فهم
- بایگانی پرونده‌های اورژانس با رعایت الزامات
- تعیین و ابلاغ محدوده های زمانی جهت انجام ارزیابی اولیه
- قید ساعت و زمان پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری
- مهر و امضاء پرستار در پایان هر گزارش پرستاری
- ثبت شکایت اصلی بیمار در اولین گزارش پرستاری
- ثبت نحوه ورود بیمار به بخش در اولین گزارش پرستاری
- اثبات اولین ارزیابی وضعیت هوشیاری، سلامت روحی و جسمی بیمار در گزارش پرستاری
- ثبت کنترل دستورات پزشک از نظر تعداد؛ زمان و..
- تعیین و ابلاغها حداقلهای محتویات آموزشی لازم جهت بیماران در بدو ورود
- ثبت ساعت و تاریخ اطلاع نتایج اقدامات تشخیصی به پزشک
- تدوین خط مشی و روش "دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری"
- تدوین دستورالعمل "نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران" با رعایت اصول ایمنی
- تدوین دستورالعمل "نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان" با رعایت اصول ایمنی
- اطلاع رسانی دستورالعمل اعزام به کارکنان به وسیله فایل الکترونیکی
- کنترل فاصله زمانی درخواست خدمات پاراکلینیک تا دریافت جواب و ثبت در پرونده توسط پزشک
- کنترل فاصله زمانی درخواست مشاوره ها سرویس های دیگر یا آنکال و زمان انجام
- اعزام با مهر پزشک متخصص و با ویزیت متخصص انجام می گیرد
- عدم دسترسی پرسنل به مهر پزشک متخصص در واحد اورژانس
- بررسی پرونده بیماران اعزامی از سایر مراکز به این اورژانس

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

- بررسی روند اعزام از اورژانس به سایر مراکز از لحاظ پایداری، تکمیل فرم اعزام، همراهی توسط پرسنل
- بررسی روند اجرای دستورات دارویی توسط نیروهای پرستاری از زمان حضور بیمار در اورژانس تا حضور پرستار بر بالین ایشان
- فاصله زمان تریاژ با زمان اولین ارزیابی پزشک، براساس محدوده های اعلامی سطح بیماران است.
- کنترل زمان تعیین تکلیف تا خروج بیمار
- وجود لیست تیم احیاء بخش اورژانس
- وجود برنامه حضور پزشک مقیم بصورت 24 ساعته و تمام روزهای هفته (تعطیل و غیر تعطیل)
- وجود برنامه حضور پزشک مقیم بصورت 24 ساعته و تمام روزهای هفته (تعطیل و غیر تعطیل)
- وجود برنامه حضور پزشک مقیم بصورت 24 ساعته و تمام روزهای هفته (تعطیل و غیر تعطیل)
- وجود برنامه حضور پزشک مقیم بصورت 24 ساعته و تمام روزهای هفته (تعطیل و غیر تعطیل)
- حضور پزشک مقیم براساس برنامه در بیمارستان
- بررسی مستندات حداقل سه پرونده بستری اورژانس جهت بررسی عملکرد پزشک مقیم
- وجود مسئول مدیریت تخت های بستری با اولویت بستری نمودن بیماران حاد و اورژانس
- تمام مشاوره های اورژانسی بخش ها تعیین تکلیف شده اند
- بررسی مستندات ارائه خدمات سلامت مناسب به بیماران بدون توجه به تامین هزینه مراقبت
- خدمات پاراکلینیک بصورت شبانه روزی در اورژانس ارائه می گردد
- وجود برانکارد سالم در ورودی اورژانس جهت حمل و نقل بیماران
- وجود ترالی احیا و در دسترس بودن در کمتر از یک دقیقه
- داروها و تجهیزات ترالی احیاء طبق دستورالعمل کامل هستند

	آشنایی کارکنان با گزارش خطاهای پزشکی؛ مستندات تحلیل و آنالیز نتایج گزارشات، طرح در کمیته مدیریت خطر و اقدامات اصلاحی و پیگیری مصوبات	6%	3 برنامه مدیریت خطاها پزشکی و ایمنی بیمار اجرا میشود
	تمرین تخلیه اضطراری در واحد اورژانس	3%	4 فعال سازی سامانه های مدیریت حوادث و بلایا در جهت رعایت ایمنی بیمار برنامه ریزی و اجرا میشود
	- نصب ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده در قسمت تحت نظر اورژانس وجود ندارد و در صورت لزوم با ترالی بر بالین بیمار حاضر میشوند - در دسترس بودن وسایل حفاظت فردی - وجود روش اجرایی مدیریت مواجهه شغلی و بررسی نتایج مواجهه شغلی توسط کمیته کنترل عفونت اقدامات مداخله ای - وجود امکانات شستشوی بهداشتی و ضد عفونی کردن دستها	6%	5 کارکنان اصول ایمن را در استفاده از وسایل حفاظت فردی و بهداشت دست رعایت مینمایند
	- نصب منشور حقوقی بیمار در ورودی اصلی اورژانس - احراز هویت بیمار (دسبند شناسایی، کد بندی رنگی، وجود حداقل دو شناسه) - وجود لیست اقدامات تهاجمی در واحد واخذ رضایت آگاهانه - آموزش به بیمار (بدو ورود، بستری، ترخیص) - نصب الگوریتم فرایند رسیدگی به شکایات در واحد اورژانس و وجود مستندات رسیدگی به شکایات - آگاهی کارکنان از نحوه شناسایی بیمار در زمان ارائه خدمات	6%	6 بیمارستان جهت اجرای برنامه ایمنی بیمار، مشارکت بیمار و جامعه را جلب و با آنها تامل میکند



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

7	بیمارستان از ارائه خدمات؛ منطبق بر موازین شرعی، قانونی و اصولی، حرفه‌ای پزشکی اطمینان حاصل میکند	4%	- در معاینات که بر حسب ضرورت و اورژانس بوسیله افراد غیر همگن انجام میگردد حضور یک نفر محرم یا معتمد بیمار یا کارکنان هم جنس ضرورت دارد - وجود امکانات رفاهی؛ و بر آورده کردن نیازهای مذهبی و روحانی
8	بیمارستان محیط ایمن را جهت ارائه خدمات ایمن فراهم مینماید	10%	- رмп با شیب استاندارد در مسیر ورودی به اورژانس جهت بیماران ناتوان ومعلول وجود داشته باشد - مشخص بودن محدوده فضای فیزیکی اورژانس فواصل و فضای استاندارد در بین تختها مطابق با دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت ورعايت امکان انتقال تجهیزات در مواقع اورژانس - وجود حسگرهای دود وحرارت - مشاهده تابلوهای هشدار دهنده - دسترسی به خیابان اصلی برای ورود آمبولانس - مستقل بودن ورودی بخش اورژانس از سایر بخشها - مسقف بودن ورودی و مسیر انتقال بیماران اورژانسی - ورودی اورژانس بدون مانع و ازدحام و شلوغی است - وجود تابلوهای راهنماهای مشخص برای هدایت بیماران
9	اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذایی برای بیماران بستری در بخشهای ویژه و ایزوله رعایت شود	2%	استفاده از ظروف یکبار مصرف مورد تایید برای بیماران بخش اورژانس
10	مدیر پرستاری از مهارتهای تخصص	3%	حداقل مهارتهای کارکنان پرستاری جدید الورود به بخش اورژانس ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار صورت میپذیرد



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			بالینی کارکنان جدید الورود پرستاری اطمینان حاصل مینماید	
	• آیا محل انجام تریاژ مناسب است؟ • حضور پرستار (حداقل 5 سال سابقه) بصورت 24 ساعته در واحد تریاژ • مستندات گذراندن دوره های تخصص تریاژ و دوره های تخصصی اورژانس • تکمیل فرم تریاژ برای تمام مراجعین • مطابق بودن سطح تریاژ با روند تعیین تکلیف و پرونده • انجام برجسب گذاری فرم تریاژ طبق دستورالعمل ابلاغی انجام می گیرد • تطبیق عملکرد پرستار تریاژ با سطوح بیماران مراجعه کننده (وجود نظر پزشک در مورد سطح تریاژ)	8%	بررسی الزامات واحد تریاژ	11
	• مسئول شیفت اورژانس (سرپرستار، سوپروایزر یا پرستار مسئول) در برنامه مشخص است؟ • بررسی چینش نیروی انسانی در اورژانس (حجم کار - نیروی انسانی رده های مختلف)	3%	نیروی انسانی در بخش اورژانس	12
جمع امتیاز مکتسبه: درصد تحقق استانداردهای چک لیست :				

تغذیه و رژیم درمانی						
ردیف	موارد	خیلی ضعیف	ضعیف	متوسط	خوب	عالی
		0	1/5	1	1/5	2
محور عملکرد						
1	جلسات منظم طرح و بررسی مشکلات موجود با تیم مدیریت اجرایی بیمارستان برگزار می شود.					
2	مشاوره تغذیه و ارزیابی تخصصی تمام بیماران ICU در 24 ساعت اول بستری انجام و در فواصل زمانی مشخص پیگیری می شود.					
3	برگ مشاوره و فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ای، تنظیم رژیم غذایی و ارائه مشاوره به بیماران به دنبال ارزیابی اولیه پرستار و یا درخواست مشاوره پزشکان تکمیل می گردد.					
4	در مشاوره درخواستی مادران باردار از منحنی های وزن گیری و برگه ارزیابی تخصصی استفاده می شود.					
5	ارزیابی تغذیه اطفال پس از درخواست پزشک با استفاده از نمودارهای وزن گیری انجام می شود.					
6	تعامل با تیم درمان مانند ارائه گزارش موارد خاص در جلسات گزارش صبحگاهی و شرکت در راند ها توسط مشاوره تغذیه					
7	کلاس های آموزشی برای کادر درمان برگزار می شود.(حداقل شامل آموزش و اطلاع رسانی دستورالعمل ها باید باشد)					
8	توزیع غذا منطبق با رژیم تنظیم شده توسط مشاور تغذیه میباشد					
9	غذای بیماران در his مطابق با رژیم ثبت واطلاعات رژیم های غذایی بخش ها و شاخص های تغذیه ای از HIS استخراج می گردد.					
10	برنامه غذایی مطابق با اصول تغذیه ای و حداقل 2 انتخاب در هر وعده به صورت ماهیانه تنظیم می شود(رعایت تنوع و تعادل)					



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

11	تدابیر لازم جهت تامین غذای گرم قبل و پس از ساعات عادی سرو غذا برای بیماران تازه بستری شده اتخاذ شده است.					
12	میان وعده حداقل دو نوبت برای گروههای آسیب پذیر در نظر گرفته می شود.					
13	کیفیت و مشخصات مواد غذایی خریداری شده کنترل می شود.					
14	کنترل آماده سازی، طبخ، بسته بندی، توزیع و سرو غذا با چک لیست					
15	بروشورهای آموزش تغذیه برای بیماران و همراهان تهیه می شود.					
16	بر برچسب گذاری غذاهای رژیمی برای توزیع صحیح غذا					
17	آموزش نحوه تهیه محلول گاوآژ و نظارت بر تهیه آن در اتاق گاوآژ به پرستار و پرسنل خدمات غذایی داده شده است.					
18	دوره های آموزشی برای کارکنان خدمات غذایی، برگزار می شود.					
19	کلینیک سرپایی تغذیه در درمانگاه فعال می باشد.					
20	رضایت سنجی بیماران از خدمات مشاوره تغذیه					
21	رضایت سنجی بیماران از خدمات غذایی (حداقل بطور فصلی)					
22	رضایت سنجی پرسنل از خدمات غذایی (حداقل بطور فصلی)					
ساختار و تجهیزات						
23	آشپزخانه مناسب و بهداشتی با تعداد پرس غذای هر وعده					
24	فضاهای آماده سازی مجزا با ساختار مطابق با ضوابط بخش تغذیه وجود دارد.					
25	اتاق گاوآژ مناسب با تجهیزات در مجاورت آشپزخانه وجود دارد.					
26	انبار مواد غذایی مطابق با شرایط ضوابط بخش تغذیه وجود دارد.					
27	سردخانه مجزا و کافی با شرایط در ضوابط بخش تغذیه وجود دارد.					
28	فضاهای محیط آشپزخانه تهویه و دمای مناسب را دارند.					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

29	ظروف غذای بیماران آرکوپال یا چینی و قاشق چنگال استیل (به جز بیماران روان) می باشد.					
30	تجهیزات پخت و آماده سازی سالم و بهداشتی بوده و برنامه نظارت دوره ای تجهیزات وجود دارد. (الویت با تجهیزات صنعتی)					
31	ظروف یکبار مصرف مناسب برای گاوآژ و بخش های واجد شرایط					
32	توزیع غذا با تریالی های گرمخانه دار و سالم و تمیز انجام می گیرد.					
33	غربالگری اولیه تغذیه بیماران توسط پرستاران به درستی انجام می گیرد.					
34	پزشکان در شناسایی بیماران واجد شرایط دریافت مشاوره تغذیه براساس دستورالعمل ها و درخواست مشاوره همکاری دارند.					
35	پزشکان در مادران باردار و کودکان واجد شرایط دریافت مشاوره تغذیه براساس دستورالعمل ها و درخواست مشاوره همکاری دارند.					
درصد تحقق استانداردهای چک لیست:		جمع امتیاز مکتسبه:				



نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

مدیریت امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی – ایمنی بیمار

آمار و اطلاعات مرکز / بیمارستان

- تعداد تخت مصوب:
- تعداد تخت فعال:
- ضریب اشغال:
- متوسط بستری روزانه : نفر و سالانه نفر
- ویزیت سرپایی سالیانه درمانگاه :
- متوسط پذیرش سالیانه اورژانس (سطح 3 – 1):
- متوسط پذیرش سالیانه اورژانس (سطح 5 – 4):

- جراحی شایع عبارت است از:
- پنج عمل جراحی شایع در سال 96 در بیمارستان عبارتند از :

1.
2.
3.
4.
5.

- پنج بیماری شایع به ترتیب اولویت عبارتند از:

1.
2.
3.
4.
5.

- خدمات مختلف پزشکی که توسط بیمارستان ارائه می شود عبارتند از :

- خدمات واگذار شده به بخش خصوصی عبارتند از :

- تعداد و نوع آمبولانسهای مرکز عبارتند از :



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

گروه	زیر گروه	استاندارد الزامی	امتیاز			روش ارزیابی	مصاحبه
			0	0.5	1		
A: حاکمیت و رهبری	A1 - مدیریت ارشد بیمارستان به ایمنی بیمار ملتزم می باشد.	A1.1.1 ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفصیلی در حال اجراست.				- مستندات مبنی بر وجود ایمنی بیمار به عنوان یکی از اهداف کلان و اولویت دار برنامه استراتژیک - برنامه عملیاتی ایمنی بیمار در بیمارستان و پایش آن - آگاهی کارکنان از برنامه عملیاتی	مدیر بیمارستان، کارشناس مسئول ایمنی بیمار، پزشک و پرستار
		A1.1.2 یکی از مدیران میانی بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است.				- مستندات مبنی بر وجود ابلاغ مسئول ایمنی و پاسخگوی ایمنی بیمار با امضای ریاست بیمارستان - وجود شرح وظایف و حدود اختیارات و گذراندن دوره های آموزشی مرتبط (آشنایی با بیمارستانهای دوستدار ایمنی، مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، RCA و مهارتهای ارتباطی) - داشتن شرایط احراز مطابق با سنجه های اعتباربخشی	مدیر بیمارستان، کارشناس مسئول ایمنی بیمار
		A1.1.3 مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصت ها به طور منظم برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را به اجرا می گذارد.				- وجود تقویم سالیانه بازدیدها - گزارش بازدیدهای هفتگی و گزارش بازخواند ارائه شده به کارکنان - صورتهای مدیریتی ایمنی بیمار - مصاحبه با کارکنان بخش ها / واحدها	پزشک، پرستار، کارکنان
	A1	امتیاز کسب شده در ارزیابی:	امتیاز کل: 3				
	A2 - بیمارستان برای ایمنی بیمار دارای برنامه می باشد.	A2.1.1 یکی از کارکنان بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است.				- مستندات مبنی بر وجود ابلاغ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مدیریت خطر با امضای ریاست بیمارستان - وجود شرح وظایف و حدود اختیارات و گذراندن دوره های آموزشی مرتبط (آشنایی با بیمارستانهای دوستدار ایمنی، مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، RCA و مهارتهای ارتباطی) - داشتن شرایط احراز مطابق با سنجه های اعتباربخشی	مدیر بیمارستان، کارشناس هماهنگ کننده

پزشک مسئول کمیته، کارشناس ایمنی بیمار	- مستندات مبنی بر برگزاری جلسات به طور منظم با اعضای واجد شرایط - پیگیری مصوبات (بررسی تمام موارد مورتالیه و موریبیدیه، به ویژه موارد مرگ و میر غیرمنتظره، مرگ کودکان 1 تا 59 ماه، مرگ مادران، مرگ پرینتال prinal، بررسی دوره ای عوارض، پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی) - اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه جهت جلوگیری از تکرار عوارض مرگ و میرهای قابل اجتناب شناسایی شده			A2.1.2 بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را به صورت مرتب برگزار می کند.	
	امتیاز کل: 2			امتیاز کسب شده در ارزیابی:	A2
مدیر پرستاری، سرپرستار، و سایر کارکنان	- مستندات مبنی بر وجود لیست تجهیزات ضروری و پشتیبان آن، لیست وسایل مصرفی ضروری بر اساس میزان مصرف و پایش آن ها - مشاهده و بازدید از بخش ها (مثل آندوسکوپی، CSR و ...) - مصاحبه با کارکنان بخش ها - کنترل تجهیزات در بخش ها (سالم و آماده به کار بودن)			A4.1.1 بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید.	A4- بیمارستان جهت ارائه خدمات دارای وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب می باشد.
گروه پرستاری	- مستندات مبنی بر وجود دستورالعمل و روش اجرایی برای تضمین شستشو، ضد عفونی و استریلیزاسیون وسایل - مشاهده و بازدید از بخش ها (مثل آندوسکوپی، CSR و ...) - مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحد CSR			A4.1.2 بیمارستان ضد عفونی مناسب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید.	
پزشکان کارکنان	- مستندات مبنی بر وجود خط مشی و روش اجرایی برای استریلیزاسیون فوری - فهرست تجهیزات ضروری جهت استریلیزاسیون فوری - لیست ابزار و وسایل جراحی با قابلیت استفاده مجدد - تک پیچ، براساس رشته های جراحی مورد ارائه در بیمارستان و آمار مراجعین			A4.1.3 بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی به منظور تضمین ارتقای ضد عفونی و استریلیزاسیون می باشد.	
	امتیاز کل: 3			امتیاز کسب شده در ارزیابی:	A4



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

مدیر بیمارستان، مسئول ایمنی بیمار	مستندات موجود در پرونده پزشکان و کارکنان			A5.1.1 جهت ارائه خدمات و مراقبت های درمانی، کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته ذی صلاح به صورت ثابت و موقت استخدام و به کار می گمارد.	A5- بیمارستان به منظور تامین ایمنی بیشتر برای بیماران در تمامی شیفت های کاری دارای کارکنان فنی، شایسته و مهارت های لازم می باشد.	
امتیاز کل: 1		امتیاز کسب شده در ارزیابی:		A5		
پزشک پرستار بیمار	- مستندات مبنی بر وجود لیست اقدامات درمانی و تشخیصی تهاجمی خطرناک - مستندات آموزش و اطلاع رسانی به کلیه پزشکان معالج - مصاحبه با کارکنان بخش ها - مشاهده پرونده بیماران - مصاحبه با بیماران			B2.1.1 پزشک (ارائه دهنده خدمت) قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور پرستار بیمار برگه را رضایت نامه را امضاء می نماید.	B2- بیمارستان با سطح آگاهی بیماران و مراقبین آنان در زمینه سلامت، به ایشن قدرت و امکان مشارکت در اتخاذ تصمیم صحیح در مورد نحوه درمان خود را می	جلب مشارکت و تعامل با بیمار با جامعه
امتیاز کل: 1		امتیاز کسب شده در ارزیابی:		B2		
پزشک پرستار سایر کارکنان مرتبط بیمار	- مستندات مبنی بر وجود دستورالعمل و روش اجرایی شناسایی صحیح بیماران - مشاهده و بازدید از بخش ها - مصاحبه با بیماران - رعایت سیستم کدبندی رنگی و رنگ قرمز برای بیماران مبتلا به آلرژی و رنگ زرد برای بیماران در معرض خطر (احتمال سقوط، زخم فشاری، ترمبوآمبولیسم وریدی) - رعایت دو شناسه اصلی نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید بر روی دستبند شناسه و در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی، نام پدر نیز بر روی دستبند درج گردد. - رعایت الصاق " احتیاط بیمار با اسامی مشابه " بر روی جلد پرونده بیماران با نام مشابه			B3.1.1 قبل از انجام هر گونه پروسیجر درمانی، تشخیصی و آزمایشگاهی، تجویز دارو و یا انتقال خون و فراورده های خونی، کلیه بیماران و به ویژه گروههای در معرض خطر من جمله نوزادان، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و یا سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد شناسایی و احراز هویت می شوند (هیچگاه شماره اطلاق و تخت بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد).	B3- بیمارستان شناسایی صحیح هویت بیماران و احراز آن را در تمامی مراحل درمان تضمین می نماید.	
امتیاز کل: 1		امتیاز کسب شده در ارزیابی:		B3		



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

پزشک پرستار کارکنان پاراکلینیک	- مستندات مبنی بر وجود خط مشی و روش های اجرایی اعلام نتایج حیاتی - مصاحبه با کارکنان بخش آزمایشگاه - نصب موارد بحرانی مورد تایید بیمارستان (با نظر متخصصین رشته های بالینی و مسئولین پاراکلینیک) - در بخش های پاراکلینیک مربوطه - مشاهده خط ارتباطی آزاد - ثبت موارد بحرانی در دفتر یا فایل الکترونیکی - مشخص در بخش های پاراکلینیک				C1.1.1 بیمارستان به منظور اعلام نتایج حیاتی آزمایشات، کانال های ارتباطی آزاد پیش بینی کرده است.	تضمین می نماید. باشد که ایمنی بیمار را
	پزشک پرستار کارکنان پاراکلینیک	- مستندات مبنی بر وجود دستورالعمل اعلام نتایج معوقه و اجرا منطبق بر خط مشی - مصاحبه با کارکنان بخش ها - مشاهده پرونده بیماران ترخیص شده				
امتیاز کل: 2		امتیاز کسب شده در ارزیابی:				C1
کارشناس کنترل عفونت	- مستندات مبنی بر وجود خط مشی، دستورالعمل و روش های اجرایی یشگیری و کنترل عفونت بیمارستان - صورتهجلسات برگزاری مرتب کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان - برنامه عملیاتی پیشگیری و کنترل عفونت - مستندات مبنی بروجود خط مشی رعایت بهداشت دست - مشاهده بخش ها - بررسی لازم در موارد طغیان بیماریها				C2.1.1 بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی، برنامه عملیاتی، راهنماها، و کتابچه راهنما می باشد.	مکتسبه از خدمات سلامت است.
	کارشناس کنترل عفونت	مستندات مبنی بر وجود دستورالعمل و روش های اجرایی ضدعفونی و استریلیزاسیون کلیه وسایل در بخش CSSD				
امتیاز کل: 2		امتیاز کسب شده در ارزیابی:				C2
مسئول بانک خون	- مستندات مبنی بر وجود دستورالعمل و روش های اجرایی تزریق ایمن خون و فراورده های خونی - مشاهده نحوه استقرار هموویزیلاز در مرکز - مشاهده مستندات مربوط به دوره های آموزشی و روند فرایند گزارش عوارض انتقال خون				C3.1.1 بیمارستان راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فراورده های خونی ایمن اجرا می نماید.	C3- بیمارستان ایمنی خون و فراورده های خونی



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

C3.1.2 بیمارستان دارای روش های ایمن قبل از ترانسفوزیون خون مانند ثبت نام رد و قبول داوطلبین و غربالگری خون در مواردی مثل HIV و HBV است.					▪ در بیمارستانهای کشور غیر قابل ارزیابی می باشد.	مسئول بانک خون
C3	امتیاز کسب شده در ارزیابی:	امتیاز کل: 1 و NA1				
C5- سیستم دارویی بیمارستان ایمن می باشد.	C5.1.1 بیمارستان در تمامی اوقات دسترسی به داروهای حیاتی را تضمین می نماید.				▪ وجود خط مشی و روش اجرایی به منظور تضمین دسترسی به داروهای حیاتی در 24 ساعت ▪ مشاهده لیست داروهای حیاتی ▪ مشاهده وجود داروهای حیاتی براساس لیست داروهای حیاتی ▪ مصاحبه با کارکنان مبنی بر وجود داروهای حیاتی به صورت شبانه روزی ▪ مشاهده نحوه نگهداری داروهای پرخطر و مشابه و برچسب گذاری طبق سنجه های اعتباربخشی ایمنی بیمار ▪ مستندات چک تاریخ داروها	مسئول داروخانه کارکنان
C5	امتیاز کسب شده در ارزیابی:	امتیاز کل: 1				
D- محیط ایمن باشد.	D2 بیمارستان دارای سیستم ایمن مدیریت دفع پسماندها می باشد.				▪ مستندات دستورالعمل و روش اجرایی و راهنماها مبنی بر وجود تفکیک و کدبندی پسماندها ▪ مشاهده نحوه تفکیک در بخش ها، انتقال و حمل و نقل و نگهداری و ذخیره موقت پسماند ▪ مصاحبه با کارکنان واحد دفع پسماند: واکسیناسیون کارکنان علیه هپاتیت B و سایر بیماریهای عفونی ▪ گذراندن دوره های آموزشی	کارشناس بهداشت محیط کارکنان
	D2.1.2 بیمارستان از راهنماها، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت، جهت مدیریت پسماندهای نوک تیز و برنده تبعیت می نماید.				▪ مستندات دستورالعمل و روش اجرایی و راهنماها مبنی بر وجود مدیریت پسماندهای نوک تیز و برنده ▪ مشاهده در بخشها ▪ مشاهده آمار مواجهه شغلی ▪ مشاهده گزارش و پیگیری مواجهه شغلی	کارشناس بهداشت محیط و کنترل عفونت، کارکنان
D2	امتیاز کسب شده در ارزیابی:	امتیاز کل: 1				
امتیاز نهایی کسب شده در ارزیابی:		امتیاز کل: 19				

0: استاندارد رعایت نمی شود.

0.5: به صورت نسبی رعایت می شود.

1: کاملاً اجرایی شده است

امضاء و نام مسئول ایمنی:

امضاء و نام کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار:

امضاء و نام ارزیاب کننده:

مدیریت امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی - پیشگیری و کنترل عفونت

بهداشت دست ها مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت رعایت و بر اجرای آن نظارت می شود.	ردیف	اجزاء ارزیابی	امتیاز (۰ الی ۱)	نقاط قابل ارتقا	تقاط قوت
	1	خـط مشـی و روش " ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان /پرستاران و سایر کارکنان بالینی " باحداقل های مورد انتظار تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می شود.			
	2	دست ها * توسط کارکنان مرتبط رعایت بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص بهداشت . می شود			
	3	براساس چک لیست، میزان رعایت و پذیرش 4 بهداشت دست در تمام بخش ها/واحدهای درمانی ارزیابی می شود.			
	4	اسکراب دست منطبق با آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، جهت تمام اقدامات تهاجمی انجام می شود			
		جمع کل			
کارکنان از وسایل حفاظت فردی به صورت ایمن استفاده می نمایند.		اجزاء ارزیابی			
	1	دستورالعمل "استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت" با حداقل های مورد انتظار تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می شود.			
	2	تمام افرادی که با بیمار در تماس هستند * طبق دستورالعمل استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت " اصول حفاظت فردی را رعایت می نمایند.			
		جمع کل			
مدیریت مواجهه شغلی برای کارکنان برنامه ریزی و اجرا می شود.		اجزاء ارزیابی			
	1	کارکنان از آن با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و "مدیریت مواجهه شغلی" اجرایی روش. آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند			
	2	کمیتـه کنـترل عفـونت نتایج مواجهه شغلی را بررسی و اقدامات اصلاحی /بهبود کیفیت تدوین و اجرا می نماید.			
		جمع کل			



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

خطر انتقال شایع عفونت به بیماران ناشی از اریه خدمات مداقبتی به صورت برنامه ریزی شده پیشگیری و کنترل میشود			
ردیف	اجزاء ارزیابی		
1	روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی یا محل نمونه برداری" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند		
2	روش اجرایی "پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد می شود،" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند		
3	روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونتهای کتترهای عروقی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند		
4	روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونتهای کتترهای ادراری" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند		
5	روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونت اقدامات درمانی و اسکوپ های" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند		
6	روش اجرایی "مصرف منطقی آنتی بیوتیکها" حداقل شامل پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعملهای مصرف آنتی بیوتیک برای عفونتهای مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی، و دستورالعمل مصرف آنتی بیوتیکهای پر هزینه تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.		
7	روش اجرایی "حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند		
8	در موارد الزام برای انجام کشت* براساس دستورالعمل ابلاغی اقدام می شود.		
9	معیارهای "ایزولاسیون، بیماران با بیماری های واگیر احتمالی" طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت رعایت می شود.		
	جمع کل		
ردیف	اجزاء ارزیابی		
1	روش اجرایی "شناسایی و گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.		
2	اطلاعات لازم از طریق نرم افزار گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی در ایران به صورت ماهیانه گزارش دهی می شود.		
3	بررسی و تحلیل روند عفونتهای بیمارستانی در کمیته کنترل عفونت به صورت منظم انجام می شود. و اثربخشی اقدامات انجام شده در کاهش خطر عفونتهای بیمارستانی ارزیابی می شود و و اقدامات اصلاحی/بهبود کیفیت تدوین و اجرا می نماید.		

بیمارستان از نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی ابلاغ شده از سوی وزارت



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			۱ نتایج مقاومت های میکروبی توسط آزمایشگاه به کمیته کنترل عفونت گزارش شده و بررسی و تحلیل مقاومت میکروبی به صورت منظم انجام. و براساس آن اقدامات اصلاحی /بهبود کیفیت تدوین و اجرا می نماید.	4	
			کمیته کنترل عفونت با محوریت کنترل عفونت بر رعایت دستورالعمل ها و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان و و سایر الزامات ابلاغی وزارت بهداشت، نظارت نموده و در صورت لزوم اقدام اصلاحی /برنامه بهبود تدوین و بر اجرای آن نظارت می نماید	5	
			کمیته کنترل عفونت، گزارش بیماری های واگیر را مطابق مقررات الزامی شده است را شناسایی و توسط تیم کنترل عفونت به مراجع ذیربط گزارش دهی می نماید.	6	
			جمع کل		
			اجزاء ارزیابی	ردیف	ممیزی کنترل عفونت از بخشها/واحدها انجام شده و نتایج به خطر عفونت های بیمارستانی
		ممیزی بخش ها/واحدها درموضوع اصول کنترل عفونت براساس چک لیست های معین* انجام می شود.	1		
		تیم کنترل عفونت نتایج اطلاعات عفونتهای بیمارستانی و ممیزی های انجام شده را به کمیته کنترل عفونت و و مسئولان بخش ها/ واحدهای مربوطه گزارش می دهند	2		
		جمع کل			
			اجزاء ارزیابی	ردیف	شاخص های لازم برای کاهش
		کمیته کنترل عفونت شاخصهایی برای پایش عملکرد فعالیت های کنترل عفونت تعیین و با نظارت تیم کنترل عفونت پایش و ارزیابی شده ونتایج به این کمیته گزارش می شود	1		
		کمیته کنترل عفونت براساس گزارش نتایج شاخص های عملکرد کنترل عفونت اقدام اصلاحی /برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می نماید و تیم کنترل عفونت بر اجرای آن نظارت می نماید.	2		
		جمع کل			
			اجزاء ارزیابی	ردیف	کمیته
		جلسات کمیته حداقل در فواصل زمانی تعیین شده برابر دستورالعمل های ابلاغی برگزار می شود	1		
		آیین نامه داخلی* کمیته تهیه شده و اعضاء کمیته از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند	2		
		دستور کار جلسات کمیته در راستای اهداف، ماموریت ها و با اولویت بندی مشکلات واقعی و جاری بیمارستان است	3		
		اعضای اصلی کمیته طبق کتاب راهنمای کشوری می باشد	4		
			جمع کل		

پیشگیری و کنترل عفونت - چک لیست ارزیابی IPC

ردیف	اجزاء ارزیابی	امتیاز کل	سازماندهی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت
1	مدیریت واجد شرایط برای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت معین شده است.	4	راهنماهای فنی
2	دامنه و محدوده برنامه پیشگیری و کنترل عفونت تعریف شده و شامل:	6	
3	برای تضمین فعالیت های برنامه ریزی شده IPC ، بودجه کافی وجود دارد.	2	
4	حمایت مدیریتی و فناوری اطلاعات از تیم پیشگیری و کنترل عفونت فراهم شده است که شامل:	4	
	جمع کل	16	
ردیف	اجزاء ارزیابی	امتیاز کل	راهنماهای فنی
1	بومی سازی راهنماهای فنی مبتنی بر نیاز های بیمارستانی	5	
2	راهنمای های احتیاطات استاندارد تدوین و منتشر شده اند. شامل:	8	
3	راهنماهای مرتبط به نحوه بکارگیری احتیاطات ایزولاسیون تدوین و منتشر شده است. شامل:	3	
4	راهنماهای مرتبط به پیش گیری از عفونت های ناشی از بکارگیری ابزار/ وسایل و عفونت های اختصاصی موضعی ، شامل:	5	
5	راهنماهای مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها	4	
	جمع کل	25	
ردیف	اجزاء ارزیابی	امتیاز کل	منابع انسانی
1	آموزش پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی (IPC) برای تمامی کارکنان خدمات سلامت به صورت منظم و دوره ای ارائه می شود.	3	
2	برای افراد حرفه ای (تیم های فنی) پیشگیری و کنترل عفونت دوره های آموزشی پیشرفته و تخصصی به صورت منظم و دوره ای ارائه می شود.	4	
3	شاخص های نیروی انسانی حفظ شده است.	3	
4	پیش گیری و پایش خطرات بیولوژیک شغلی	7	
5	برنامه ایمن سازی و واکسیناسیون کارکنان خدمات سلامت شامل اجرا شده است	3	
	جمع کل	20	



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظام مراقبت عفونت های ناشی از خدمات سلامت		ردیف	اجزاء ارزیابی	امتیاز کل	
پشتیبانی آزمایشگاه میکروبیولوژی	1	تشیلات نظام مراقبت	3		
	2	اهداف نظام مراقبت تعریف شده است و در راستای اهداف کشوری می باشد و شامل:	4		
	3	بر اساس دامنه و گستره خدمات / مراقبت ، اولویت های نظام مراقبت تعریف شده و شامل:	7		
	4	روش های مراقبت تعریف شده و شامل موارد ذیل است:	4		
	5	اطلاعات تجزیه و تحلیل شده و نتایج به تمامی گروه های ذینفع اطلاع رسانی می شود.	5		
		جمع کل	23		
	ردیف	اجزاء ارزیابی	امتیاز کل		
	1	خدمات ایمن و با کیفیت مطلوب آزمایشگاه میکروبیولوژی موجود است.	5		
	2	تعاملات و ارتباطات بین فعالیت های پیشگیری و کنترل عفونت و آزمایشگاه میکروبیولوژی موجود است.	3		
	3	بیمارستان دارای ظرفیت شناسایی بیشترین پاتوژن های مرتبط به پیشگیری و کنترل عفونت است.	4		
محیط	4	بیمارستان توانایی شناسایی حساسیت ضد میکروبی پاتوژن های جدا سازی شده را دارد، شامل :	5		
	5	تکنیک و روش های اجرایی استاندارد که جهت جمع آوری و انتقال نمونه ها استفاده می شود:	2		
		جمع کل	19		
	ردیف	اجزاء ارزیابی	امتیاز کل		
	1	آب مصرفی	2		
	2	امکانات / تسهیلات جهت رعایت بهداشت دست	4		
	3	تهویه محیطی	2		
	4	پذیرش / استقرار بیمار در بخش های بستری:	2		
	5	مدیریت پسماند های پزشکی	4		
	6	سایر الزامات بهداشتی	3		
		جمع کل	17		



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

پایش و ارزشیابی	ردیف	اجزاء ارزیابی	امتیاز کل	
	1	چارچوب پایش و ارزشیابی تعیین شده است.	4	
	2	شاخص های پایش و ارزشیابی معین شده اند و مورد استفاده قرار می گیرند.	4	
	3	گزارش دهی داده های پایش و ارزشیابی.	2	
		جمع کل	10	
ارتباط با سلامت همگانی و سایر خدمات	ردیف	اجزاء ارزیابی	امتیاز کل	
	1	ارتباطات بین بیمارستان و سایر خدمات خارجی ایجاد شده است.	3	
	2	رویدادهای مورد علاقه در ارتباطات سلامت همگانی و HCF شامل :	4	
	3	ارتباط با سایر برنامه ها/ خدمات فعال در سطح بیمارستانی برقرار شده است.	9	
		جمع کل	16	

پیشگیری و کنترل عفونت – چک لیست نظارت بر نحوه تبعیت از دستورالعمل " فرآوری مجدد ایمن وسایل پزشکی "				
ردیف	عنوان	بلی	خیر	توضیحات
1	شماره و تاریخ نامه ابلاغی در خصوص دستورالعمل از دانشگاه به بیمارستان			
2	آیا مسئولین (مدیر، مدیر خدمات پرستاری و رییس کمیته کنترل عفونت بیمارستانی) مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان از مفاد دستورالعمل "فرآوری مجدد ایمن وسایل پزشکی" آگاهی دارند؟			
3	آیا زیر کمیته "فرآوری مجدد ایمن وسایل پزشکی" تحت لوای کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی ایجاد شده است؟			
4	آیا بیمارستان دارای خط مشی و روش های اجرایی مکتوب در مورد استفاده مجدد از وسایل یک بار مصرف به تایید کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان می باشد؟			
در صورتی که پاسخ مثبت است، آیا حداقل شامل موارد ذیل است؟				
a) تعریف دقیق وسایل پزشکی که می توانند فرآوری مجدد گردند.				
در صورت مثبت بودن پاسخ کدامیک از وسایل ذیل مطابق با دستورالعمل فرآوری مجدد می شوند:				
	الکترودهای EPS			
	حلقه اتصالات دیافراگم			
	پروب های واژینال			



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			پروپ های اولتراسوند
			پروپ های جراحی های کرایو
			ERCP
			سیستم های بیهوشی تنفسی دستگاههای بیهوشی
			تونومتر
			لارنگوسکوپ ها
			آندوسکوپ های قابل انعطاف
			برونکوسکوپ فیبر اپتیک
			لاپاراسکوپیک تروکار و تجهیزات جانبی
			وسایل پزشکی مورد استفاده در پروسیجر های تهاجمی اورولوژی
			(b) روش شستشو/ ضد عفونی (نوع ماده : متوسط الاثر ، قوی الاثر/ زمان غوطه وری) متناسب با وسایل پزشکی که مقرر است فرآوری مجدد شوند.
			(c) الصاق برچسب خاص (شماره سریال ، شماره زیر گروه) بر روی وسیله فرآوری مجدد شده به منظور لحاظ سقف تعداد فرآوری مجدد .
			(d) نحوه الصاق و بایگانی برچسب شماره سریال و شماره زیر گروه هر وسیله پزشکی یکبار مصرف فرآوری شده در پرونده بیمار .
			(e) نحوه اخذ رضایت آگاهانه در استفاده مجدد از وسایل پزشکی یک بار مصرف به لحاظ رعایت اخلاق پزشکی و ایمنی بیمار از بیماران .
			(f) چگونگی نظارت بر فرایند فرآوری مجدد وسایل پزشکی .
			i. مسئول نظارت کیست؟ ii. به کدامیک از مسئولین / سمت های سازمان گزارش می دهد؟ iii. گزارش مکتوبی در این زمینه موجود است؟
			(g) چگونگی پی گیری کیفیت کارکردی، اثر بخشی و ایمنی وسایل یک بار مصرف فرآوری شده از متخصصین بالینی شاغل در بیمارستان و ارسال مکتوب گزارشات ناشی از افزایش ریسک عفونت و یا عدم کارایی و ایمنی لازم وسایل پزشکی یک بار مصرف فرآوری شده .
			با توجه به خدمات مورد ارائه مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان آیا وسایل پزشکی که می توانند فرآوری مجدد گردند ، دقیقاً تعریف شده اند؟
			طبقه بندی وسایل پزشکی که فرآوری مجدد می شوند چیست؟
			a. حیاتی
			b. نیمه حیاتی
			آیا در فرایند فرآوری مجدد وسایل پزشکی حداقل موارد ذیل تعریف شده است؟
			(a) جدا نمودن قطعات وسیله پزشکی یکبار مصرف/ حیاتی از یکدیگر قبل از شستشوی وسيله (در صورت امکان):
			(b) شستشو وسیله به صورت دستی یا اتومات .
			i. (آیا شکل وسیله پزشکی به گونه ای است که مانع از شستشوی مناسب وسیله گردد؟)



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			(c) غوطه ور سازی وسیله پزشکی در مواد ضد عفونی متوسط الاثر مطابق با دستورالعمل شرکت تولید کننده (به لحاظ زمانی و غلظت ماده).
			(d) آبکشی و خشک نمودن
			(e) اتصال قطعات به هم
			(f) بسته بندی برچسب گذاری طبق استانداردها - استفاده از اندیکاتورهای شیمیایی کلاس (4) / (6)
			(g) استریلیزاسیون وسیله با استفاده از :
			دستگاه پلاسما
			اتیلن اکساید
			(h) خشک شدن - انبارش -
			(i) آیا صحت کارکرد وسیله پزشکی یکبار مصرف فرآوری شده قبل از استفاده مجدد توسط متخصصین بالینی ذیربط، بررسی و تضمین کیفیت می شود؟
8			آیا بیمارستان شواهدی دال بر تغییر رویکرد استفاده از وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد (Reusable) به جایگزینی وسایل پزشکی یک بار مصرف دارد؟ (تغییر رویکرد در تدارک و تامین وسایل پزشکی مورد استفاده در انجام مداخلات تشخیصی، درمانی و مراقبتی در بیمارستان های تحت پوشش از یکبار مصرف به وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد).
9			آیا بیمارستان شواهدی دال بر اندازه گیری میزان صرفه جویی مستقیم و غیر مستقیم ناشی از بکار بستن دستورالعمل یاد شده را دارد؟
10			آیا بیمارستان چالش های موجود در زمینه اجرای دستورالعمل مزبور را به صورت مکتوب دارد؟

در صد تحقق استانداردها در محورهای مختلف کنترل عفونت:



نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

رعایت حقوق گیرندگان خدمت و انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرع مقدس

ردیف	سنجه	نتیجه				توضیحات
		بله	خیر	NA	نامحدود	
1	پزشکان با روی گشاده، ضمن معرفی خود با بیماران ارتباط اطمینان بخش برقرار نموده و پرسش های بیماران را پاسخگو هستند.					
2	پرستاران با روی گشاده، ضمن معرفی خود با بیماران ارتباط اطمینان بخش برقرار کرده و پرسش های بیماران را پاسخگو هستند.					
3	در حین ارائه خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، حریم شخصی، محرمانگی اطلاعات و ارزش های مورد قبول بیماران رعایت می شود.					
4	بیماران از نحوه برخورد پزشکان، رضایت دارند.					
5	بیماران از نحوه برخورد پرستاران، رضایت دارند.					
6	بیماران از نحوه برخورد کارکنان غیر بالینی، رضایت دارند.					
7	منشور حقوق بیمار در بیمارستان در مکانهایی که در معرض دید مراجعه کنندگان و گیرندگان خدمت باشد نصب شده است.					
8	خط مشی و روش "راهنمایی و هدایت گیرندگان در سطح بیمارستان" تدوین شد و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند.					
9	تیم مدیریت اجرایی در فواصل زمانی مشخص اثربخش بودن و کفایت اطلاعات ارائه شده به گیرندگان خدمت را ارزیابی نموده و در صورت نیاز اقدام های اصلاحی / پیشگیرانه / برنامه بهبود کیفیت ، تدوین و بر اجرای آن نظارت می کند.					
10	مسئول آموزش همگانی در سطح بیمارستان تعیین شده و بیمارستان با رویکرد پیشگیری و تشخیص به موقع در خصوص بیماریهای فشار خون، دیابت و سرطان برنامه های اطلاع رسانی و آموزش همگانی برای مراجعین طراحی و اجرا می نماید.					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

11	کارکنان بیمارستان، کارت شناسایی خوانا، عکس دار و قابل رویت از فاصله یک متری را روی سینه نصب نموده اند.				
12	اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت به بیمار، در اولین برخورد خود را به بیمار معرفی نموده و رتبه حرفه ای و سمت خود در تیم مراقبتی را به اطلاع بیمار و همراه وی می رسانند.				
13	بیمارستان استانداردهای ملی پوشش بیماران را رعایت می کند.				
14	بیمارستان در طول مدت مراقبت و درمان، تسهیلات لازم برای دسترسی بیمار / ولی قانونی وی را به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی فراهم نموده و کارکنان درمانی در این خصوص به گیرنده خدمت اطلاع رسانی می نمایند.				
15	پزشکان معالج پیش از اخذ رضایت از بیمار، اطلاعات لازم در زمینه علت بیماری و روش درمانی در نظر گرفته شده، خطرات و عوارض احتمالی، سیر بیمار، محاسن، روشهای جایگزین ممکن و پیش آگهی را به زبان ساده و قابل درک، در اختیار بیمار/ولی قانونی وی، با رعایت مدت زمانی که امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه برای ایشان فراهم باشد، قرار می دهند.				
16	در اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی و موارد شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فراورده های خونی، رضایت آگاهانه اخذ می شود؟				
17	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.				
18	بیمارستان استفاده از هرگونه علائم یا نوشته ای که تشخیص بیماری و یا سایر اطلاعات درمانی را آشکار نماید، ممنوع کرده و تیم مدیریت اجرایی بر رعایت آن نظارت می نماید.				
19	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.				



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

20	ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش های ویژه بیمارستان و اتاق عمل، کت لب ممنوع می باشد و سرپرستار بخش بر اجرای صحیح آن نظارت می نماید.				
21	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.				
22	ارایه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران با رعایت موازین انطباق، توسط کارکنان همگن و با رعایت احترام به شان و منزلت انسانی خدمت گیرندگان انجام می شود. به ویژه در مواردی که بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری است و خود بیمار یا همراه وی درخواست می نماید، به نحوی که مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت نشود، رعایت این موازین مد نظر قرار گرفته می شود.				
23	همراهان بیمار از امکانات اقامت و تسهیلات رفاهی ارائه شده رضایت دارند.				
24	در صورت نیاز بیمار به همراه، امکانات اقامت، برای ایشان فراهم می شود.				
25	امکانات رفاهی لازم برای مراجعین و همراهان فراهم می شود.				
26	در صورت درخواست گیرنده خدمت، سرپرستار بخش با همکاری دفتر پرستاری با اطلاع و موافقت پزشک معالج تسهیلاتی را برای فراهم کردن امکان نظر خواهی از پزشکان دیگر (داخل یا خارج بیمارستان) مهیا نموده و در صورت تایید پزشک معالج دستورات ایشان اجرا می شود.				
27	در صورت درخواست بیمار/ولی قانونی او، تصویر کاغذی /فایل الکترونیکی اطلاعات و مستندات مربوط به پرونده و نتایج اقدامات پاراکلینیک، در اختیار آنها قرار داده می شود (مسئول مدارک پزشکی بر اجرای این سنجه نظارت می نماید).				
28	فرایند نحوه اعلام شکایات، انتقادات و پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرایند تدوین و در محلی قابل رویت، حداقل در واحد پذیرش، بخش اورژانس، حسابداری و سالن های انتظار، در معرض دید گیرندگان خدمت نصب شده است. کارکنان نسبت به این فرایند آگاهی داشته و مطابق آن عمل می نمایند.				
29	دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت/مسئول معادل، گزارش تحلیل ریشه ای نارضایتی بیمار خانواده بیمار / کارکنان را حداقل				



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

					سه ماهه تهیه و پس از بررسی و تایید کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریت اجرایی گزارش می دهد.	
					تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرایند مرتبط با شکایتهای وارده در صورت لزوم اقدام اصلاحی / برنامه بهبود / بازنگری فرایندها به عمل آورده و در صورت وجود خسارت، نسبت به جبران آن اقدام و از متقاضی حمایت می نماید.	30
درصد تحقق استاندارد چک لیست :						

<https://treatment.tbzmed.ac.ir/>

مدیریت نظارت و اعتباربخشی امور درمان - پرتو پزشکی

ردیف	ملاحظات	مورد	نظیف	نظیف	نظیف	نظیف
			0	1	1/5	2
1	آیا نام بخش در پروانه بهره برداری مرکز آموزشی و درمانی / بیمارستان درج گردیده و زمان فعالیت آن با پروانه مطابقت دارد؟ (مستند)					
2	آیا مسئول فنی بخش / بخشهای فعال دارای پروانه معتبر می باشد؟ (مستند)					
3	مسئول فنی در زمان فعالیت موسسه متناسب با نوبتهای مندرج در پروانه حضور و نظارت دارد؟ نام مسئول فنی حاضر:					
4	بخشهای فعال دارای مجوز کار با اشعه معتبر می باشد؟ تاریخ اعتبار مجوز کار با اشعه:					
5	تائیدیه دوزیمتری معتبر از معاونت بهداشتی اخذ گردیده است؟ (مستند) تاریخ آخرین گواهی اخذ شده:					
6	آیا عناوین و ابعاد تابلو و سر برگ بخش استاندارد و مطابق ضوابط می باشد؟					
7	پزشک همکار متخصص رادیولوژی (غیر از مسئول فنی) در موسسه فعالیت می نمایند؟ (مستند و مصاحبه)					
8	برنامه کاری کادر فنی موسسه / مرکز موجود می باشد؟ و مطابق با ساعات فعالیت مجاز بخش تنظیم شده است؟					
9	اطلاعات کارمندان فنی شاغل در موسسه / مرکز با مندرجات لیست پرتوکاران تائیدیه کار با اشعه مطابقت دارد؟					
10	پرسنل از فیلم بیج و بصورت صحیح استفاده می کنند؟					
11	آیا گزارشات دوره ای فیلم بیج با اطلاعات پرسنل فعال مطابقت دارد و ثبت و بایگانی می گردد؟ (مستند)					
12	پرسنل فنی دارای پرونده پزشکی می باشند؟ آیا آزمایشات دوره ای پزشکی (هر 6 ماه یکبار) جهت پرتوکاران انجام می شود؟ (مستند)					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

13	کارکنان از روپوش مناسب و تمیز و اتیکت پرسنلی استفاده می کنند؟					
14	گواهیه های آموزش کارکنان مربوط به طی دوره های حفاظتی ضروری و یا کار با دستگاه های خاص (CT_Scan, MRI, BMD و ..) وجود دارد؟ (مستند)					
15	بخش / بخش های فعال دارای حداقل ابعاد استاندارد برای فضاهای اصلی و پشتیبانی می باشد؟	مغایرت و اشکالات موجود در فضاهای فیزیکی:				
16	اتاق های رادیوگرافی مجهز به رختکن می باشند؟					
17	اتاق های رادیوگرافی دارای تهویه مناسب و سرویس بهداشتی بیمار می باشند؟					
18	در مراکز تصویربرداری فضای تفکیک شده و امکانات لازم برای آماده سازی و ریکاوری بیماران وجود دارد؟					
19	در صورت وجود اتاق تاریکخانه / تهیه فیلم ، هواکش برای تهویه وجود دارد؟					
20	فضای نگهداری وسایل تمیز وجود دارد؟					
21	اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد؟					
22	سیستم گرمایش و سرمایش مناسب وجود دارد؟					
23	با توجه به تعداد مراجعین روزانه، فضای فیزیکی سالن انتظار برای رفاه مراجعین مناسب و به اندازه کافی صندلی وجود دارد؟ آب اشامیدنی برای بیماران در دسترس میباشد؟ (بویژه در سالن انتظار سونوگرافی)					
24	سرویس بهداشتی مناسب مراجعین و همراهان وجود دارد؟					
25	نظافت موسسه / مرکز در حد مطلوب میباشد؟					
26	آیا کپسول های آتش نشانی از نظر تاریخ مصرف چک شده اند و به تعداد کافی در بخش وجود دارند؟					
27	آیا استانداردهای لازم در خصوص دسترسی به مرکز رعایت شده است؟ (دارا بودن رمپ و آسانسور یا قرار گیری در طبقه همکف)					
28	آیا پرسنل از دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران اطلاع دارند و رعایت می نمایند؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

29	آیا تفکیک زباله های عفونی و غیر عفونی و تیز و برنده و شیمیایی و دارویی بدرستی انجام می گیرد؟					
30	آیا تاریخ شروع استفاده از Safty Box ها بر روی آن درج شده است و قبل از پر شدن بیش از سه چهارم یا 5 روز تعویض می گردند؟					
31	آیا اطلاعات دستگاههای پرتو پزشکی موجود در بخش با مندرجات فهرست منابع پرتو تأییدیه کار با اشعه مطابقت دارد؟					
32	تجهیزات سالم و کارا می باشند؟					
33	آیا برچسب تأییدیه کنترل کیفی معتبر بر روی دستگاهها نصب می باشد؟ تاریخ آخرین کنترل کیفی انجام شده:					
34	گزارش خرابی و نواقص تجهیزات پرتو پزشکی فعال در مرکز وجود دارد؟ (مستند)					
35	نظافت و ضد عفونی روزانه تجهیزات تصویربرداری مثل تخت رادیوگرافی ، دستگاه سونوگرافی و پروبهای موجود و... انجام می گردد ؟ تخت انجام سونوگرافی پس از هر بیمار تمیز یا ملحفه آن عوض می شود؟					
36	آیا در مراکز تصویربرداری دفیبریلاتور و مانیتور قلبی و پالس اکسیمتر و فور (در صورت نیاز با توجه به نوع فعالیتهای اختصاصی) وجود دارد؟					
37	آیا ترالی احیا و داروهای اورژانس و آنتی آلرژیک و کپسول اکسیژن به اندازه کافی و با تاریخ مصرف مناسب موجود است؟ به نحو صحیح نگهداری و بازبینی می گردد ؟ (مستند)					
38	چراغ هشدار تشعشع و سویچ هماهنگی اکسیژن در بالای درب ورودی اتاقهای اشعه وجود داشته و فعال می باشد؟					
39	سیستم ضبط و ذخیره و ارسال تصاویر (pacs) وجود دارد؟					
40	خروجی خدمات تصویربرداری (فیلم و CD) مطابق با استانداردهای تصویربرداری پزشکی می باشد؟					
41	آیا سیستم صوتی یا تصویری لازم جهت برقراری ارتباط مستمر با بیمار وجود دارد؟ توضیحات و آموزشهای لازم در زمان تصویربرداری به بیمار بر حسب مورد ارائه می شود؟					
42	انجام خدمات تصویربرداری خارج از نوبت برای بیماران اورژانس در بخش رعایت می گردد؟					
43	آیا در موسسه /مرکز امکانات لازم برای انجام خدمات تصویربرداری با کیفیت به همراه تامین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

44	دستورالعمل آمادگی بیمار جهت تکنیک های تصویربرداری پزشکی وجود دارد و پرسنل از آن آگاهی دارند؟ (مستند و مصاحبه)					
45	آیا توضیحات لازم درخصوص آمادگی قبل از پروسیجرها بصورت شفاهی و کتبی به بیماران ارائه می شود؟ (مستند و مصاحبه)					
46	آیا پرسنل از الزامات اخذ رضایت آگاهانه و پروسیجرهای تهاجمی اطلاع دارند و فرم رضایت توسط همه بیماران که تحت اعمال با خطر بالا و تهاجمی قرار می گیرند، مطابق ضوابط تکمیل می شود؟ (مستند)					
47	آیا متخصص بیهوشی در طول فرایندهای تصویربرداری مداخله ای یا در مواقعی که لازم است به بیمار بیهوشی داده شود در دسترس می باشد؟					
48	روپوش و ملحفه تمیز برای استفاده بیماران وجود دارد؟					
49	حریم خصوصی بیمار در بخش /مرکز رعایت می گردد؟					
50	آیا کیفیت تصاویر خروجی بصورت ماهانه توسط مسئول فنی کنترل و بررسی می گردد؟ (مستند)					
51	استانداردهای پرتونگاری در تصاویر خروجی شامل کلیشه یا CD (اعم از: ثبت اطلاعات دموگرافیک بیمار - مشخصات مرکز - کارشناس انجام دهنده و استفاده از مارکر) رعایت می گردد؟					
52	دفتر ثبت و پذیرش روزانه ویا کامپیوتری مراجعین وجود دارد؟					
53	تعرفه های مصوب و قانونی رعایت می گردد؟ آیا رسید در مقابل وجه دریافتی بیمار داده می شود؟					
54	مدت زمان گزارش دهی در موارد غیر اورژانس استاندارد بوده و رعایت می گردد (کمتر از 24 ساعت)؟					
55	اصول گزارش نویسی رعایت می گردد؟ (ثبت تاریخ و ساعت - شرح حال و اطلاعات بالینی بیمار - روش و نحوه انجام و نتایج ارزیابی)					
56	بایگانی جهت ضبط و نگهداری مدارک ضروری و پرونده مراجعین و گزارشهای تصویربرداری وجود دارد؟ (حداقل به مدت 5 سال)					
57	دستورالعمل مربوط به استفاده از مواد حاجب تدوین شده و کارکنان از آن مطلع بوده و رعایت می نمایند؟ (مستند و مصاحبه)					
58	آیا رادیولوژیست بر نوع ، مقدار و نحوه تزریق ماده حاجب در انجام خدمات تصویربرداری با کنتراست نظارت دارد؟					



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

59	آیا وسایل حفاظت در برابر اشعه (گناد شیلد، تیروئید شیلد و روپوش سربی) به تعداد کافی و کیفیت مناسب وجود دارد؟					
60	شیلدهای سربی به موقع و به طرز صحیح جهت بیمار یا همراه بیمار استفاده می گردد؟					
61	تابلوهای راهنما مانند هشدار به خانمهای حامله و منطقه تشعشع جهت اطلاع مراجعین نصب می باشد؟					
62	آیا برخورد و رفتار متصدی پذیرش و سایر کارکنان با مراجعین مناسب است؟					
63	آیا در نظر سنجی میدانی، بیماران از خدمات ارائه شده در موسسه / مرکز رضایت دارند؟					
64	شماره تلفن رسیدگی به شکایات در معرض دید نصب می باشد؟					
نمره کل :		نمره اخذ شده :				
درصد تحقق استانداردها :						

مدیریت امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی - مراقبت مادران باردار

ردیف	ملاحظات	موارد	فیلد ضعیف	ضعیف	متوسط	ب.ر.	عالی	توضیحات
			0	.5	1	1/5	2	
1		آیا درمادران باردار پرخطر اعزامی از سطوح پایین به بیمارستان اولین فرد ویزیت کننده متخصص زنان (نه دستیار) می باشد؟ (مشاهده حداقل 3 پرونده اورژانس مادر اعزامی)						
2		آیا مادرانیکه (از زمان مثبت شدن تست، بتا تا 42 روز بعد از زایمان) به هر دلیل به بیمارستان مراجعه می کنند توسط متخصص زنان/ماما هم ویزیت می شوند. (مشاهده حداقل 3 پرونده اورژانس)						
3		آیا هنگام بستری مادر باردار، پرونده قبلی مادر (بستری یا درمانگاهی) ضمیمه پرونده می شود؟ (مشاهده حداقل 3 پرونده)						
4		آیا در صورت وجود مادر پرخطر بلافاصله سوپروایزر و مسئولین بیمارستان در محل حاضر می شوند؟						
5		آیا برای بیمارستان کد فوریت های مامایی تعریف شده است؟						
6		آیا بیمارستان برای 4 عارضه شایع مامایی (خونریزی، پره اکلامپسی / اکلامپسی، سپسیس و آمبولی) پروتکل / روش اجرایی با تعیین شرح وظایف اعضای تیم و برنامه زمان بندی با امضای رئیس بیمارستان تدوین شده است؟ (مشاهده پروتکله)						
7		در صورت تدوین پروتکله آیا در معرض دید و دسترس کارکنان می باشد؟						
8		آیا برای تمام مادران پرخطر فرم MEOWS تکمیل می شود؟ (مشاهده حداقل 3 پرونده مادر پرخطر)						
9		آیا تمام موارد عوارض شدید بارداری طبق تعریف (کتاب سبز) در عرض 48-24 ساعت در سامانه ایمان گزارش می شود؟ (مشاهده مستندات)						
10		آیا تمام موارد Near Miss در کمیته موریدینته بیمارستانی بررسی و مداخلات لازم طراحی می گردد؟ (مشاهده صورتجلسات)						



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

11	آیا بیمارستان مامای مسئول مادران پرخطر با ابلاغ رسمی دارد (مشاهده ابلاغ)					
12	آیا بیمارستان پزشک مسئول مادران پرخطر با ابلاغ رسمی دارد (مشاهده ابلاغ)					
13	آیا بیمارستان کلاس توجیهی گزارش فوری عوارض شدید بارداری برای تمام پرسنل درمانی برگزار کرده است (حداقل هر 6 ماه یکبار) مشاهده مستندات					
درصد تحقق استانداردهای چک لیست						%



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

مدیریت امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی - مراقبت مادر و نوزاد

ردیف	موارد	خیلی ضعیف 0	ضعیف 0.5	متوسط 1	خوب 1.5	عالی 2	غیر قابل ارزیابی NA	توضیحات
1	تکمیل فرم تریاژ/ گزارش مامائی دفتر سرپایی یا پرونده مادر باردار توسط کارشناس/کارشناس ارشد مامائی (ابلاغی وزارت)							
2	ویزیت مادران باردار تا 42 روز پس از زایمان توسط متخصص زنان/ ماما طبق دستورالعمل و آگاهی پزشکان اورژانس از دستورالعمل مربوطه							
3	قبل از هر گونه اقدام تشخیصی و درمانی شناسایی مادر و نوزاد حداقل با 2 شناسه صورت می گیرد و پرسنل از فرایند صحیح شناسایی بیمار آگاهی دارند.							
4	ثبت نتیجه معاینات در فرم شرح حال و برگ دستورات پزشک در پرونده بیمار							
5	ثبت اقدامات و دستورات در پرونده مادر باردار در بدو پذیرش، زمان لیبر، حین و پس از زایمان به صورت خوانا، با مهر و امضاء و ذکر تاریخ و ساعت							
6	ارائه مراقبتهای معمول لیبر و زایمان مرحله اول، دوم، سوم و چهارم زایمان برای مادران باردار به طور کامل و صحیح							
7	تکمیل برگه های لیبر و 9 برگ ابلاغی وزارت بهداشت در لیبر و زایمان و پس از زایمان بطور کامل و خوانا و مهر، امضاء، ساعت و تاریخ در پرونده تمامی مادران باردار							
8	تکمیل پارتوگراف برای مادران باردار در لیبر طبق راهنمای ابلاغی توسط ماما							
9	تکمیل برگ گزارش پرستاری با قید ساعت و تاریخ پذیرش بیمار، نحوه ورود بیمار، ثبت شکایت اصلی و علت بستری در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش							
10	ارزیابی وضعیت هوشیاری، سلامت جسمی و روحی بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و ثبت آن در پرونده بیمار (برگ ارزیابی اولیه بیمار موجود می باشد)							
11	ارایه مراقبت مستمر به مادران تا دو ساعت پس از زایمان طبق دستورالعمل ابلاغی							
12	ثبت سوابق تزریق روگام در پرونده مادر							



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

13	انجام مراقبتهای معمول از نوزادان و ثبت در پرونده (تکمیل برگ شرح حال نوزاد و معاینه بدنی نوزاد)						
14	حضور یک نفر ماما در بخش زنان زایمان در هر شیفت						
15	حضور کارشناس مسوول نوزاد دارای گواهی احیای پایه نوزاد در هر زایمان (واژینال و سزارین)						
16	دسترسی کارکنان به آخرین نسخه دستورالعمل های ابلاغی وزارت (کتاب راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان، بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم، دستورالعمل ترویج زایمان طبیعی 97 ، پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و...						
17	تعیین مفاد آموزشی مادران قبل از زایمان توسط رئیس بخش و ماما مسئول و آگاهی کارکنان از آن						
18	ارائه آموزش و توضیحات به زبان ساده و قابل فهم درخصوص (نحوه زایمان به مادران قبل از زایمان ، روشهای کاهش درد، زمان خروج از تخت، علایم خطر پس از زایمان، مراقبت فردی ، مراقبت از محل اپی زیاتومی و...)						
19	ارائه آموزش و توضیحات به زبان ساده و قابل فهم درخصوص مراقبت از نوزاد (چگونگی برقراری تماس پوست با پوست مادر با نوزاد، شیردهی، غربالگری ، واکسیناسیون و...)						
20	ثبت آموز شهای ارائه شده به مادر در خصوص نحوه مراقبت از نوزاد و خود مراقبتی در پرونده						
21	اتاق LDR اختصاصی برای هر مادر باردار وجود دارد.						
22	اجازه حضور مامای همراه (دولا) و همراه آموزش دیده در بخش لیبر و زایمان داده میشود و تسهیلات لازم فراهم شده است.						
23	حریم خصوصی مادر به هنگام انجام معاینات و مراقبت ها حفظ میشود.						
24	تسهیلات لازم جهت استفاده از خدمات مامای خصوصی فراهم شده است. (نوع قرارداد و اسامی ماماهاى طرف قرارداد بررسی گردد)						
25	برگزاری کلاسهای آمادگی برای زایمان مطابق با پروتکل وزارت بهداشت (بررسی فضا و امکانات موجود و صورجلسات)						
26	اثربخشی آموزش های ارائه شده به مادر مورد ارزیابی قرار میگیرد						
27	آیا مادر و همراه گواهی اتمام دوره آموزشی را دریافت می کنند.						



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

28	همه ماماهاى شاغل در لیبر و زایمان دوره آموزش 12-18 ساعته زایمان فیزیولوژیک و روشهای کاهش درد دارویی و غیر دارویی را گذرانده اند						
29	بکارگیری حداقل یکی از روشهای بی دردی/کاهش درد بر اساس تمایل مادر توسط ماما/پریشک (حمام- دوش آبگرم- توپ زایمانی و...)						
30	آگاهی کارکنان به مزایا و معایب روشهای بی دردی/کاهش درد و دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت						
31	ارائه توضیحات لازم به مادر قبل از بکارگیری روشهای دارویی بی دردی و اخذ رضایت مادر توسط متخصص بیهوشی						
32	خودداری از اعمالی که بصورت روتین کاربردی ندارد مانند ناشتا بودن مادر- رگ گرفتن و...						
33	مادر اجازه حرکت در طول لیبر را دارد.						
34	انجام اینداکشن طبق پروتکل انجام میشود.						
35	استفاده از داروهای آتروپین- پرومتازین- هیوسین و... در طول لیبر برای کاهش درد						
36	همه‌نگی برای ارجاع و اعزام مادران باردار و نوزادان (توضیح فرایند)						
37	برگزاری کمیته بیمارستانی ترویج زایمان طبیعی (ماهانه)						
38	بررسی علل سزارین های انجام شده با مرور پرونده های مربوطه						
39	بررسی عملکرد مرکز در خصوص محورهای کاهش سزارین						
40	ارسال صورتجلسات کمیته بیمارستانی و اقدامات انجام شده هر 3 ماه یکبار به معاونت درمان						
جمع امتیاز							
درصد تحقق استانداردهای چک لیست:							



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

مدیریت اموری بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی – گردشگری سلامت

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	بلی (2)	تا حدودی (1)	خیر (0)	امتیاز سنجه	ضریب	امتیاز با اعمال ضریب
1	تطبیق خدمات واحد بیماران بین الملل با پروانه و مجوز قانونی موسسه					4	
2	وجود کارشناس IPD دارای حداقل مدرک کارشناسی در یکی از رشته های مرتبط با خدمات بهداشتی، درمانی					2	
3	صدور ابلاغ و شرح وظایف کارشناس IPD					1	
4	استقبال کارشناس IPD از بیمار بین الملل هنگام ورود					1	
5	ارائه توضیحات اولیه به بیمار بین الملل توسط کارشناس IPD					1	
6	انجام فرآیند پذیرش با هماهنگی کارشناس IPD					4	
7	انجام فرآیند ترخیص با هماهنگی کارشناس IPD					4	
8	توانایی برقراری ارتباط مناسب با استفاده از زبان انگلیسی و زبان غالب بیمار توسط تیم IPD					6	
9	ارائه خدمات و یا انجام هماهنگی لازم جهت تامین امکانات جابجائی بیمار در سطح شهر و یا فرودگاه					1	
10	وجود پزشک IPD دارای حداقل مدرک پزشکی عمومی					2	
11	صدور ابلاغ و شرح وظایف پزشک IPD					1	
12	ارزیابی وضعیت بیمار بدو ورود به بخش توسط پزشک IPD (حداکثر ظرف یکساعت)					1	
13	پیگیری بیمار در خصوص امور تشخیصی و درمانی توسط پزشک IPD					1	
14	ارائه اطلاعات لازم و شفاف سازی حقوق بیمار توسط پزشک IPD					2	
15	بررسی استانداردهای IHR هنگام پذیرش بیمار بین الملل درسامانه گردشگری سلامت					1	



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

16	نظارت پزشک IPD بر ثبت اطلاعات بیماران بین الملل در سامانه گردشگری سلامت					2
17	دارا بودن مجوز طبابت پزشک معالج در شهر تاسیسی موسسه پزشکی					4
18	وجود قرارداد معتبر مابین پزشک معالج و موسسه پزشکی					2
19	وجود پرستار IPD دارای حداقل مدرک کارشناسی پرستاری					2
20	صدور ابلاغ پرستار IPD					1
21	ارزیابی وضعیت بیمار بدو ورود به بخش توسط پرستار IPD					1
22	داشتن حداقل سه سال سابقه کار پرستاری برای پرستار IPD					1
23	وجود فرآیندهای Follow up بیماران از زمان ترخیص تا بهبودی کامل از طریق پزشک یا مراکز درمانی کشور مبدا					4
24	رضایت سنجی استاندارد از بیماران بین الملل					4
25	پیگیری بیمار پس از ترخیص توسط واحد IPD از طریق خود بیمار یا همراهان وی (از طریق تماس تلفنی، ارسال ایمیل و ...)					2
26	ارائه نسخه دارویی ترخیص مطابق با استانداردهای دارویی					2
27	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					2
28	ارائه خلاصه پرونده و فهرست (برابر اصل) ریز خدمات و تجهیزات مصرفی در صورت درخواست بیمار					2
29	آموزش حین ترخیص با رعایت استانداردها و استفاده از فرم های از پیش تدوین شده					2
30	جمع آوری آمار بیماران بین الملل به صورت منظم به منظور بهبود فرآیندها توسط تیم IPD					6



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

31	وجود فرآیند بازگرداندن هزینه درمانی به بیمار در صورت کنسلی و یا توقف درمان					4
32	آیا گروه IPD دوره های مربوط به گردشگری سلامت (دوره های وزارت بهداشت یا دوره های مورد تایید وزارت بهداشت) را گذرانده اند؟					4
33	فرآیندهای رضایت شخصی و ترک بیمارستان منطبق بر قوانین و ضوابط					2
34	وجود فرآیند نوبت دهی و دسترسی به موقع برای بیماران بین المللی					4
35	تکمیل بودن پرونده بیمار و استفاده از کدهای استاندارد تشخیصی (ICD 10) در ثبت اطلاعات					2
36	تدوین بسته های خدمتی معین برای ارائه خدمات					4
37	فرایندهای مستند و شفاف دریافت هزینه					4
38	تشکیل کمیته مرگ و میر حداکثر تا 24 ساعت در صورت وقوع مرگ بیمار					2
39	آیا شاخصهای بهبود کیفیت مشخص و عملیاتی شده است؟					1
40	رویکرد برنامه ریزی استراتژیک توسط مدیران اجرایی					1
41	پیش بینی فرآیند ارائه خدمات در کشور مبدا در صورت بروز عوارض در جهت کسب رضایت بیمار					2
42	فرایند ارجاع ایمن در موارد خاص به سایر مراکز معتبر و دارای مجوز قانونی					2
43	آیا برای تیم IPD کلاسهای آموزشی گذاشته شده است؟					2
44	آیا برای تیم IPD آموزش مسائل حقوق صورت می گیرد؟					2
45	آیا مسئول IPD فرآیند ایجاد شرایط مناسب کاری برای پرسنل خود دارد؟					4
46	وجود فرآیند مشخصی برای انتخاب و آموزش افراد تیم IPD					4
47	فرآیند جهت تامین امنیت بیمار و همراهان					1



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

48	امکانات متناسب با اعتقادات مذهبی					1
49	رعایت حریم خصوصی					1
50	ثبت کامل مشخصات پزشک و کارشناس واحد بیماران بین الملل و پزشکان معالج در سامانه گردشگری سلامت					4
51	ثبت کامل اطلاعات بیماران در سامانه گردشگری توسط کارشناس IPD					8
52	همخوانی اطلاعات ثبت شده در سامانه در مقایسه با پرونده های بیماران					8
53	سایت اینترنتی واحد بیماران بین الملل موسسه پزشکی با شرایط مندرج در ماده 15 آیین نامه					8
1- آیا فضای کلی موسسه درمانی از نظر پذیرش بیماران بین الملل مورد تأیید می باشد؟ 1- آیا موسسه درمانی بطور کلی در خصوص گردشگری سلامت فعال است؟ 2- نتیجه مصاحبه با چند بیمار بین الملل						
درصد تحقق استانداردهای چک لیست: %						

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

مدیریت پرستاری

چک لیست ارزیابی عملکرد مدیر / رئیس خدمات پرستاری

نام مدیر /رئیس خدمات پرستاری :		تاریخ و ساعت ارزیابی:	
نقاط قابل بهبود: https://treatment.tbzmed.ac.ir/			
نام و نام خانوادگی و امضا مدیر / رئیس خدمات پرستاری		نام و امضای کارشناس بازدید کننده	



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

عنوان	ردیف	ملاک ارزیابی	ابزار ارزیابی	امتیاز کل	بازه امتیاز	امتیاز مکتسبه	امتیاز کل مکتسبه
نیازسنجی و احراز صلاحیت کارکنان پرستاری و مامایی در بخشهای بالینی	1	به کارگیری کادر گروه پرستاری و مامایی براساس برآورد کمی نیروی انسانی مورد نیاز و رعایت توازن در بکارگیری آنها صورت می پذیرد.	بررسی مستندات	14	2-0		
	2	برآورد نیروی انسانی در کلیه بخشها به صورت یکپارچه و براساس سطح مراقبت مورد نیاز بیماران انجام گرفته و به بخشها ابلاغ گردیده است.	بررسی مستندات		2-0		
	3	معیارهای کیفی برای برآورد و چیدمان نیروی انسانی در بخشهای مختلف بیمارستان از جمله توانمندی، تجربه، مهارت، سابقه کاری، سوابق آموزشهای تخصصی و ویژگیهای شخصیتی و مهارتهای ارتباطی رعایت شده است.	بررسی مستندات		2-0		
	4	تخصیص و چینش نیروهای موجود در بخشها در هر نوبت کاری، متناسب با برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی و حجم کاری و ویژگیهای کادر موجود در بیمارستان انجام می شود.	بررسی مستندات		2-0		
	5	مدیریت پرستاری صلاحیت نیروهای جدیدالورود را بررسی و در صورت تایید نسبت به کارگیری آنان در بخشهای بالینی اقدام می نماید.	بررسی مستندات		2-0		
	6	نقاط قوت و ضعف کارکنان جدیدالورود شناخته شده و برنامه ریزی جهت اصلاحات وجود دارد.	بررسی مستندات		2-0		
	7	فرآیند مشخصی جهت ارزیابی عملکرد پرستاران توسط سرپرستار و سوپروایزرین توسط مدیر / رئیس خدمات پرستاری وجود دارد و به کارکنان ابلاغ شده و تحلیل نتایج ارزیابی عملکرد و اقدامات اصلاحی صورت گرفته است.	بررسی مستندات		2-0		
نظارت بر امور بخشهای بالینی	8	روش اجرایی نظارت بر اداره امور بخشهای بالینی تدوین شده است (برنامه زمانبندی، چک لیست، انجام بازدید)	بررسی مستندات	8	2-0		
	9	بازدید مستمر از بخشها طبق برنامه زمانبندی براساس چک لیست انجام می شود.	بررسی مستندات		2-0		
	10	نتایج حاصل از نظارت تجزیه و تحلیل و مداخلات اصلاحی صورت گرفته است.	بررسی مستندات		2-0		
	11	اثر بخشی اقدامات اصلاحی در پایشهای دوره ای بررسی می شود.	بررسی مستندات		2-0		
سیاستهای آموزشی کارکنان پرستاری	12	نیازسنجی آموزشی بر مبنای PDP، تعیین اولویتهای آموزشی توسط سرپرستار و بامشارکت سوپروایزر آموزشی که به تائید مدیر پرستاری رسیده باشد وجود دارد.	بررسی مستندات	8	2-0		
	13	اولویت بندی برنامه های آموزشی متناسب با نیازهای مراقبتی بیماران توسط مدیر پرستاری در راستای ایمنی بیمار صورت گرفته است.	بررسی مستندات		2-0		
	14	شیوه های آموزشی (آموزش درون بخشی، برگزاری دوره های آموزشی، حضوری و غیر حضوری) تعیین شده است.	بررسی مستندات		2-0		
	15	بررسی اثربخشی دوره های آموزشی برگزار شده براساس الگوهای ارزشیابی (مثلاً کرک پاتریک و.....) در چهار سطح انجام می شود.	بررسی مستندات		2-0		
سی	16	کمیته آموزش سلامت به بیمار / مددجو و خانواده در بیمارستان تشکیل شده، مسئول آموزش در سطح بیمارستان تعیین گردیده است.	بررسی مستندات	8	2-0		



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

		2-0	۴	بررسی مستندات	نیازهای آموزشی بیماران / همراهان بر مبنای PEP شناسایی شده و الویت بندی صورت گرفته است .	۱۷	شاخصهای ملی
		2-0		بررسی مستندات	سیاستهای آموزش به بیماره بخشها ابلاغ شده است .	۱۸	
		2-0		بررسی مستندات	نظارت بر اجرای صحیح برنامه های آموزش به بیمار صورت گرفته و اثر بخش آموزش های ارائه شده به بیمار سنجیده شده است .	۱۹	
		2-0	۴	بررسی مستندات	بررسی و تجزیه و تحلیل شاخص های ملی کیفیت مراقبت پرستاری در بالین هر سه ماه یکبار انجام می شود .	۲۰	
		2-0		بررسی مستندات	اقدامات اصلاحی در راستای ارتقای شاخصهای ملی انجام شده است .	۲۱	
		42			جمع کل		



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

مدیریت پرستاری - چک لیست ارزیابی بخش

نام سرپرستار بخش (مدرک تحصیلی - سابقه کار - پست یا ابلاغ):	
تعداد تخت بخش:	درصد اشغال تخت:
تعداد بیماران بستری در 24 ساعت:	تعداد پرسنل:
پرستار:	ماما:
منشی:	کمک پرستار:
چیدمان نیروی انسانی: (پرستار-ماما-هوشبری-اتاق عمل)	
صبح:	عصر:
چیدمان نیروی انسانی: (کمک بهیار-خدمات)	
صبح:	عصر:
نقاط قابل بهبود:	
نام و امضای کارشناس بازدید کننده	
نام و امضای سرپرستار / مسئول شیفت	



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

مجموعه	ردیف	موارد ارزیابی	ابزار ارزیابی	2	1.5	1	0.5	0	NA
مدیریت بخش (کنترل، نظارت، ارزیابی و ...)	1	رعایت شئونات اسلامی، آراستگی ظاهر، استفاده از یونیفرم استاندارد، اتیکت شناسایی، کفش جلو بسته (تمامی پرسنل)	مشاهده						
	2	وضعیت بهداشت و نظافت عمومی فضای فیزیکی بخش	مشاهده						
	3	ارزیابی مداوم عملکرد پرسنل بر اساس چک لیست انجام، پس خوراند داده شده و اقدامات اصلاحی توسط سرپرستار صورت گرفته است.	بررسی مستندات و مصاحبه						
	4	سرپرستار از نحوه برآورد نیرو آگاهی داشته و اصول برنامه نویسی بر اساس آخرین دستورالعمل رعایت شده است.	بررسی مستندات						
	5	دستورالعمل ها و روشهای اجرایی مراقبتهای عمومی بالینی بخش جهت دستیابی به اهداف مراقبتی و تامین ایمنی بیمار و کارکنان موجود است. (حداقل سه دستورالعمل)	بررسی مستندات و مصاحبه						
	6	دفتر گزارش بخش بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی نوشته شده است.	بررسی مستندات						
	7	زمان شروع تحویل نوبت کاری های مختلف تعیین و به کارکنان ابلاغ گردیده است.	بررسی مستندات و مصاحبه						
جمع امتیاز مکتسبه			14						
بیمار محوری و ایمنی بیمار	1	خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه گزارش، جمع آوری و تحلیل ریشه ای شده و اشتراک گذاری صورت می گیرد.	مصاحبه						
	2	پرستار از موارد وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار و عوارض مادری و نحوه گزارش دهی آن اطلاع دارد.	مصاحبه و بررسی مستندات						
	3	قبل از انجام هر گونه اقدام تشخیصی و درمانی شناسایی بیمار حداقل با دو شناسه صورت می پذیرد و از فرآیند صحیح شناسایی بیمار آگاهی دارند.	مشاهده و مصاحبه						
	4	پرسنل در هنگام تحویل و انتقال بیمار از روش ISBAR استفاده می کنند. (وضعیت، سوابق، ارزیابی، توصیه ها)	مشاهده و مصاحبه						
	5	لیست اقدامات تهاجمی و نیمه تهاجمی تهیه و رضایت آگاهانه طبق دستورالعمل ابلاغی اخذ می شود.	مشاهده و مصاحبه						
جمع امتیاز مکتسبه			16						
مستندسازی مراقبتهای بالینی	1	اصول پرونده نویسی و گزارش نویسی در بخش رعایت می گردد. (بررسی حداقل 3 مورد پرونده)	بررسی مستندات						
	2	اصول کاردکس نویسی رعایت می شود. (به جز OR و اورژانس)	بررسی مستندات						
	3	تقسیم بیماران و فعالیتهای توسط سرپرستار / مسئول نوبت کاری بخش به شیوه مراقبت موردی انجام، ثبت و پرستار مسئول هر بیمار تعیین شده است.	بررسی مستندات مشاهده و مصاحبه						
	4	ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار در محدوده زمانی تعیین شده انجام و فرم مربوطه تکمیل می گردد.	بررسی مستندات مشاهده و مصاحبه						
	5	شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در ارزیابی اولیه شناسایی و توسط کارکنان برنامه ریزی، کنترل و ثبت می گردد.	بررسی مستندات مشاهده و مصاحبه						
	6	پرستار براساس پاسخ بیمار به برنامه های مراقبتی و درمانی، ارزیابی مستمر بعمل آورده و در گزارش پرستاری ثبت می کند.	بررسی مستندات مشاهده و مصاحبه						



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

						مشاهده مستندات و مصاحبه	دارو دهی به بیمار با رعایت اصول صحیح دارودهی طبق آخرین روش ابلاغی صورت می پذیرد (8 رایت).	7	
						بررسی مستندات و مصاحبه با بیمار و همراه	مطالب آموزشهای ضروری به بیمار در بخش موجود بوده ، کلیه آموزشهای داده شده به بیمار و یا همراه وی در گزارش پرستاری در هر شیفت ثبت می شود .	8	
						16	جمع امتیاز مکتسبه		
						مشاهده	ترالی احیای بخش به سهولت در دسترس بوده و چیدمان آن بر اساس آخرین دستورالعمل صورت گرفته است (جداسازی داروهای پرخطر و مشابه انجام یافته است).	1	دارو و تجهیزات
						مشاهده	امکانات اکسیژن رسانی (وجود کپسول اکسیژن، اکسیژن سانترال، کانول های انفرادی و ماسک و ...) وجود دارد و اصول ایمنی آن رعایت گردیده است.	2	
						مشاهده	داروهای مخدر در گنجه مخصوص نگهداری می شود و کلید آن نزد سرپرستار و یا مسئول شیفت می باشد.	3	
						مشاهده و مصاحبه	یخچال دارو در بخش موجود می باشد، دما ی آن کنترل و ثبت شده است. لیست داروهای یخچالی نصب شده است. (ثبت دما هر 12 ساعت) و داروها در درب یخچال انبارش نشده است.	4	
						مشاهده و مصاحبه	لیست آنتی دوتهای موردنیاز بخش و داروهای پرخطر در مکان مناسب نصب شده است، در گنجه مخصوص نگهداری می گردد و پرسنل از آن اطلاع داشته و آنتی دوتهای مورد نیاز در بخش موجود می باشند.	5	
						10	جمع امتیاز مکتسبه		
						بررسی مستندات	کتابچه توجیهی بخش برای آشناسازی کادر جدیدالورود در بخش موجود است.	1	آموزش
						مشاهده و مصاحبه	میزان آگاهی پرسنل از دستورالعمل های استاندارد CPR و هموویژولانس و موارد تهدید کننده ایمنی بیمار	2	
						بررسی مستندات	پرسنل از سیاستهای آموزش بیمارستان و محتوی آن آگاهی دارند و برنامه های آموزشی درون بخشی طبق برنامه اجرا شده است.	3	
						6	جمع امتیاز مکتسبه		
						56	جمع نمره کل		
							درصد تحقق استانداردها		

مسایل و چالش های بخش از دیدگاه پرسنل:



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

سازمان مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی - مدیریت بحران

ردیف	آیتم	وزن	ملاک ارزیابی	امتیاز مکتسبه (1-3)
1	آیا فضایی برای مرکز عملیات بحران بیمارستان در نظر گرفته شده است؟	15	- وجود ندارد - وجود دارد ولی فعال نیست - فعال است	
2	آیا HCC در مکان محافظت شده و ایمن قرار دارد؟	10	- ایمن نیست - ایمن است ولی قابل دسترسی نیست - ایمن و قابل دسترسی حفاظت شده است	
3	آیا برنامه پاسخ برای بحرانهای مختلف (EOP) موجود است؟	5	- برنامه وجود ندارد یا فقط یک نوشته است - برنامه وجود دارد پرسنل آموزش دیده اند - برنامه وجود دارد پرسنل آموزش دیده اند و وسایل لازم برای اجرای برنامه وجود دارد.	
4	آیا منابع مالی لازم برای شرایط اضطرار تخصیص یافته اند؟	5	- بودجه ای وجود ندارد - بودجه موجود کمتر از 72 ساعت را پوشش میدهد. - بودجه موجود نیازهای 72 ساعت را تأمین میکند.	
5	فضای قابل افزایش تخت های بیمارستان در نظر گرفته شده است؟	5	- فضایی برای گسترش ظرفیت تعیین نشده است. - فضا شناسایی شده و پرسنل آموزش های لازم را دیده اند - پروسه ها تعریف شده و پرسنل آموزش دیده اند و منابع لازم برای گسترش مکان وجود دارد.	
6	آیا فضای لازم جهت تخلیه امن اضطراری بیمارستان در نظر گرفته شده است؟	5	- فرآیند وجود ندارد و یا تنها بصورت یک نوشته است. - فرآیند وجود داشته و پرسنل آموزش دیده اند. - فرآیند وجود دارد و منابع لازم وجود دارد.	



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

7	آیا فرآیند گسترش خدمات مهم بیمارستان (مانند آب، فاضلاب، برق ، گازهای حیاتی و...) مشخص شده است؟	5	- فرآیند تعریف نشده و یا بصورت یک نوشته است. - پروسه وجود دارد و پرسنل آموزش دیده اند. - پروسه ها تعریف شده و پرسنل آموزش دیده اند و منابع اجرای فرآیندها وجود دارد.
8	آیا برنامه عملیاتی برای محافظت از پرونده بیماران و نحوه انتقال پرونده ها و ثبت و نگهداری آنها در بحران تعریف شده است؟	5	- پروسه تعریف نشده و یا بصورت یک نوشته است. - پروسه وجود دارد و پرسنل آموزش لازم را دیده اند - پروسه ها تعریف شده و پرسنل آموزش دیده اند و منابع لازم وجود دارد.
9	آیا بازرسی از تجهیزات (اطفاء حریق) و دتکتورها و FIREBOX بیمارستان بصورت منظم انجام میگردد؟	5	- بازرسی صورت نمیگیرد - بازرسی ناکامل و اطلاعات تاریخ گذشته است - بازرسی ها کامل و بروز میباشند
10	آیا فرآیند آماده سازی مکان موقت نگهدای اجساد و پزشکی قانونی تهیه شده است؟	5	- فرآیند تعریف نشده و یا بصورت یک نوشته میباشد - فرآیند وجود داشته و پرسنل آموزش دیده اند - پروسه ها تعریف شده و پرسنل آموزش دیده اند و منابع لازم وجود دارد.
11	آیا شرح وظائف پرسنل داوطلب و نحوه پذیرش آنها و مسئول امور داوطلبین مشخص شده است؟	5	- شرح وظائف و پروسه تعریف نشده و یا بصورت یک نوشته است - شرح وظائف و پروسه وجود دارد و پرسنل آموزش دیده اند - شرح وظائف و پروسه وجود دارد و پرسنل آموزش دیده اند و منابع لازم فراخوانی و استفاده از پرسنل کمکی وجود دارد
12	آیا فرآیند پاسخ به شرایط اضطرار در تمامی شیفتها نوشته شده اند؟	5	- سیستم وجود ندارد و یا بصورت یک نوشته است - سیستم مشخص شده و پرسنل آموزش دیده اند



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

			- پروسه ها تعریف شده و پرسنل آموزش دیده اند و منابع لازم وجود دارد.	
13	آیا فرآیند تخلیه بیماران در شرایط بحران مشخص شده اند؟	10	- فرآیند وجود ندارد و یا بصورت یک نوشته است - فرآیند مشخص شده و پرسنل آموزش دیده اند - فرآیندها تعریف شده و پرسنل آموزش دیده اند و منابع لازم وجود دارد.	
14	آیا مانور و تمرین های مصوب انجام شده اند؟	10	- برنامه عملیاتی تمرین نشده است - برنامه عملیاتی تمرین شده ولی کامل نیست - برنامه عملیاتی حداقل سالانه تمرین شده و بانگري نیز شده است	
15	آیا سیستم ارتباطی جایگزین برای بیمارستان تهیه شده است؟	5	- وجود ندارد - ناکامل است - وجود دارد	
16	آیا تابلوهای هشدار و راهنماهای شبرنگ فسفری در مکانهای ضروری نصب شده است؟	5	- وجود ندارد - ناکامل و دردید نیست - کامل و در دید عموم است	
17	آیا ایمنی غیر سازه ای تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی و کپسولهای اکسیژن و شیشه های درب و پنجره ها انجام شده است؟	15	- ایمن نیستند - برخی وسایل و تجهیزات ایمن شده اند - تمامی تجهیزات پزشکی و ایمن و مهار شده اند	
18	آیا مسیرهای خروج اضطراری باز و درب ها ایمن هستند؟	5	- مسیر باز نیست وسایل اضافی در مسیر است - نیاز به بازبینی دارد - تمامی مسیرها باز و تابلو خروج اضطراری نصب است	
19	چارت HICS بروز بوده و اعضا از شرح وظائف خود آگاهند؟	10	- بروز نیست - بروز بوده ولی اعضا از شرح وظائف خود آگاه نیستند - بروز بوده و همه اعضا از وظائف خود آگاهند	
20	چک لیست دستگاههای تاسیساتی و بازدیدهای دوره ای موجود است؟	5	- وجود ندارد - وجود دارد کامل نیست - کامل بوده و در دسترس می باشد	
درصد تحقق استانداردها:			جمع نمرات :	



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

مدیریت امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی - اقتصاد درمان و تعرفه

ردیف	معیار. سنجه. عبارت کلیدی					
	0	1	2	3	4	آموزش لازم ارائه شد
	پذیرش. مدیریت. امور مالی. بخش بالینی و پاراکلینیک. درآمد. تریخیص					
1						تجهیز و یا به روزرسانی بیمارستان به HIS دارای گواهینامه اتصال به سپاس و کنترل ارسالی ها و کدگذاری پروندهای بستری و سرپایی
2						ابلاغ زنجیره ارجاع دانشگاهی به بخش ها و دفتر پرستاری
3						شناسایی خدمات قابل ارائه خارج از بیمارستان و در شهرستان
4						هماهنگی و عقد قرارداد جهت استفاده از خدمات قابل ارائه خارج از بیمارستان
6						برنامه ریزی مناسب جهت هزینه کرد اعتبارات تخصیص یافته
7						دسترسی به فهرست برندها و قیمت های دارو، تجهیزات و مواد مصرفی مورد تأیید دارو غذا
8*						تدوین، تایید و به روزرسانی فارماکوپه دارویی
9*						تدوین، تایید و به روزرسانی فارماکوپه تجهیزاتی
10						ابلاغ و در اختیار قرار گرفتن فارماکوپه دارویی و تجهیزاتی بخش ها و کارکنان
11						تأمین کلیه داروهای مورد نیاز منطبق بر فارماکوپه دارویی بیمارستان
12						تجویز داروها مطابق با لیست فارماکوپه تهیه و تایید شده
13						تأمین کلیه تجهیزات مورد نیاز منطبق بر فارماکوپه تجهیزاتی بیمارستان
5						عدم اخذ هزینه از لباس تحویلی به بیمار
14						تأمین البسه و ملحفه بیمار در طول اقامت توسط بیمارستان (طبق آخرین نامه ارسالی)
15						عدم ارجاع بیماران جهت تأمین تجهیزات مورد نیاز به خارج از بیمارستان
16						عدم ارجاع بیماران جهت تأمین داروهای تجویز شده به خارج از بیمارستان
17						عدم ارجاع نمونه های آزمایشگاهی خارج از فعالیت بیمارستان توسط همراهان بیماران به سایر مراکز خصوصی یا دانشگاهی
18						اخذ هزینه مابه التفاوت دو تختی از سه تختی
20						ارجاع بیماران فاقد دفترچه جهت دریافت بیمه سلامت به مامور بیمه گری
21						مدیریت تجهیزات گران قیمت به منظور استفاده در سقف سال گذشته و بکارگیری جهت افراد بی بضاعت



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

22	خارج نمودن اتباع خارجه از مشمولین برنامه						
23*	محاسبه سهم بیمار در صورت حساب بیمارستانی معادل 5% و 10% کل هزینه صورتحساب بیماران	-	-	-	-	-	-
24	آیا در خدماتی که سهم بیمه پایه کمتر از تعرفه ی مصوب دولت باشد مابه التفاوت آن در سهم یارانه سلامت درج می گردد.						
25	آیا هزینه خدمات ارائه شده برای بیماران در بخش اورژانس با کمتر از 6 ساعت یا فرانشیز مورد نظر برنامه ارائه می گردد.						
26	آیا از نظر وجود بیمه تکمیلی از بدو بستری بیماران تعیین تکلیف می گردد						
27	آیا هزینه مورد تعهد بیمه تکمیلی در صورتحساب درج می گردد.						
28	آیا هزینه آمبولانس در موارد انتقال بیمار برای دریافت خدمات خارج از بیمارستان اخذ می گردد.						
29	صفر بودن هزینه زایمان طبیعی در صورت حساب بیماران						
30	عدم اخذ بیش از 50% جز حرفه ای حق العمل جراح و فرانشیز بیمار در سزارین خارج از اندیکاسیون						
31	قرار گرفتن هزینه همراه بیماران زیر 12 سال در پوشش برنامه						
32	آیا صورتحساب تنظیم شده برای بیمار و بیمه طبق فرمت اعلام شده برنامه می باشد.						
33	عدم درج و اخذ هزینه تشکیل پرونده در صورت حساب بیمارستانی						
34	عدم اخذ هزینه کپی برداری از پرونده و مدارک مورد نیاز در زمان ترخیص از بیماران						
35*	عدم دریافت هزینه از بیمار در ارائه خدمات برون بیمارستانی منطبق بر زنجیره ارجاع						
36	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 قیم قانونی باشد،) اتاق یک تخته، زیبایی، VIP						
37	راه اندازی برنامه استحقاق سنجی						
38	عدم دریافت هزینه استهلاك اتاق عمل مشمول بیش از 40%						
39	درج ضرایب دستورالعمل ماندگاری در سیستم HIS و صحت ستون تمام وقتی پزشکان در صورتحساب						
40	درج هزینه خدمات موارد ارجاع شده به خارج از بیمارستان در پرونده بیماران						
41	عدم درج خدمات فاقد تعرفه بدون مصوبه هیأت وزیران یا هیأت امناء در صورتحساب بیماران						



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

42	عدم اخذ بیش از 30% در خدمات سرپایی ویزیت ، خدمات پاراکلینیک و سایر خدمات از بیمار								
43*	برنامه ریزی برای کاهش دارو و ملزومات مصرفی پزشکی اعمال گلوبال (ارائه مستندات)								
44*	آیا ارسال پرونده الکترونیک بیماران سرپائی به سامانه سپاس صورت می گیرد ؟								
45*	آیا کدملی بیمار در هنگام پذیرش ثبت می شود (پیگیری اجرای استحقاق درمان)								
46	آیا ارسال پرونده الکترونیک بیماران بعد از ترخیص و بعد از اعمال اصلاحات صورتحساب مجدداً به سامانه سپاس ارسال می گردد.								
47	عدم تحویل صورتحساب تفضیلی به دارندگان بیمه های مکمل طرف قرار داد با مرکز								
48*	آیا کمیته کسورات به صورت مرتب برگزار می گردد.								
49	آیا کمیته his بصورت مرتب برگزار می گردد.								
50	به روز بودن اطلاعات سامانه سجادو...								
51	پذیرش ارجاع اولیه از سطح یک (پزشک خانواده)								
52	پذیرش خود ارجاعی (بار دوم به بعد - تا یکماه (از اولین تاریخ ارجاع پزشک خانواده)								
53	پذیرش ارجاع افقی (متخصص به سایر رشته های تخصصی)								
54	پذیرش ارجاع عمودی (از متخصص به فوق تخصص)								
55	بیماران خاص (هموفیلی ، تالاسمی ، دیالیز ، پیوند کلیه و MS) نیاز به ارجاع ندارند								
56	* رعایت یکماه فرصت درمانی (از تاریخ ارجاع پزشک خانواده تا یکماه) در تمامی موارد								
57	پذیرش ارجاع اولیه از سطح یک (پزشک خانواده) در آزمایشگاه								
58	پذیرش ارجاع افقی (متخصص به سایر رشته های تخصصی) در آزمایشگاه								
59	پذیرش ارجاع عمودی (از متخصص به فوق تخصص) در آزمایشگاه								
60	پذیرش ارجاع اولیه از سطح یک (پزشک خانواده) در داروخانه								
61	پذیرش ارجاع افقی (متخصص به سایر رشته های تخصصی) در داروخانه								
62	پذیرش ارجاع عمودی (از متخصص به فوق تخصص) در داروخانه								
63	پذیرش ارجاع اولیه از سطح یک (پزشک خانواده) در سونوگرافی ، رادیولوژی ، سی تی اسکن ، ام آر آی و.....								
64	پذیرش ارجاع افقی (متخصص به سایر رشته های تخصصی) در سونوگرافی ، رادیولوژی ، سی تی اسکن ، ام آر آی و.....								
65	پذیرش ارجاع عمودی (از متخصص به فوق تخصص) در سونوگرافی ، رادیولوژی ، سی تی اسکن ، ام آر آی و.....								



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

66	پذیرش بدون ارجاع سطوح 1 و 2 و 3 تریاژ با تشکیل پرونده بستری موقت (موارد خاص سطح 4 با تشکیل پرونده بستری موقت بدلیل انجام پراسیجر)								
67	تشکیل کمیته ارجاع (بصورت فصلی)								
68**	تعداد ماه تاخیر در ارسال اسناد بیمه سلامت :								
69**	تعداد ماه تاخیر در ارسال اسناد تامین اجتماعی :								
70	آخرین ماه پرداختی مطالبات سازمان بیمه سلامت به مرکز								
71	آخرین ماه پرداختی مطالبات سازمان بیمه تامین اجتماعی به مرکز								
72	آخرین ماه کارانه پرداختی پزشک								
73	آخرین ماه کارانه پرداختی پرسنل								
74	آخرین ماه اضافه کار پرداختی پرسنل								
75*	آخرین ماه ثبت اطلاعات فرانشیز سرپایی در سایت HSE:								
76*	وضعیت ارسال اسناد به سپاس								
77	پیاده سازی سند تبادل الکترونیکی نظام ارجاع توسط شرکتهای his								
78	کنترل قراردادهای پزشکان استخدامی و غیر استخدامی								
کل امتیاز : 416		امتیاز مکتسبه:		درصد تحقق استانداردها:					

*ردیفهای ستاره دار دارای وزن امتیازی بالاست.

کارشناسان اداره هماهنگی امور بیمه ای، تعرفه و استاندارد

مسئول درآمد مرکز



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

مدیریت امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی - خدمات هتلینگ

آینم	وزن	ملاک ارزیابی	حداکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه	جمع امتیاز محور	توضیحات
بیمارستان فضای فیزیکی مناسب برای اقامت بیمار را فراهم نموده است.	20	وجود سیستم گرمایش و سرمایش مناسب بخشهای درمانی، پاراکلینیکی، پشتیبانی	1			
		سالم و مناسب بودن درب ها، دستگیره ها، پنجره ها	1			
		تامین روشنایی و نور کنترل شده	1			
		تامین رنگ آمیزی مناسب، ایمنی کف (کف پوش مناسب)، سقف و دیوارها	1			
		تامین تهویه مناسب در فضاهای مختلف بر حسب نوع کاربری	1			
		وجود فضای مناسب جهت شستشو و نظافت تی	1			
		دارا بودن تابلوهای هشدار دهنده و راهنما	1			
		در معرض دید بودن واحد پذیرش و ترخیص	1			
		وجود راه فرار مناسب	1			
		ورودی بیمارستان (لابی)	1			
		وجود فضای انتظار متناسب با تعداد مراجعین	1			
		دارا بودن محل نشستن همراهان	1			
		دارا بودن فضای بازی کودکان	1			
		فضای سبز	1			
		ایستگاه های پرستاری	1			
بیمارستان تجهیزات سالم و مناسب برای ارائه خدمت به بیمار را فراهم نموده	15	تامین و وجود تجهیزات مورد نیاز استراحت گاه پرستاری و پزشکان (اجاق برقی/ مایکروفر، دیسپنسر صابون مایع، آبچکان، سینک شستشو، قفسه دیواری دردار، قفسه زمینی دردار) کابینت، هود، سماور برقی/ کتری برقی/ چایساز، یخچال معمولی، سطل زباله غیر عفونی متوسط، صندلی دارای پشتی، سرویس بهداشتی)	1			
		وجود تخت، ویلچر، برانکارد، وارمر، میز غذا، پایه سرم، لاکر، پله کنار تخت، کنسول سالم و زنگ احضار پرستار	1			
		وجود تشک، پتو، بالش، ملحفه، روتختی و مبلمان سالم، تمیز و با رنگ مناسب (برای بیمار و همراه)	1			
		وجود انواع کپسولها و سیستمهای اطفاء حریق سالم و آماده به کار	1			
		در دسترس بودن تلفن داخلی در کلیه بخشها و آزاد و یکطرفه در اورژانس	1			
		در دسترس بودن آسانسور سالم (نفربر و تخت بر) براساس حجم کاربری	1			
		سیستم دوربین مدار بسته	1			
		دزدگیر	1			
		پکیج وسایل شخصی	1			
		چارت تک برگی (کاردکس)	1			



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

بیمارستان امکانات رفاهی متناسب با نیاز بیماران را تامین نموده است.	15	فولدر اطلاعات در اتاق		1		
		وجود کاناپه همراه بیمار، تلویزیون، یخچال به تعداد کافی و سالم در اتاق بیمار و دستگیره کمکی سالم		1		
بیماران امکانات رفاهی متناسب با نیاز بیماران را تامین نموده است.	15	رعایت حریم بیمار با استفاده از پرده / پاراوان		1		
		رعایت پوشش بیماران و همراهان		1		
		قابل دسترس بودن نمازخانه و لوازم ادای نماز برای بیماران و همراهان و نصب جهت نمای قبله در هر فضا		1		
		وجود بوفه رفاهی در دسترس و امکان ارائه آب سرد و آب جوش در کلیه طبقات و فضاها		1		
		وجود سیستم اطلاع رسانی سالم و با امکان کنترل صدا		1		
		وجود برنامه نظافت و ضدعفونی WC، حمام و شارژر نظیفات		1		
		وجود برنامه تعویض لباس و لوازم خواب بیمار و همراه		1		
		وجود مستندات سنجش گیرندگان خدمت و لیست مداخلات		1		
		وجود و در دسترس بودن سرویس بهداشتی ایرانی و فرنگی به تفکیک و به تناسب برای آقایان و بانوان در بخش و فضاهای عمومی اورژانس		1		
		وجود توشه نگهدار، جادستمال کاغذی، سنگ توالت، روشویی، آینه، شیرآلات سالم و قابل استفاده در سرویس های بهداشتی		1		
بیماران بهداشتی و مناسب	10	وجود سیستم اخطار سالم و آماده به کار		1		
		وجود روشنایی مناسب و نور کنترل شده		1		
		کارکرد مناسب سیستم تهویه		1		
		مستندات ارزیابی و نظارت کارشناس تغذیه بر کیفیت مواد اولیه، طبخ غذا، توزیع و نگهداری		1		
		وجود لیست غذای عادی و رژیمی بیماران		1		
تغذیه سالم با برنامه ریزی و نظارت ارائه	5	مشاهده توزیع میان وعده به بیماران خاص، کودکان، مادران باردار و دیابتی ها		1		
		ارزیابی تخصصی توسط مشاور تغذیه		1		
		تجهیزات سالم مورد استفاده در تهیه، پخت و توزیع غذای بیماران		1		
		قرار گرفتن بخش اورژانس در طبقه همکف با ورودی مستقل از سایر بخشها و دسترسی به خیابان اصلی برای ورود آمبولانس و مسقف بودن ورودی و مسیر انتقال بیماران اورژانسی		1		
		وجود تابلوهای راهنمای اورژانس در خیابان های اصلی و فرعی منتهی به بیمارستان، بلوکهای ساختمانی و فضاهای پاراکلینیکی، داخل آسانسورها با نور مناسب و تابلو خروج اضطراری شب نما به دو زبان فارسی و انگلیسی و تصویردار		1		
فضای فیزیکی اورژانس	15	مناسب بودن عرض درها و نحوه بازشوها		1		
		وجود معابر قابل استفاده معلولین		1		
		وجود فضای تریاژ مناسب (ارتباط مناسب و سهل الوصول بودن فضای تریاژ با اتاق احیاء و سایر قسمت های اورژانس، خروجی مناسب فضای تریاژ مناسب)		1		
		ورودی مجزا برای بیماران سرپایی و بیماران اورژانسی با درب شفاف		1		
		وجود اتاق معاینه متناسب با وضعیت اورژانس		1		



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت	مکان	ردیف	نمره	شرح	ملاحظات
اورژانس	تجهیزات و امکانات	1		وجود برانکاردر سالم در ورودی اورژانس جهت حمل و نقل بیماران	
		1		وجود فیلتر هوا در پیش ورودی اورژانس	
		1		استقرار پذیرش در اورژانس	
		1		تامین آمبولانس های مورد نیاز 24 ساعته	
		1		سالم و آماده به کار بودن سیستم های دیتکتور حریق	
اتاق عمل	15	1		بهسازی پیش ورودی اصلی و فرعی و سایر فضاهای بخش اتاق عمل (جداسازی بخش نیمه کنترل شده از کنترل شده با استفاده از نرده یا سکو بصورتی که امکان باز شدن قسمتی از نرده به عرض یک متر به همراه برچسب آنتی باکتریال وجود داشته باشد)	
		1		طراحی و بهسازی فضای پارک تجهیزات متحرک به صورت انبار باز	
		1		طراحی و بهسازی اتاق نظافت جداگانه جهت هر یک از حوزه های کنترل نشده، نیمه کنترل شده و کنترل شده	
		1		طراحی و بهسازی فضای جمع آوری زباله و رخت کشیف (یک اتاق به ازای 8 اتاق عمل)	
		1		طراحی و بهسازی فضای آمادگی تحت کنترل یک ایستگاه پرستاری	
		1		رعایت استانداردها در مورد درب (درب دولنگه با عرض حداقل 0.7 متر از نوع بادبزی با تعبیه پنجره نظاره بر روی آن) (0.5)	
		1		وجود فضای پارک برانکاردر در کنار خروجی اتاق عمل	
		1		بهسازی فضای اسکراب (درب یک لنگه بادبزی با عرض 90 سانتی متر دارای آرام بند بازشو بدون دخالت دست) (حداقل طول 240 سانتی متر، دارای 3 شیر آب دارای فرمان الکترونیک یا پدالی با 3 خروجی فاضلاب) (0.5)	
		1		انبار دارو و وسایل مصرفی - به نحوی که دسترسی مناسب و تقریباً یکسان به اتاق های عمل جراحی داشته باشد. مجهز به ساعت و پنجره با شیشه ثابت و دارای سطل زباله عفونی و سطل رخت کشیف عفونی نزدیک به سینک اسکراب باشد.	
		1		کنج ها به صورت منحنی و یا زوایای باز 45 درجه طراحی شوند.	
		1		فاصله ی لبه های تخت از دیوارهای اطراف از تمامی جهات دست کم 2/2 متر فاصله داشته باشد.	
		1		از پوشش یک پارچه در دیوارها استفاده گردد و از به کارگیری هر گونه فرورفتگی و برآمدگی و تزئینات که موجب ایجاد سطوح افقی در دیوارها می گردد اجتناب شود.	
		1		بر روی دیوار خروجی گازهای طبی توکار، پریز برق توکار، فلومتر همراه با رطوبت زن، ساکشن دیواری، اینترکام و ... پیش بینی شود. توصیه ی اکید می شود که این موارد بالای تخت بر روی ستون سقفی دیده شود.	



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

			انبار استریل به نحوی که فضایی برای پارک ترولی ها و دریافت پک ها در آن وجود داشته باشد و همچنین سینک اسکراب تک شیر در این اتاق قرار داده شود به صورتی که قفسه ای دیواری در مجاورت آن برای قرار گرفتن گان، دستکش و کلاه تعبیه شود. 1 اتاق شست و شوی اولیه ی ابزار و استریل سریع: دارای سه ریز فضای پیش ورودی (به صورت ایرلاک)، فضای شست و شوی اولیه و فضای استریل سریع ارتباط میان فضای شست و شوی اولیه و فضای بسته بندی و استریل از طریق دریچه از نوع هوا بند	
		1	طراحی ایستگاه کنترل و پذیرش/ ترخیص به صورت نیمه باز (بهسازی ایستگاه کنترل و برنامه ریزی اتاق های عمل به نحوی که محل نشستن منشی بخش، محل گزارش نویسی، استفاده از نمایشگر، یا تخته ی وایت برد برای درج برنامه ی کاری و زمانی پرستاران، اطلاعات بیماران و ... فراهم گردد. در این فضا از تعبیه ی پنجره ی باز شو خودداری شود)	
		1	فضای بهبودی (ریکاوری): با شرایط ذیل: 1.5 تخت به ازای هر اتاق عمل به همراه جداکننده های سبک همچون پرده، پارتیشن یا ... بین تخت ها - دسترسی و نزدیکی به ایستگاه ترخیص - دید به ایستگاه پرستاری - ارتباط با دفتر کار گروه بیهوشی - هر واحد مجهز به مانیتور علائم حیاتی، پمپ تزریق، خروجی های گازهای طبی، پریزهای برق، ساکشن دیواری، فلومتر و رطوبت زن، کلید احضار پرستار روی کنسول یا ستون سقفی - به ازای هر چهار تخت یک روشویی بدون آینه، دارای پنجره بدون باز شو رو به بیرون برای دریافت نور طبیعی	
		73		مجموع امتیاز
درصد تحقق استانداردها:				



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

معاونت غذا و دارو - مدیریت دارو

ردیف	موارد	خیلی ضعیف 0	ضعیف 1/5	متوسط 1	خوب 1/5	بسیار خوب 2	توضیحات
1	آیا دکتر داروساز در داروخانه اشتغال دارد؟						
2	آیا در زمان مراجعه به داروخانه مسئول فنی حضور دارد؟						
3	آیا کنترل نسخ و دستور مصرف دارو توسط مسئول فنی صورت می گیرد؟						
4	آیا وضعیت ظاهری داروخانه از نظر نظم و نظافت مناسب می باشد؟						
5	آیا فضای فیزیکی داروخانه با تعداد تخت فعال بیمارستان همخوانی دارد؟						
6	امکانات داروخانه :						
	قفسه بندی مناسب:						
	دما سنج:						
	سیستم تهویه:						
	سیستم کامپیوتری:						
	سیستم اطفاء حریق :						
7	آیا برنامه نرم افزاری مناسب بر سیستم کامپیوتری نصب شده است؟						
8	آیا شرایط نگهداری داروها در قفسه ها و یخچال از نظر نور - دما و رطوبت رعایت میگردد؟						
9	آیا کارکنان و مسئول فنی از روپوش استفاده می کنند؟						
10	آیا مسئول فنی اتیکت بر روی روپوش خود دارد؟						
11	آیا اقلام دارویی تاریخ گذشته در داروخانه موجود می باشد:						
12	آیا کمیته دارویی با حضور داروساز تشکیل می شود؟						
13	آیا داروهای مصرفی بیماران به طور کامل در داروخانه موجود می باشد؟						
14	آیا درخواست دارویی بخش از داروخانه می باشد؟						



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

15	آیا یک نسخه از درخواست دارویی بخش در داروخانه موجود می باشد؟					
16	در صورتیکه داروخانه دولتی است؟ آیا موجودی داروخانه ثبت شده است؟					
17	آیا موجودی داروخانه با میزان ثبت شده همخوانی دارد؟					
بازدید از بخشهای بیمارستان						
18	نحوه تحویل دارو به بخش: نسخ انفرادی تهیه لیست کلی					
19	آیا یک نسخه از درخواست دارویی بخش در همان بخش موجود می باشد؟					
20	آیا درخواست دارویی بخش به امضای مسئول بش رسیده است؟					
21	آیا در بخش استوک دارویی موجود است؟					
22	۵-اگر استوک موجود است آیا لیست مصوب استوک با موجودی همخوانی دارد؟					
23	آیا ترالی احیا با لیست مصوب همخوانی دارد؟					
24	آیا داروی تاریخ گذشته در ترالی احیا موجود است؟					
25	آیا تجویز - درخواست و مصرف دارو به طور کامل در پرونده بیمار ثبت شده است؟					
26	آیا جهت داروهای مصرف نشده بیماران بستری فرم مرجوعی در اختیار بخش می باشد؟					
27	آیا مسئول فنی بر توزیع دارو در بخش ها نظارت دارد؟					
28	آیا برنامه منظم بازرسی بخشها توسط مسئول امور دارویی صورت گرفته و بصورت مکتوب وجود دارد؟					
29	آیا جهت داروی بیماران باکس ۲۴ ساعته موجود است؟					
30	آیا شرایط نگهداری دارو اعم از ترالی احیا - استوک و باکس ۲۴ ساعته مناسب میباشد؟					
31	آیا نحوه دادن داروی تجویز شده با آنچه در پرونده بیمار ذکر گردیده صورت می گیرد؟					
بازدید از انبار دارویی						
32	آیا وضعیت ظاهری انبار از نظر نظم نظافت مناسب است؟					
33	آیا در بیمارستان انباردار مخصوص دارو و تجهیزات مصرفی اشتغال دارد؟					
34	امکانات انبار دارویی :					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

						قفسه بندی کافی:
						دما سنج:
						سیستم اطفاء حریق:
						رطوبت سنج:
						کامپیوتر:
						تفکیک محل نگهداری ضایعات:
						پالت به میزان کافی:
35						آیا فضای فیزیکی انبار با تعداد تخت فعال بیمارستان همخوانی دارد؟
36						آیا کف و دیواره های انبار قابل نظافت می باشد؟
37						آیا برنامه نرم افزاری مناسب جهت ثبت ورود و خروج دارو و گزارشگیری کامل وجود دارد؟
38						آیا موجودی دارو با میزان ثبت شده همخوانی دارد؟
39						آیا مکان خاصی جهت داروهای تاریخ گذشته در انبار مشخص شده است؟
40						آیا حواله داروهای وارده و صادره از انبار به نحو مناسبی بایگانی شده است؟
جمع امتیاز:						درصد تحقق استانداردها:

نام کارشناس بازدید کننده:

مهر و امضای مسئول فنی:



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

معاونت غذا و دارو - مدیریت ملزومات پزشکی

چک لیست ارزیابی طرح تحول نظام سلامت کشور (مراکز دولتی)

تعداد تخت فعال:

تعداد تخت مصوب:

شماره تماس:

رئیس بیمارستان:

شماره تماس:

مدیر بیمارستان:

شماره تماس:

مسئول فنی ملزومات پزشکی:

شماره تماس:

مسئول فنی داروخانه:

سایر واحدهای مرتبط:

1. آیا مرکز درمانی دارای مسئول فنی تجهیزات و ملزومات پزشکی دارای شرایط اعلام شده توسط این اداره کل می باشد؟

1. مسئول فنی دارای ابلاغ از ریاست مرکز درمانی و مدرک تحصیلی مرتبط بوده و با توجه به گذراندن دوره های آموزشی آشنایی کامل با نحوه استعمال از سایت اداره کل تجهیزات پزشکی دارد. (2 فاکتور به صورت تصادفی انتخاب و توسط مسئول فنی چک شود)

2. مسئول فنی دارای ابلاغ از ریاست مرکز درمانی و مدرک تحصیلی مرتبط بوده و با نحوه استعمال از سایت اداره کل تجهیزات پزشکی آشنایی کامل دارد ولی دوره آموزشی را نگذرانده است.

3. مسئول فنی دارای مدرک تحصیلی مرتبط بوده و با توجه به گذراندن دوره های آموزشی آشنایی کامل با نحوه استعمال از سایت اداره کل تجهیزات پزشکی دارد ولی فاقد ابلاغ از ریاست مرکز درمانی می باشد.

4. مسئول فنی با توجه به گذراندن دوره های آموزشی آشنایی کامل با نحوه استعمال از سایت اداره کل تجهیزات پزشکی دارد ولی فاقد ابلاغ از ریاست مرکز درمانی و مدرک مرتبط می باشد.

5. مرکز درمانی فاقد مسئول فنی می باشد.

2. تجهیزات مصرفی مورد نیاز مرکز درمانی به چه صورت انتخاب و تامین میگردد؟ (نقش کمیته فنی در انتخاب کالا)

1. جلسات کمیته دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی مرکز درمانی به صورت منظم (ماهانه) با اعضاء مرتبط که دارای ابلاغ از ریاست مرکز درمانی می باشند تشکیل (صورت جلسات 3 ماه اخیر رویت گردد) و فهرست تجهیزات مورد نیاز مرکز درمانی با مشخص نمودن برند تهیه گردیده است.

2. جلسات کمیته فنی به صورت منظم (ماهانه) با اعضاء مرتبط (فاقد ابلاغ) تشکیل و فهرست تجهیزات مورد نیاز مرکز درمانی با مشخص نمودن برند تهیه گردیده است.

3. جلسات کمیته به صورت منظم تشکیل و فهرست تجهیزات مورد نیاز مرکز درمانی بدون مشخص نمودن برند تهیه گردیده است.

4. جلسات کمیته به صورت موردی تشکیل و فهرست تجهیزات مورد نیاز مرکز درمانی تهیه نگردیده است.

5. مرکز درمانی در 3 ماه اخیر جلسه ای تشکیل نداده است.

* کمیته دارو و تجهیزات پزشکی مرکز درمانی: کمیته ای 7 نفره شامل رئیس بیمارستان، مدیر داروخانه و مسئول فنی تجهیزات و ملزومات پزشکی مرکز درمانی، مسئول امور مالی و 3 نفر از متخصصان ذیربط می باشد



نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

3. آیا مرکز درمانی نسبت به تهیه فهرست خرید اقدام نموده است؟ (موضوع براساس گروههای 12 گانه طرح تحول بررسی گردد)

1. فهرست جهت 100 درصد کالاهای مصرفی مورد نیاز تنظیم گردیده است.
2. فهرست جهت 80 درصد کالاهای مصرفی مورد نیاز تنظیم گردیده است.
3. فهرست جهت 60 درصد کالاهای مصرفی مورد نیاز تنظیم گردیده است.
4. فهرست جهت 40 درصد کالاهای مصرفی مورد نیاز تنظیم گردیده است.
5. فهرست جهت کمتر از 40 درصد کالاهای مصرفی مورد نیاز تنظیم گردیده است/ فهرست کالاهای مصرفی مشخص نگردیده است.

4. آیا مرکز درمانی التزام لازم را جهت خرید از شبکه توزیع قانونی و فهرست اعلامی اداره کل و از شبکه توزیع قانونی دارد؟ (15 فاکتور با حداقل 3 ردیف کالا شامل مصرفی تخصصی و عمومی بررسی گردد)

1. کلیه فاکتورهای بررسی شده انطباق کامل با فهرست اعلامی و شبکه توزیع قانونی دارد.
2. 80 درصد فاکتورهای بررسی شده انطباق کامل با فهرست اعلامی و شبکه توزیع قانونی دارد.
3. 60 درصد فاکتورهای بررسی شده انطباق کامل با فهرست اعلامی و شبکه توزیع قانونی دارد.
4. 40 درصد فاکتورهای بررسی شده انطباق کامل با فهرست اعلامی و شبکه توزیع قانونی دارد.
5. 20 درصد فاکتورهای بررسی شده انطباق کامل با فهرست اعلامی و شبکه توزیع قانونی دارد/ عدم ارائه فاکتور توسط مرکز درمانی.

* از تصاویر فاکتورهای اخذ شده در سوال 2 بهره برداری گردد

5. آیا درج مشخصات کالا (برند، مدل و IRC و قیمت ابلاغی اداره کل در صورتحساب بیماران رعایت می گردد؟ (5 صورتحساب شامل اقلام مصرفی تخصصی و عمومی بررسی گردد)

1. در کلیه صورتحساب های بررسی شده رعایت شده است.
2. در 80 درصد صورتحساب های بررسی شده رعایت شده است.
3. در 60 درصد صورتحساب های بررسی شده رعایت شده است.
4. در 40 درصد صورتحساب های بررسی شده رعایت شده است.
5. در کمتر از 20 درصد صورتحساب های بررسی شده رعایت شده است.



نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

6. آیا مرکز درمانی در خرید های خود بر رعایت ضوابط فاکتور و پیش فاکتور توسط شرکت ها نظارت دارد؟ (15 فاکتور به صورت تصادفی انتخاب و به شرح ذیل بررسی گردد)

1. فاکتور ها با رعایت کلیه الزامات صدور فاکتور (دستورالعمل فاکتور پیش فاکتور) صادر گردیده است.
 2. فاکتور ها با رعایت 80 درصد الزامات صدور فاکتور (دستورالعمل فاکتور پیش فاکتور) صادر گردیده است.
 3. فاکتور ها با رعایت 60 درصد الزامات صدور فاکتور (دستورالعمل فاکتور پیش فاکتور) صادر گردیده است.
 4. فاکتور ها با رعایت 40 درصد الزامات صدور فاکتور (دستورالعمل فاکتور پیش فاکتور) صادر گردیده است.
 5. فاکتور ها با رعایت 20 درصد الزامات صدور فاکتور (دستورالعمل فاکتور پیش فاکتور) صادر گردیده است. / عدم ارائه فاکتور توسط مرکز درمانی.
- 7. آیا پرداخت صورتحساب ها به صورت نقدی (حداکثر 45 روزه) توسط مراکز درمانی یا دانشگاه صورت می پذیرد؟ (با توجه به شرایط موجود 5 شرکت که بیشترین فروش را داشته اند انتخاب گردیده و وضعیت فاکتورها در 3 ماه اخیر بررسی شود)**

1. 100 درصد فاکتورها پرداخت گردیده است.
2. 80 درصد فاکتورها پرداخت گردیده است.
3. 60 درصد فاکتورها پرداخت گردیده است.
4. 40 درصد فاکتورها پرداخت گردیده است.
5. کمتر از 40 درصد فاکتورها پرداخت گردیده است.

* از تصویر فاکتورهای اخذ شده در سوال 2 بهره برداری گردد

8. آیا دستورالعمل های ابلاغی درخصوص هزینه استریل، حضور کارشناس و محاسبه هزینه اجاره اره و دریل و تیغ اره و ... در مرکز درمانی رعایت می گردد؟

1. مرکز درمانی به کلیه دستورالعمل های ابلاغی دسترسی داشته و موارد را رعایت می نماید.
2. مرکز درمانی نسبت به رعایت موارد اعم از هزینه اجاره اره و دریل ، تیغ اره و هزینه استریل اقدام می نماید ولی کارشناس شرکت در اتاق عمل حضور دارد.
3. مرکز درمانی نسبت به رعایت موارد اعم از هزینه اجاره اره و دریل و تیغ اره اقدام می نماید ولی نسبت به دریافت هزینه استریل اقدام نموده و همچنین کارشناس شرکت نیز در اتاق عمل حضور دارد.
4. مرکز درمانی تنها نسبت به رعایت هزینه تیغ اره یکبار مصرف در صورتحساب بیماران اقدام می نماید.
5. مرکز درمانی نسبت به رعایت هیچکدام از دستورالعمل های ابلاغی در این خصوص اقدام نمی نماید.

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

9. آیا کالای موجود در انبارهای تجهیزات و ملزومات مرکز درمانی دارای تاریخ مصرف معتبر می باشد؟

1. کلیه اقلام پزشکی دارای تاریخ مصرف معتبر می باشد.
2. مرکز نسبت به جداسازی اقلام تاریخ گذشته اقدام نموده است.
3. مرکز نسبت به جداسازی اقلام تاریخ گذشته اقدام ننموده است.
4. تاریخ انقضاء اقلام غیر قابل بررسی / مخدوش می باشد.
5. مرکز اقدام به مصرف اقلام تاریخ گذشته اقدام نموده است.

10. دستورالعمل انبارش و نگهداری تجهیزات و ملزومات پزشکی (بخشنامه شماره 655/17704 مورخ 96/02/23 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؟

1. کلیه دستورالعمل انبارش به طور کامل انجام می گیرد.
2. 80 درصد دستورالعمل انبارش انجام می گیرد.
3. 60 درصد دستورالعمل انبارش انجام می گیرد.
4. 40 درصد دستورالعمل انبارش انجام می گیرد.
5. کمتر از 40 درصد دستورالعمل انبارش انجام می گیرد.

11. آیا بیماران جهت تهیه تجهیزات پزشکی مصرفی مورد نیاز به خارج بیمارستان ارجاع داده می شوند؟ (بررسی مستندات و مصاحبه با بیمار)

1. مرکز درمانی کلیه تهیه تجهیزات پزشکی مصرفی مورد نیاز بیماران را تامین می کند و بیماران به خارج از مرکز درمانی ارجاع نمی شوند.
2. مرکز درمانی 80 درصد تجهیزات پزشکی مصرفی مورد نیاز بیماران را تامین می کند.
3. مرکز درمانی 70 درصد تجهیزات پزشکی مصرفی مورد نیاز بیماران را تامین می کند.
4. مرکز درمانی 60 درصد تجهیزات پزشکی مصرفی مورد نیاز بیماران را تامین می کند.
5. مرکز درمانی نسبت به رعایت دستورالعمل های ابلاغی در این خصوص اقدام نمی نماید و بیماران به خارج از مرکز درمانی ارجاع می گردند.



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

12. رعایت زنجیره سرد برای کیت ها و اقلام مختلف مصرفی آزمایشگاهی در شرایط توصیه شده بطور صحیح اجرا می گردد؟

1. یخچال و فریزر اختصاصی استاندارد جهت نگهداری کالاهای حساس به دما در مرکز موجود بوده و دارای سیستم کنترل دما سالم و ثبت تغییرات دمایی است.
2. یخچال و فریزر اختصاصی استاندارد جهت نگهداری کالاهای حساس به دما در مرکز موجود بوده و دارای سیستم کنترل دما سالم و ثبت تغییرات دمایی نمی باشد.
3. یخچال و فریزر غیر استاندارد جهت نگهداری کالاهای حساس به دما در مرکز بدون سیستم کنترل دما سالم و ثبت تغییرات دمایی موجود می باشد.
4. یخچال و فریزر اختصاصی جهت نگهداری کالاهای حساس به دما در مرکز موجود نمی باشد.
5. مرکز فاقد آزمایشگاه می باشد.

13. آیا کیفیت آب مقطر مصرفی آزمایشگاه جهت شستشو و تهیه معرف ها کنترل و ارزیابی می گردد؟

1. آب مقطر مصرفی آزمایشگاه به صورت هفتگی از نظر PH ، هدایت الکتریکی و تست میکروبی ارزیابی ، کنترل و ثبت می گردد.
2. آب مقطر مصرفی آزمایشگاه به صورت ماهانه از نظر PH ، هدایت الکتریکی و تست میکروبی ارزیابی ، کنترل و ثبت می گردد.
3. آب مقطر مصرفی آزمایشگاه بدون ارزیابی و کنترل ، صرفا از طریق دستگاه تصفیه آب تامین می گردد.
4. آب مقطر مصرفی آزمایشگاه بدون ارزیابی و کنترل ، از طریق آب لوله کشی تامین می گردد.
5. مرکز فاقد آزمایشگاه می باشد.

14. آیا لزوم الصاق برچسب اصالت برای کالاهای منتخب مطابق بخشی نامه شماره 664/141513 مورخ 1396/11/14 در خریدهای بیمارستانی رعایت می گردد؟

1. مسئول فنی ملزومات مصرفی پزشکی آگاهی کامل به بخشنامه فوق الذکر داشته و اطلاع رسانی لازم به کلیه بخش های مرتبط انجام شده است و کلیه موارد ابلاغ شده درخصوص خرید کالاها با برچسب اصالت در بیمارستان رعایت شده است.
2. مسئول فنی ملزومات مصرفی پزشکی آگاهی به بخشنامه فوق الذکر داشته ولی اطلاع رسانی لازم به کلیه بخش های مرتبط انجام نشده است ولی 80 درصد موارد ابلاغ شده درخصوص خرید کالاها با برچسب اصالت رعایت شده است.
3. مسئول فنی ملزومات مصرفی پزشکی هیچ آگاهی به بخشنامه فوق الذکر نداشته ولی 60 درصد موارد ابلاغ شده درخصوص خرید کالاها با برچسب اصالت رعایت شده است.
4. مسئول فنی ملزومات مصرفی پزشکی هیچ آگاهی به بخشنامه فوق الذکر نداشته و کمتر از 40 درصد موارد ابلاغ شده درخصوص خرید کالاها با برچسب اصالت رعایت شده است.
5. هیچ یک از موارد اعلامی در بخشنامه ابلاغی درخصوص خرید کالاها با برچسب اصالت رعایت نشده است.

درصد تحقق استاندارد ها:

جمع امتیاز:



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بانک خون

ردیف	شرح	خیلی ضعیف	ضعیف	متوسط	خوب	عالی	توضیحات
1	یخچال مخصوص بانک خون						
2	فریزر مخصوص بانک خون						
3	یخچال معمولی						
4	سانتریفیوژ جداسازی سرم و گلبول قرمز						
5	دستگاه تعیین گروه و Rh و کراس مچ تمام اتوماتیک						
6	شیکر پلاکتی انکوباتوردار						
7	سانتریفیوژ سرولوژیک (سروویوژ)						
8	دستگاه ذوب کننده پلاسما (plasma Thawer) بن ماری 37 درجه سانتیگراد						
9	میکروسکوپ نوری و چراغ مطالعه و آینه مقعر						
10	گرم کننده خون						
11	محفظه دفع پسماند عفونی						
12	معرف های لازم جهت انجام گروه بندی Rh- ABO سرم فیزیولوژی (سالین 0.9%)						
13	کیت غربالگری آنتی بادی های غیرمنتظره و آزمایش کراس مچ						
14	جالوله ای و لوازم مصرفی آزمایشگاهی به تعداد کافی						
15	جعبه های مخصوص حمل و نقل خون						
16	متناسب بودن تجهیزات موجود در بانک خون با حجم کاری						
درصد تحقق استانداردها: جمع امتیاز:							



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

آزمایشگاه

توضیحات	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	خیلی ضعیف	موارد	ردیف
	2	1/5	1	0.5	0		

چک لیست ارزیابی بخش میکروب شناسی

فضای فیزیکی

1						آیا فضای فیزیکی کافی و جداگانه جهت انجام کارهای فنی و قرار دادن تجهیزات، وسایل و مواد مصرفی وجود دارد؟
2						آیا فضای مناسب جهت ساخت محیط های کشت موجود می باشد؟
3						آیا شیر آب و سینک دستشویی در اتاق کار میکروب شناسی وجود دارد؟

تجهیزات، ابزار پایه و مواد مصرفی

4						آیا تجهیزات، ابزار پایه و مواد مصرفی متناسب با نوع آزمایش ها و تعداد نمونه ها می باشند؟ طبق فهرست مواد، محیط های کشت و دیسک های تشخیصی آزمایشگاه مرجع سلامت کد M-13
5						آیا برای آنکوباسیون نمونه هایی که برای رشد نیاز به CO ₂ دارند، از آنکوباتور CO ₂ و یا جار محتوی شمع استفاده می شود؟ باکتری های سخت رشد نظیر استرپتوکوک ها بویژه استرپتوکوک پنومونیه، هموفیلوس آنفلوانزا، نایسریا مننژیتیدیس و نایسریا گونوره برای رشد خود نیاز به CO ₂ دارند.
6						آیا در بخش میکروب شناسی هود معمولی و در صورت پذیرش نمونه کشت خون و کشت خلط، هود بیولوژیک کلاس II وجود داشته و مورد استفاده قرار می گیرد؟
7						آیا کارکرد مناسب هود بیولوژیک حداقل یکبار در سال کنترل گردیده، فیلترها طبق فواصل زمانی ذکر شده در دستورالعمل دستگاه تعویض شده و سوابق آنها موجود است؟

نمونه گیری و انتقال نمونه



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

8	آیا معیارهای قبول یا رد نمونه های بالینی بطور مکتوب وجود داشته و کارکنان مربوطه نسبت به آن آگاه می باشند؟				
9	آیا در مواردی که نیاز به نمونه گیری مجدد باشد، به صورت مقتضی به پزشک مسئول، سایر کادر درمانی یا بیمار اطلاع داده می شود؟				
10	آیا فرم پذیرش نمونه، حاوی اطلاعات ضروری (مشخصات بیمار، تشخیص احتمالی بیماری، سابقه مصرف آنتی بیوتیک و ...) در آزمایشگاه وجود داشته و تکمیل می گردد؟				
11	آیا دستورالعمل روش های صحیح نمونه گیری، جمع آوری و انتقال ایمن نمونه های مختلف بالینی در آزمایشگاه وجود داشته و مورد استفاده قرار می گیرد و در موارد نمونه گیری در بخش های بیمارستانی، در اختیار کارکنان این بخش ها نیز قرار گرفته است؟				
12	آیا جهت انتقال نمونه ها در موارد مقتضی، محیط های انتقالی مناسب موجود می باشد؟ طبق دستورالعمل مدیریت نمونه در آزمایشگاه های پزشکی آزمایشگاه مرجع سلامت کد M-18 (در دست ویرایش)				
13	آیا از ظروف مناسب در پیچ دار و غیر قابل نشت جهت انتقال نمونه ها استفاده می گردد؟				
14	آیا دستورالعمل های مکتوب در مورد نحوه نگهداری مناسب نمونه هایی که امکان کشت و بررسی سریع آنها وجود ندارد، در اختیار کارکنان مرتبط قرار گرفته است؟				
15	آیا در آزمایشگاه هایی که اقدام به کشت میکروارگانیسم های بیهوازی می نمایند، دستورالعملی برای نمونه گیری و انتقال نمونه جهت کشت بیهوازی وجود دارد؟				

آزمایش

16	آیا بر روی نمونه هایی از قبیل نمونه های تنفسی، تناسلی، CSF، زخم و سایر مایعات استریل، رنگ آمیزی گرم جهت دید مستقیم میکروسکوپی انجام می گیرد؟ طبق راهنمای رنگ آمیزی گرم آزمایشگاه مرجع سلامت کد M-12				
17	آیا روی کلی های جدا شده از نمونه بالینی، رنگ آمیزی گرم انجام می گیرد؟				



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

18	آیا دستورالعمل انجام کشت برای نمونه های مختلف بالینی وجود دارد؟				
19	آیا دستورالعمل انجام آزمایشهای تشخیصی جهت شناسایی باکتری های جدا شده از نمونه های مختلف بالینی وجود دارد؟ طبق مجموعه دستورالعمل های انجام آزمایشهای تشخیصی آزمایشگاه مرجع سلامت کد M-14				
20	آیا جداول مناسب برای شناسایی و افتراق باکتریها از یکدیگر موجود بوده و مورد استفاده قرار می گیرد؟ طبق جداول شناسایی و افتراق باکتریهای آزمایشگاه مرجع سلامت کد M-03				
21	آیا نتایج آزمایشهای شیمیایی و سرولوژیک انجام یافته روی کلی ها ثبت و مکتوب می گردند؟				
22	در صورت پذیرش نمونه های با درخواست کشت بی هوازی آیا سیستم مناسب جهت ایجاد شرایط بی هوازی (گاز پک و)، محیط های کشت بی هوازی، دیسکهای تشخیصی و معرفهای لازم جهت تشخیص وجود دارد؟				
آزمایش تعیین حساسیت میکروبی (آنتی بیوگرام)					
23	آیا دستورالعمل روش انجام آزمایش تعیین حساسیت میکروبی مکتوب شده است؟				
24	آیا جداول تفسیر قطر هاله وجود داشته و مورد استفاده قرار می گیرند؟ طبق جداول تفسیر قطر هاله در استاندارد CLSI M100 – S16				
25	آیا دستورالعمل روش انجام کنترل کیفی آزمایش آنتی بیوگرام و جداول تفسیر قطر هاله برای سویه های استاندارد، وجود داشته و مورد استفاده قرار می گیرند؟				
26	آیا مشخصات دیسک های آنتی بیوتیکی، محیط های کشت، معرفها، آنتی سرمها و رنگها، در هر سری ساخت یا خرید ثبت می گردد؟ باید مشخصات دیسکهای آنتی بیوتیکی، محیط های کشت، معرفها، آنتی سرمها و رنگها شامل نام محصول، نام شرکت، سری ساخت، غلظت یا قدرت (potency)، تاریخ شروع به استفاده و تاریخ انقضاء در هر سری ساخت یا خرید ثبت گردد.				
27	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				



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

						دارد؟ طبق راهنمای انتخاب آنتی بیوتیکها برای آزمایش تعیین حساسیت میکروبی (پانل آنتی بیوتیکی) آزمایشگاه مرجع سلامت کد M-15 (در دست ویرایش)	
						آیا از محیط مولر هیتون آگار خوندار جهت انجام آزمایش تعیین حساسیت میکروبی استرپتوکوکها خصوصا استرپتوکوک پنومونیه استفاده می شود؟	28
						آیا محیط مولر هیتون آگار با استفاده از سویه های استاندارد انتروکوک فکالپس [(ATCC 29212) یا (ATCC 33186)] و دیسک آنتی بیوتیکی SXT، کنترل کیفی شده و نتایج آن ثبت می گردد؟	29
						آیا pH محیط مولر هیتون آگار برای هر سری ساخت جدید و خرید جدید، با pH متر اندازه گیری می شود؟	30
						آیا برای تهیه سوسپانسیون باکتریایی جهت آزمایش تعیین حساسیت میکروبی، از کدورت نیم مک فارلند استفاده شده و سوسپانسیون نیم مک فارلند هر ماه تعویض و یا جذب آن اندازه گیری می گردد؟ طبق دستورالعمل تهیه کدورت 0/5 مک فارلند آزمایشگاه مرجع سلامت کد M-07	31
						آیا در تست تعیین حساسیت میکروبی، تعداد دیسک های آنتی بیوتیکی، متناسب با اندازه پلیت انتخاب می شود؟ در هر پلیت 9 سانتی متری باید حداکثر 5 دیسک آنتی بیوتیک گذاشته شود.	32
						آیا در آزمایشگاههای بیمارستانی امکان تشخیص عفونت استافیلوکوک اورئوس های مقاوم به متی سیلین (MRSA)، انتروکوک های مقاوم به وانکومایسین (VRE) و باکتریهای دارای آنزیم بتالاکتاماز وسیع الطیف (ESBL+) وجود دارد؟	33
						آیا مقاومت های میکروبی فوق سریعا به پزشک مسئول و یا کمیته کنترل عفونت های بیمارستانی اطلاع داده می شود؟	34
						آیا تاریخ، ساعت و نام فرد انجام دهنده آزمایش در هر سری کاری ثبت می گردد؟	35
کشت ادرار							
						آیا کشت کمی (کلنی کانت) برای نمونه های ادرار انجام می شود؟	36
						آیا از لوپ کالیبره با ضریب رقت مشخص برای انجام کشت کمی استفاده می شود؟	37



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

						طبق دستورالعمل روش تعیین حجم لوپ آزمایشگاه مرجع سلامت کد M-06	
38						آیا نمونه‌های ادرار حداکثر تا 2 ساعت پس از جمع آوری، کشت داده می‌شوند؟	
39						آیا در غیر این صورت نمونه‌های ادرار در یخچال (حداکثر تا 24 ساعت) نگهداری می‌شوند؟	
40						آیا از محیط‌های کشت مناسب (بلاد آگار، مکانکی آگار یا EMB آگار) جهت کشت نمونه‌های ادراری استفاده می‌گردد؟	
41						آیا دستورالعمل نحوه تفسیر نتایج کشت ادرار وجود داشته و مورد استفاده کارکنان مربوطه قرار گرفته است؟	
کشت دستگاه تناسلی							
42						آیا از شکلات آگار یا سایر محیط‌های مناسب جهت کشت نمونه‌های جمع آوری شده از دستگاه تناسلی استفاده می‌گردد؟	
کشت مدفوع							
43						آیا از محیط‌های کشت مکانکی آگار و XLD جهت کشت نمونه‌های مدفوع استفاده می‌شود؟	
44						آیا از محیط‌های غنی سازی (GN Broth, SF Broth و آب پپتونه قلیایی) جهت بازیابی تعداد کم پاتوژنهای روده‌ای (بویژه در حاملین بدون علامت) استفاده می‌شود؟	
45						آیا برای مشخص نمودن مدت زمان انکوباسیون محیط‌های کشت غنی سازی، دستورالعمل موجود است؟ باید زمان مناسب جهت انکوباسیون محیط‌های غنی سازی رعایت گردد (مثلا برای SF Broth 8-12 ساعت، برای GN Broth 4-6 ساعت و برای آب پپتونه قلیایی 8-6 ساعت).	
46						آیا از آنتی سرم‌های شیگلا، سالمونلا و اشریشیا کلی جهت تعیین سرو تایپ میکروارگانیسم استفاده می‌گردد؟	
کشت دستگاه تنفسی							
47						آیا برای ارزیابی کیفیت نمونه‌های خلط (قبل از کشت) لام گرم تهیه می‌شود؟	



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

48	آیا از محیط های کشت آگار خوندار، شکلات آگار و مکانکی آگار جهت کشت نمونه های دستگاه تنفسی استفاده می گردد؟					
49	آیا برای تفسیر نتایج کشت نمونه هایی از قبیل آسپیراسیون تراشه و alveolar Broncho - Lavage (BAL) کلنی کانت انجام می گیرد؟					
کشت خون						
50	آیا از محیط های کشت خون حاوی ماده ضد انعقاد SPS استفاده می شود؟					
51	آیا برای کشت خون، نسبت حجم خون به حجم محیط کشت خون در مورد کودکان و بزرگسالان رعایت می گردد؟ نسبت حجم خون به حجم محیط کشت خون در مورد کودکان باید 1:10 تا 1:20 باشد، یعنی مقدار 3-1 ml خون به ازای 20 ml محیط کشت خون و در مورد بزرگسالان این نسبت باید 1:5 تا 1:10 باشد، یعنی 10-5 ml خون به ازای 50ml محیط کشت خون.					
52	آیا محیط های کشت خون، از نظر وجود علائم رشد میکروارگانیسم ها به طور روزانه بررسی می گردند؟ محیط های کشت خون باید در طی انکوباسیون به طور روزانه از نظر وجود علائم رشد میکروارگانیسم ها نظیر همولیز، لخته، کدورت و ... بررسی گردند.					
53	آیا در صورت عدم وجود علائم رشد در محیط های کشت خون، رنگ آمیزی گرم و کشت مجدد روی محیط های مناسب در فواصل زمانی مقرر، انجام شده و نتایج آنها ثبت می گردد؟ در صورت عدم وجود علائم رشد در محیط های کشت خون، باید رنگ آمیزی گرم و کشت مجدد بر روی محیط شکلات آگار در فواصل زمانی 6-18 ساعت اولیه پس از تلقیح، بین 48-72 ساعت و نیز در روز هفتم، انجام شده و نتایج آنها ثبت گردد. لازم به ذکر است که پلیت شکلات آگار باید در اتمسفر CO ₂ انکوبه شود و برای 3-5 روز از نظر وجود رشد بررسی گردد.					
54	آیا کشت های خون در موارد مشکوک به بروسلاز یا عفونت های سخت رشد، حداقل به مدت 4 هفته انکوبه و نگهداری می شوند؟					



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

55	آیا نتایج کشت های مثبت اولیه سریعاً به پزشک و یا سایر کادر درمانی اطلاع داده می شود؟					
56	آیا از محیط شکلات آگار برای ساب کالچر نمونه های کشت خون استفاده می شود؟					
کشت CSF						
57	آیا نمونه های CSF به سرعت و حداکثر ظرف مدت یکساعت پس از نمونه گیری کشت و بررسی می شوند؟					
58	آیا برای کشت و جداسازی باکتریهای سخت رشد مانند هموفیلوس و نایسریا، از محیط های آگار خوندار و شکلات آگار استفاده می شود و مدت زمان و شرایط مناسب انکوباسیون (تا 72 ساعت در 5% CO ₂) رعایت می گردد؟					
کنترل کیفیت						
تعیین حساسیت میکروبی						
59	آیا سویه های استاندارد، به منظور کنترل کیفی دیسکهای تشخیصی، محیط های کشت، آنتی سرم ها، رنگها و معرفها وجود داشته و مورد استفاده قرار می گیرند؟					
60	آیا دستورالعمل نحوه نگهداری کوتاه مدت و بلند مدت سویه های میکروبی در آزمایشگاه موجود می باشد و از آن استفاده می گردد؟ طبق دستورالعمل نگهداری و استفاده از سویه های باکتریایی آزمایشگاه مرجع سلامت کد M-08					
61	آیا سوابق کنترل کیفی فرآورده های تشخیصی جدید (فرآورده جدید یا سری ساخت جدید) پیش از استفاده، موجود می باشد؟					
62	آیا دستورالعمل نحوه کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش میکروب شناسی (شامل روش انجام، سویه های کنترل مثبت و منفی و توالی انجام کنترل کیفیت) و چگونگی تفسیر نتایج آنها موجود است و آیا نتایج کنترل کیفیت مورد استفاده قرار می گیرند؟					
63	آیا به عنوان بخشی از برنامه کنترل کیفی داخلی، نمونه های مجهول میکروبی به صورت دوره ای در سری کاری کارکنان قرار می گیرد؟					



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

64	آیا نتایج بدست آمده از برنامه های ارزیابی خارجی کیفیت میکروب شناسی، جهت شناسایی و رفع خطاها مورد استفاده قرار می گیرد؟					
رنگ ها						
65	آیا هر سری ساخت یا خرید جدید رنگ های گرم، بلودومتیلن و اسیدفاست با ارگانسیم های گرم مثبت و گرم منفی کنترل می شوند و نتایج آن ثبت می گردد؟					
66	آیا رنگ گرم مصرفی حداقل هفته ای یکبار جهت واکنش های مثبت و منفی کنترل می شود و در زمان مصرف از لحاظ وجود رسوب احتمالی بررسی می شود و نتایج آن ثبت می شود؟					
مواد و معرف ها						
67	آیا معرفها و محلول های تهیه شده دارای برچسب مناسب حاوی اطلاعات لازم مانند مشخصات محلول (نام، غلظت، تاریخ ساخت، تاریخ انقضاء و ...) می باشند؟					
68	آیا کلیه مواد، معرفها، آنتی سرم ها و دیسک های تشخیصی طبق دستورالعمل شرکت سازنده نگهداری می شوند؟					
69	آیا تمام مواد، معرفها، محلولها و دیسکهای تشخیصی بعد از تاریخ انقضاء دور ریخته می شوند؟					
70	آیا سیستم های بی هوازی (جار، گازپک و محفظه های بی هوازی) به طور منظم (جهت اطمینان از ایجاد شرایط بی هوازی) با نوارهای متیلن بلو و یا سایر معرف ها کنترل می گردند؟					
محیط های کشت						
71	آیا کلیه محیط های کشت ساخته شده (پلیتی یا لوله ای) حداقل به طور هفتگی و نیز در هنگام استفاده، از نظر مشخصات ظاهری و تاریخ انقضاء بررسی می گردند؟ طبق دستورالعمل تهیه و کنترل کیفیت محیط های کشت آزمایشگاه مرجع سلامت کد M-01					
72	آیا هر سری ساخت از محیط های کشت، از نظر قدرت رشد، میزان مهارکنندگی، واکنش های بیوشیمیایی مناسب و استریلیتی مورد کنترل قرار می گیرند و نتایج آن ثبت می شوند؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

						طبق دستورالعمل تهیه و کنترل کیفیت محیط های کشت آزمایشگاه مرجع سلامت کد M-01
73						آیا برای تهیه محیط کشت خوندار از خون گوسفندی استفاده می شود؟
74						آیا برای تهیه محیط شکلات آگار از بن ماری در دمای 80°C و مدت زمان 15 دقیقه استفاده می شود؟
75						آیا شرایط نگهداری کلیه محیط های کشت ساخته شده، ثبت شده و رعایت می گردد؟

گزارش دهی

76						آیا دستورالعملی در مورد شیوه گزارش دهی نتایج آزمایش های میکروب شناسی (شامل موارد بحرانی) وجود داشته و مورد استفاده قرار می گیرد؟
77						آیا مواردی که باید سریعاً به پزشک گزارش شوند (موارد بحرانی) بصورت مکتوب در دسترس می باشند؟ طبق فهرست موارد بحرانی در آزمایشگاه میکروب شناسی آزمایشگاه مرجع سلامت کد M-16
78						آیا در موارد بحرانی گزارش های اولیه مربوط به نتایج لام های گرم، گستره های مرطوب و یا کشت های اولیه میکروبی به پزشک مسئول و یا سایر کادر درمانی به نحو مقتضی اطلاع داده شده و ثبت می گردد؟
79						آیا در آزمایشگاه های بیمارستانی، اطلاعات مربوط به نتایج آزمایش های تعیین حساسیت میکروبی بطور یکجا نگهداری می شود و نتایج آن حداقل بصورت سالیانه جهت اطلاع پزشکان یا کمیته کنترل عفونت بیمارستانی گزارش می گردد؟
80						آیا نمونه های مشکوک به التور، سل، سیاه سرفه و دیفتری و سایر بیماری های تحت مراقبت به مراکز بهداشت مربوطه گزارش می شوند؟

چک لیست ممیزی بر اساس الزامات آزمایشگاه مرجع سلامت- کارکنان آزمایشگاه

81						آیا در آزمایشگاه نمودار سازمانی کارکنان که سلسله مراتب پست های مختلف و ارتباط آنها را با یکدیگر مشخص کند موجود است؟
----	--	--	--	--	--	---



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

82	آیا در هر شیفت کاری حداقل یک پرسنل فنی و افرادی مشخص برای پذیرش و نمونه گیری حضور دارند؟					
83	آیا مدرک تحصیلی و یا سابقه کار کارکنان آزمایشگاه جهت تصدی پست های مختلف منطبق با موارد مندرج در "الزامات کارکنان آزمایشگاه" می باشد؟					
84	آیا شرح وظایف، مسئولیت ها و اختیارات هر یک از کارکنان توسط مسئول فنی مکتوب شده است؟					
85	آیا صلاحیت کارکنان برای انجام مسئولیت های محوله برای مسئول فنی محرز گردیده است؟ (از طریق مصاحبه علمی و آزمون های نظری و عملی برای کارکنان در رده های مختلف)					
86	آیا برای هر یک از کارکنان جانشین ذیصلاح تعیین گردیده است؟					
87	آیا مسئول فنی دوره آموزشی مدیریت کیفیت بر پایه استانداردهای آزمایشگاهی را گذرانده است؟					
88	آیا مسئول فنی برای آموزش کارکنان در رابطه با اصول ایمنی برنامه ریزی و اقدام نموده است؟					
89	آیا مسئول فنی برای آموزش تضمین کیفیت در حیطه کاری هر یک از کارکنان برنامه ریزی و اقدام نموده است؟					
90	آیا مسئول فنی نحوه صحیح مستند سازی (اعم از مکتوب نمودن مدارک و حفظ سوابق) را به کارکنان آموزش داده است؟					
91	آیا همه کارکنان پرونده پرسنلی (حاوی مشخصات فردی، مدرک تحصیلی، سوابق کاری و آموزشی، سوابق واکسیناسیون، مخاطرات شغلی و ...) مطابق با آنچه در "الزامات کارکنان" آمده دارند؟					
92	آیا با توجه به ضرورت حفظ محرمانه بودن اطلاعات کارکنان دسترسی به پرونده های پرسنلی تنها توسط افراد مجاز امکان پذیر می باشد؟					
93	آیا قرارداد مشخص و شفاف مطابق با قوانین وزارت کار و امور اجتماعی با کلیه کارکنان منعقد شده است؟					
94	آیا کلیه کارکنان واجد شرایط آزمایشگاه بیمه شده اند؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

ایمنی و بهداشت در آزمایشگاه

95	آیا مسئول ایمنی در آزمایشگاه مشخص شده است ؟					
96	آیا دستورالعمل های مربوط به ایمنی کارکنان و محیط آزمایشگاه مکتوب شده است؟					
97	آیا کلیه کارکنان دستورالعمل های مربوط به ایمنی کارکنان و محیط آزمایشگاه را به دقت مطالعه نموده و به اجرای آن متعهد می باشند ؟					
98	آیا دستورالعمل نحوه سترون سازی و شستشوی لوازم آزمایشگاهی مکتوب بوده و به نحو صحیح اجرا می شود؟					
99	آیا نظافت و بهداشت محیط آزمایشگاه در حد مطلوب است ؟					
100	آیا وسایل حفاظتی فردی اولیه مانند روپوش، دستکش یکبار مصرف و ماسک در آزمایشگاه موجود بوده و مورد استفاده کارکنان قرار می گیرد ؟					
101	آیا عینک ایمنی، وسایل کمکی جهت برداشت مایعات توسط پیت و حفاظ صورت در آزمایشگاه موجود است و مورد استفاده کارکنان قرار می گیرد ؟					
102	آیا مسئول فنی بر استفاده کارکنان از وسایل حفاظت فردی نظارت دارد ؟					
103	آیا دوش اضطراری در آزمایشگاه موجود است ؟					
104	آیا چشم شوی در آزمایشگاه موجود است ؟					
105	آیا ثبت، گزارش و پیگیری حوادث مخاطره آمیز (فرو رفتن سرسوزن، ریختن و پاشیدن خون و مواد شیمیایی و...) در آزمایشگاه انجام می شود ؟					
106	آیا دستورالعمل مکتوب جهت آلودگی زدایی در موارد ریختن یا پاشیده شدن مواد آلوده وجود داشته و کلیه کارکنان با محتوای آن آشنایی کامل دارند ؟					
107	آیا جعبه کمکهای اولیه در آزمایشگاه وجود دارد ؟					
108	آیا در بخش هایی از آزمایشگاه که در تماس مستقیم با نمونه بیمار است ، دستشویی وجود دارد ؟					



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

109	آیا صابون مایع در همه دستشویی ها وجود دارد ؟					
110	آیا دستورالعمل نحوه نظافت و ضد عفونی کف و سطوح انجام آزمایش موجود بوده و مطابق آن عمل می شود ؟					
111	آیا دستور العمل جهت مدیریت ایمن و صحیح پسماندهای آزمایشگاهی در مراحل جداسازی ، بی خطر سازی، جمع آوری ، بسته بندی ، حمل و نقل و دفع پسماندها مکتوب شده است ؟					
112	آیا نحوه دورریز نمونه های مختلف بیماران پس از انجام آزمایش مشخص و مکتوب بوده و رعایت می گردد ؟					
113	آیا نحوه دورریز مواد و وسایل انجام آزمایش پس از انجام کار مشخص و مکتوب بوده و رعایت می گردد ؟					
114	آیا پسماندهای عادی و غیر آلوده ، از پسماندهای آزمایشگاهی آلوده ، در مبدا تولید جدا می شوند ؟					
115	آیا در هر بخش از آزمایشگاه جهت دورریز پسماندهای غیر آلوده و همچنین پسماندهای آلودگی زدایی شده ، سطل زباله درب دار و کیسه زباله مقاوم وجود دارد ؟					
116	آیا کلیه پسماندهای عفونی آزمایشگاهی مثل محیط های کشت میکروبی ، قبل از دفع آلودگی زدایی (اتوکلاو) می شوند ؟					
117	آیا پسماندهای تیز و برنده مانند سرسوزن ، لام و لامل ، لوازم شیشه ای شکسته ، تیغ اسکالپل ، نوک سمپلر و ... در Safety Box ریخته شده و قبل از دفع ، آلودگی زدایی (اتوکلاو) می گردند ؟					
118	آیا از اندیکاتورهای شیمیایی و بیولوژیک برای ارزیابی صحت عملکرد اتوکلاو استفاده می شود ؟					
119	آیا ایمنی کارکنان در بدو استخدام در برابر هپاتیت B ، هپاتیت C و HIV ارزیابی شده و سوابق وجود دارد ؟					
120	آیا واکسن هپاتیت B برای کارکنان غیر ایمن تزریق شده و سوابق آن موجود است؟					



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

تجهیزات آزمایشگاه

12	1	آیا فهرست تجهیزات موجود در آزمایشگاه با ثبت محل استقرار هر یک موجود است ؟					
12	2	آیا حداقل تجهیزات ضروری در آزمایشگاه متناسب با فهرست آزمایش هایی که در آزمایشگاه انجام می شود وجود دارد ؟					
12	3	آیا دستگاههای خریداری شده دارای تاییدیه معتبر کارکردی هستند ؟					
12	4	آیا در محل نصب و استقرار هر تجهیز به شرایط محیطی مورد نیاز (از نظر دما ، رطوبت ، نور ، تهویه ، ارتعاش و ...) بر اساس توصیه سازنده عمل شده است ؟					
12	5	آیا در محل نصب و استقرار هر تجهیز ، به امکانات فنی مورد نیاز (منبع برق ، گاز ، آب ، فاضلاب و ...) بر اساس توصیه سازنده توجه شده است ؟					
12	6	آیا در محل نصب و استقرار هر تجهیز ، ملاحظات ایمنی (تشعشعات ، پسماندها ، الکتریسیته و ...) بر اساس توصیه سازنده در نظر گرفته شده است ؟					
12	7	آیا پس از خرید و نصب دستگاه و قبل از شروع به کارگیری ، صحت عملکرد دستگاه با استفاده کنترل های مناسب یا روشهای مندرج شده در بروشور تجهیزات مورد ارزیابی قرار گرفته است ؟					
12	8	آیا فرد یا افراد مجاز برای کار با هر دستگاه تعیین شده و جهت کاربری به آنها آموزش لازم داده شده است ؟					
12	9	آیا تمام تجهیزات دارای برگه شناسنامه هستند ؟ (حاوی اطلاعات لازم مندرج در "الزامات تجهیزات آزمایشگاهی" مثل مشخصات دستگاه ، مدل و شماره سریال ، تاریخ خرید و شروع به کار ، نحوه تماس با شرکت پشتیبان و ...)					
13	0	آیا همه تجهیزات دارای دستورالعمل فنی هستند ؟ (حاوی اطلاعات لازم مندرج در "الزامات تجهیزات آزمایشگاهی" مثل چگونگی و مراحل کاربری ، نحوه و فواصل کنترل و نگهداری ، ملاحظات ایمنی و ..)					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

13 1	آیا کنار هر تجهیز LogBook یا دفترچه یا برگه ای که اطلاعات مربوط به هر بار استفاده از دستگاه (نام کاربر، تاریخ و ساعت استفاده از دستگاه، وضعیت دستگاه در شروع و خاتمه کار) را نشان دهد موجود است ؟					
13 2	آیا سوابق مربوط به کنترل و نگهداری هر یک از ابزار و تجهیزات آزمایشگاهی که نشان دهنده فواصل کنترل، فاکتور مورد کنترل (دما، فشار، حجم و...) نتایج حاصله، اقدامات اصلاحی انجام یافته و مسئول این کار است، موجود می باشد؟					
13 3	آیا سوابق مربوط به سرویس یا تعمیر تجهیزات (تاریخ خروج از کار، تاریخ سرویس یا تعمیر، نحوه ضد عفونی کردن قبل از ارسال، شرح تنظیمات و تعمیرات انجام شده و...) موجود است؟					
13 4	آیا عملکرد فنی دستگاه با استفاده از کنترل های مناسب با روشهای مندرج شده در بروشور تجهیزات پس از سرویس یا تعمیر و قبل از ورود به جریان کار مورد ارزیابی قرار می گیرد؟					
13 5	آیا آب مناسب آزمایشگاهی جهت شستشو و تهیه معرفها موجود است و کیفیت آن (هدایت و رسانایی، PH و کلنی کانت) ارزیابی می گردد ؟					

فضا و تاسیسات آزمایشگاه

13 6	آیا ارتفاع سقف آزمایشگاه مناسب است ؟ (ارتفاع مناسب سقف آزمایشگاه 240 سانتی متر است)؟					
13 7	آیا کف اتاق شستشو دارای کف شوی است ؟					
13 8	آیا دیوارها و دربهای آزمایشگاه حداقل تا ارتفاع 1/5 متر قابل شستشو هستند ؟					
13 9	آیا وضعیت کلی ساختمان آزمایشگاه مناسب است ؟ (خرابی و فرسودگی در ساختمان آزمایشگاه نباید وجود داشته باشد)؟					
14 0	آیا لوله کشی برای آب سرد و گرم با فشار مناسب وجود دارد؟					
14 1	آیا سیستم سرمایش و گرمایش مناسب برای آزمایشگاه تعبیه شده است ؟					
14 2	آیا سیستم لوله کشی گاز در آزمایشگاه استاندارد و ایمن است؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

143	در صورت استفاده از کپسول گاز ، آیا کپسول ها در مکان مناسب و امن ، دارای تهویه ، دور از منابع حرارتی و نزدیک به محل استفاده واقع شده اند ؟					
144	آیا سرویس های بهداشتی زنان و مردان جدا است و یا در صورت عدم امکان ، حریم خصوصی بیماران به نحو مقتضی رعایت می گردد ؟					
145	آیا توالتها دارای هواکش و سیفون است ؟					
146	آیا ترانس تنظیم کننده برق در آزمایشگاه موجود است ؟					
147	آیا سیستم تهویه آزمایشگاه مطلوب است و مانع تجمع گازها و بخارات نامطبوع و مضر می گردد ؟					
148	آیا پنجره هایی که به فضای آزاد باز می شوند ، دارای توری هستند ؟					
149	آیا تسهیلات ویژه جهت کارکنان و مراجعه کنندگان کم توان و معلول (مثل دستگیره برای حفظ تعادل و توالت فرنگی و...) پیش بینی شده است ؟					
150	آیا نورآزمایشگاه کافی وکنواخت (مطابق با دستورالعمل فضا و تاسیسات) میباشد ؟					
151	آیا تمهیداتی برای تامین روشنایی در پذیرش و محل تردد بیماران وجود دارد ؟					
152	آیا دسترسی و امکان ورودبه فضای فنی آزمایشگاه فقط برای افراد مجاز میسر است؟					
153	آیا کپسول اطفاء حریق با تاریخ کارکرد معتبر در آزمایشگاه به تعداد کافی (به ازای هر 50 متر مربع ، یک کپسول 4 کیلوگرمی) موجود است ؟					
154	آیا دستگاههای برقی خصوصا آنهایی که دارای رطوبت هستند و یا به نوسانات جزئی برق شهری حساسند ، دارای سیم اتصال به زمین هستند ؟					
155	آیا تخصیص فضا در آزمایشگاه به گونه ای است که به بخش های نمونه گیری ، پذیرش ، میکروشناسی ، شستشو و استریلیزاسیون و محل غذاخوری و استراحت کارکنان فضاهای مجزایی اختصاص داده شود ؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

15 6	آیا تخصیص فضا در آزمایشگاه به گونه ای است که بخش میکروشناسی و بخش هایی که با مواد و معرفهای سمی یا قابل اشتعال کار می کنند دور از محل رفت و آمد بیماران و بخش های غیر فنی باشد ؟					
15 7	آیا هود معمولی در بخش میکروشناسی موجود است ؟					
15 8	آیا در بخش میکروشناسی چنانچه کشت خون یا کشت برای تشخیص باسیل سل انجام می شود ، هود بیولوژیک کلاس دو موجود است ؟					
15 9	آیا خروجی هواکش و هودهای معمولی به دور از محل رفت و آمد عمومی میباشد؟					
16 0	آیا حدود 1 متر مربع فضای کاری برای فعالیت هر یک از کارکنان در نظر گرفته شده است ؟					
16 1	آیا فضای بین میزهای کاری جهت تردد کارکنان کافی است ؟ (فضای کافی برای تردد کارکنان حداقل 120 سانتیمتر در نظر گرفته می شود).					
16 2	آیا ارتفاع و عمق میزهای کاری مناسب است ؟ (ارتفاع مناسب میزهای کاری برای حالت نشسته 75 سانتیمتر ، برای حالت ایستاده 90 سانتیمتر و عمق میزها بین 75-60 سانتیمتر در نظر گرفته می شود).					
16 3	آیا سطوح انجام کار در بخشهای مختلف آزمایشگاه متناسب با نوع فعالیت آن بخش به حرارت ، اسید ، قلیا، حلالهای ارگانیک ، فشار و ضربه مقاوم هستند ؟					
16 4	آیا سطوح انجام کار به نحوی طراحی شده اند که از تجمع و رشد میکروبی جلوگیری گردد ؟ (در سطوح انجام کار شیار و خلل و فرج که امکان رشد میکروبی را فراهم می کند ، نباید وجود داشته باشد).					
16 5	آیا کابینتها و قفسه های دیواری با استحکام به دیوارها نصب شده اند و دسترسی به وسایل داخل آنها به آسانی صورت می گیرد ؟					
16 6	آیا میزان انباشتگی در کابینت ها متناسب با قابلیت تحمل وزن در آنها است ؟					
فرایندقبل ازانجام آزمایش						
16 7	آیا فهرست آزمایشهایی که آزمایشگاه انجام می دهد و آزمایشهایی که جهت انجام به آزمایشگاه دیگر ارسال می کند موجود است ؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

168	آیا سیستم اطلاعات و پذیرش آزمایشگاه امکان ثبت و دسترسی به کلیه اطلاعات ضروری بیمار در ارتباط با نیازهای بهداشتی ، بالینی و... را دارد ؟					
169	آیا تاریخ و ساعت پذیرش و نام فرد انجام دهنده پذیرش ثبت می شود ؟					
170	آیا صندلیهای راحت سالم و کافی در سالن انتظار وجود دارد ؟					
171	آیا در سالن انتظار تمهیدات لازم برای دسترسی به آب نوشیدنی سالم برای مراجعه کنندگان پیش بینی شده است ؟					
172	آیا شرایط مربوط به آمادگی بیمار قبل از نمونه گیری (مثل ناشتا بودن ، پرهیز غذایی یا دارویی خاص و...) مکتوب شده و به کارکنان پذیرش و نمونه گیری تفهیم گردیده است ؟					
173	آیا دستور العمل هایی جهت آگاهی بیمار از نحوه جمع آوری نمونه برای آزمایشات خاص (مثل ادرار 24 ساعته، اسپرموگرام ، خون مخفی در مدفوع و...) مکتوب شده و در اختیار بیماران قرار می گیرد ؟					
174	آیا فرد مسئول و نحوه اطمینان از هویت بیمار قبل از نمونه گیری مشخص است ؟					
175	آیا حریم خصوصی بیمار از نظر فضای فیزیکی هنگام نمونه گیری در آزمایشگاه حفظ می گردد ؟					
176	آیا تاریخ و ساعت نمونه گیری و نام فرد نمونه گیر ثبت می شود ؟					
178	آیا دستورالعمل نمونه گیری مطابق با آنچه در " اصول مستند سازی " آمده (شامل نحوه نمونه گیری ، ضد انعقادها و نگهدارنده های لازم ، ویژگی ظروف مورد نیاز برای جمع آوری نمونه ، حجم نمونه لازم برای آزمایشهای مختلف و...) مکتوب شده است ؟					
179	آیا فرد نمونه گیر آشنایی کامل با دستور العملهای نمونه گیری دارد ؟					
180	آیا نحوه برچسب گذاری نمونه به گونه ای است که ردیابی نمونه پس از تقسیم نمونه برای توزیع در بخش های فنی ، به راحتی امکان پذیر باشد ؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

18	1	آیا معیار رد یا قبول نمونه های مختلف (بویژه در مورد نمونه های پذیرش شده از بیرون آزمایشگاه) مشخص و مکتوب شده است؟					
18	2	آیا تمهیداتی برای تماس با بیمار در موارد ضروری پیش بینی شده است ؟					
18	3	آیا نمونه ها قبل از انجام آزمایش در مکان و دمای مناسب نگهداری می شوند ؟					
فرایند انجام آزمایش							
18	4	آیا حداکثر فاصله زمانی قابل قبول بین جمع آوری نمونه تا انجام آزمایش برای نمونه های مختلف مکتوب شده است ؟					
18	5	آیا پیش از استفاده از فرآورده های تشخیصی جدید (کیت جدید یا سری ساخت جدید) از کیفیت آن اطمینان حاصل می گردد ؟					
18	6	آیا پیش از استفاده از روش های آزمایشگاهی طراحی شده در داخل آزمایشگاه ، مراحل کامل صحه گذاری (شامل بررسی تکرار پذیری ، خطی بودن ، مقایسه روش ها ، تعیین محدوده مرجع ، حساسیت و اختصاصیت) انجام می گردد ؟					
18	7	آیا برای هر یک از آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود ، " دستورالعمل انجام آزمایش " مطابق با آنچه در اصول مستند سازی آمده مکتوب شده است ؟					
18	8	آیا برای هر یک از آزمایش هایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود ، " دستورالعمل انجام آزمایش " مطابق با آنچه در اصول مستند سازی آمده مکتوب شده است ؟					
18	9	آیا برای هر یک از آزمایش هایی که در آزمایشگاه سرولوژی - ایمنولوژی انجام می شود ، " دستورالعمل انجام آزمایش " مطابق با آنچه در اصول مستند سازی آمده مکتوب شده است ؟					
19	0	آیا برای هر یک از آزمایش هایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود ، " دستورالعمل انجام آزمایش " مطابق با آنچه در اصول مستند سازی آمده مکتوب شده است ؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

19 1	آیا برای هر یک از آزمایش های انجام شده در سایر بخش های آزمایشگاه انجام می شود ، " دستورالعمل انجام آزمایش " مطابق با آنچه در اصول مستند سازی آمده مکتوب شده است ؟					
19 2	آیا تاریخ ، ساعت و نام فرد انجام دهنده آزمایش در هر سری کاری ثبت می شود ؟					
19 3	آیا مشخصات معرف ، کیت ، استانداردها و کنترل های مورد استفاده در هر سری کاری ثبت می گردد ؟					
19 4	آیا نتایج انجام آزمایش در بخش های مختلف آزمایشگاه ثبت و تا مدت زمان تعیین شده نگهداری می شود ؟					
19 5	آیا سیاست آزمایشگاه در برخورد با نتایج غیر طبیعی آزمایش های مختلف (مثلا تکرار آزمایش ، انجام تست های تاییدی یا تکمیلی ، اطلاع به پزشک معالج و...) مشخص و مکتوب است ؟					

کنترل کیفیت انجام آزمایش

19 6	آیا دستورالعملی که در آن نحوه کنترل کیفیت انجام آزمایش های مختلف در بخش بیوشیمی و تفسیر نتایج آنها مکتوب شده است ؟					
19 7	آیا دستورالعملی که در آن نحوه کنترل کیفیت انجام آزمایش های مختلف در بخش هماتولوژی و تفسیر نتایج آنها مکتوب شده است ؟					
19 8	آیا دستورالعملی که در آن نحوه کنترل کیفیت انجام آزمایش های مختلف در بخش سرولوژی - ایمنولوژی و تفسیر نتایج آنها مکتوب شده است ؟					
19 9	آیا دستورالعملی که در آن نحوه کنترل کیفیت انجام آزمایش های مختلف در بخش میکروبی شناسی و تفسیر نتایج آنها مکتوب شده است ؟					
20 0	آیا دستورالعملی که در آن نحوه کنترل کیفیت انجام آزمایش های مختلف در سایر بخش های آزمایشگاه و تفسیر نتایج آنها مکتوب شده است ؟					
20 1	آیا خطای مجاز برای روشهای آزمایشگاهی کمی (quantative) تعیین شده است ؟					
20 2	آیا کنترل های معتبر و مناسب در بخش های مختلف آزمایشگاه موجود بوده و بطور روزانه استفاده می شود ؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

					آیا سوابق انجام فعالیت های کنترل کیفیت در بخش بیوشیمی آزمایشگاه (ثبت نتایج آزمایش بر روی نمونه کنترل ، رسم نمودارهای مربوطه ، تفسیر نتایج و...) موجود است ؟	20 3
					آیا سوابق انجام فعالیت های کنترل کیفیت در بخش هماتولوژی آزمایشگاه (ثبت نتایج آزمایش بر روی نمونه کنترل ، رسم نمودارهای مربوطه ، تفسیر نتایج و...) موجود است ؟	20 4
					آیا سوابق انجام فعالیت های کنترل کیفیت در بخش سرولوژی - ایمنولوژی آزمایشگاه (ثبت نتایج آزمایش بر روی نمونه کنترل ، رسم نمودارهای مربوطه ، تفسیر نتایج و...) موجود است ؟	20 5
					آیا سوابق انجام فعالیت های کنترل کیفیت در بخش میکروب شناسی آزمایشگاه (ثبت نتایج آزمایش بر روی نمونه کنترل ، رسم نمودارهای مربوطه ، تفسیر نتایج و...) موجود است ؟	20 6
					آیا سوابق انجام فعالیت های کنترل کیفیت در سایر بخش های آزمایشگاه موجود است ؟	20 7
					آیا سوابقی که نشان دهد چگونه از نتایج بدست آمده از برنامه های کنترل کیفیت جهت پیشگیری از بروز خطا یا انجام اقدامات اصلاحی استفاده شده ، موجود است ؟	20 8
					آیا آزمایشگاه بطور مرتب و فعال در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت مورد تایید آزمایشگاه مرجع سلامت ، شرکت می کند ؟	20 9
					آیا نتایج بدست آمده از برنامه های ارزیابی خارجی کیفیت جهت شناسایی و رفع خطاها مورد استفاده قرار می گیرد ؟	21 0

فرآیند پس از انجام آزمایش

					آیا مدت زمان نگهداری نمونه های مختلف پس از انجام آزمایش مکتوب شده و رعایت می گردد ؟	21 1
					آیا مکان و شرایط مناسب نگهداری نمونه های مختلف پس از انجام آزمایش مکتوب شده و رعایت می گردد ؟	21 2



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

						آیا برگه گزارش نتایج بیماران حداقل حاوی مشخصات آزمایشگاه ، مشخصات بیمار ، مشخصات درخواست کننده آزمایش ، زمان پذیرش و نمونه گیری و نوع نمونه مورد آزمایش می باشد ؟	21 3
						آیا فرد مسئول جهت اطمینان از صحیح بودن محدوده مرجع و پارامترهای مورد اندازه گیری در برگه گزارش بیمار ، مشخص بوده و این مسئولیت در شرح وظایف وی درج گردیده است ؟	21 4
						آیا درج صحیح نتایج در برگه گزارش بیمار به تایید مسئول واحد مربوطه یا فرد دیگری که برای این کار تعیین شده است می رسد ؟	21 5
						آیا مهر و امضای مسئول بازرینی نهایی و تایید همخوانی نتایج آزمایش ها با هم و با توجه به اطلاعات بالینی ، در انتهای برگه گزارش بیمار ثبت می گردد؟	21 6
						آیا نحوه گزارش فوری نتایجی که در محدوده بحرانی (Critical Value) قرار می گیرند و مسئول این کار مشخص و مکتوب است ؟	21 7
						آیا هر گونه اشکال در کیفیت و کفایت نمونه که میتواند بر تفسیر نتایج آزمایش تاثیر بگذارد ، در برگه گزارش قید می گردد ؟	21 8
						آیا مسئول فنی در موارد مقتضی اقدام به تفسیر نتایج و ارائه هشدارها و توصیه های لازم در برگه گزارش می نماید ؟	21 9
						آیا برگه گزارش نتایج بیماران یا فایل الکترونیک مربوطه حداقل به مدت یک سال نگهداری می شود و در صورت ضرورت قابل دستیابی است ؟	22 0

خرید و انبارش

						آیا برای اqlام مصرفی در آزمایشگاه نقطه سفارش تعیین شده است ؟	22 1
						آیا ملاک ارزیابی و انتخاب تامین کنندگان (فروشندگان) کیت ها ، فراورده ها و تجهیزات آزمایشگاهی مشخص شده است ؟	22 2
						آیا فهرست تامین کنندگان (فروشندگان) کیت ها ، فراورده ها و تجهیزات آزمایشگاهی آزمایشگاهی که مورد ارزیابی قرار گرفته و خرید از آنها مورد تایید است ، وجود دارد ؟	22 3



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

224	آیا پس از خرید مطابقت اقلام خریداری شده با اقلام درخواست شده کنترل می گردد؟					
225	آیا پس از خرید و قبل از بکارگیری اقلام مختلف آزمایشگاهی (مصرفی و غیر مصرفی) از کیفیت عملکرد آنها اطمینان حاصل می گردد و سوابق ارزیابی کیفیت اقلام مختلف موجود است؟					
226	آیا جهت کنترل موجودی انبار ، دفاتر و یا فایل های نرم افزاری که در آن فهرست ، مشخصات ، تعداد ، تاریخ انقضا و نقطه سفارش اقلام مختلف موجود در انبار مشخص و مکتوب شده باشد وجود دارد؟					
227	آیا محلول ها و معرف های تهیه شده دارای برچسب مشخصات شامل نوع محلول ، تاریخ ساخت ، تاریخ انقضا و شرایط نگهداری هستند؟					
228	آیا به تاریخ مصرف محلول ها ، معرف ها ، کیت ها و مواد مصرفی از قبیل سرنگ ها ، دیسک های آنتی بیوگرام ، پودرها و محیط های کشت میکروبی ، محلول های رنگ آمیزی و... به دقت توجه می گردد؟					
229	آیا اقلام مختلف آزمایشگاهی در دمای مناسب (یخچال ، فریزر یا دمای اتاق) طبق توصیه سازنده نگهداری می شوند؟					
230	آیا دمای اتاق با در نظر گرفتن زمان هایی که سیستم های سرمایشی یا گرمایشی خاموش هستند ، بین 18-26 درجه سانتیگراد حفظ می شود؟					
231	آیا جهت ثبت دمای یخچال ها و فریزرها بطور روزانه ، از دماسنج کالیبره یا دماسنج هایی که با دماسنج کالیبره کنترل می گردند ، استفاده می شود؟					
ارتباط با سایر آزمایشگاهها						
232	چنانچه آزمایشگاه به لحاظ ارسال یا پذیرش نمونه با آزمایشگاههای دیگر ارتباط دارد ، آیا قرارداد مشخصی که ارتباط و مسئولیت دو آزمایشگاه را مشخص نماید ، مکتوب شده است؟					
233	آیا ملایک انتخاب و نحوه کسب اطمینان از کیفیت عملکرد آزمایشگاه ارجاع (آزمایشگاهی که نمونه جهت انجام آزمایش به آنجا ارسال می شود) مشخص است؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

23 4	آیا مشخصات بیمار و نمونه های ارسالی و نوع آزمایش های درخواستی به طریق مناسب ثبت و نگهداری می شود ؟					
23 5	آیا شرایط لازم جهت انتقال نمونه از نظر درجه حرارت ، زمان ، ظرف و...، به لحاظ حفظ کیفیت نمونه ، مكتوب شده و رعایت می گردد ؟					
23 6	آیا حین انتقال نمونه ، حمل و بسته بندی به روش مناسب (طبق دستورالعمل مربوطه) به لحاظ حفاظت و ایمنی فرد حمل کننده و جامعه رعایت می گردد ؟					
23 7	آیا زمان مورد انتظار برای آماده شدن نتایج آزمایشهای ارسال شده ، جهت تعیین زمان چرخه کاری مشخص و مكتوب است ؟					

شناسایی و رسیدگی به خطا ها و موارد عدم انطباق

23 8	آیا مدیریت آزمایشگاه برنامه دوره ای جهت ممیزی یا بازرسی داخلی برای پی بردن به نواقص و مشکلات بخش های مختلف آزمایشگاه و نیز انجام اقدامات اصلاحی مناسب دارد و سوابق آن موجود است ؟					
23 9	آیا نحوه ثبت و مسئول ثبت خطاها و موارد عدم انطباق (مواردی که با اصول صحیح انجام کار انطباق ندارند) که در بخش ها و واحدهای مختلف آزمایشگاه اتفاق می افتد مشخص است ؟					
24 0	آیا مسئول رسیدگی به خطاها و موارد عدم انطباق و پیگیری انجام اقدامات اصلاحی در جهت رفع مشکلات ، در بخش ها و واحدهای مختلف آزمایشگاه مشخص است ؟					
24 1	آیا در آزمایشگاه روش مشخصی برای ثبت ، رسیدگی و پاسخگویی به شکایات و یا نظرسنجی از بیماران و پزشکان وجود دارد ؟					
24 2	آیا در صورت درخواست مراجعه کنندگان و پزشکان ، امکان ارتباط سریع آنان با مسئولین آزمایشگاه وجود دارد ؟					

بخش آسیب شناسی

فضا و تاسیسات

24 2	آیا واحد پاساژ بافتی به نحو مقتضی از سایر قسمت های بخش آسیب شناسی جدا شده است ؟					
---------	---	--	--	--	--	--



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

24 3	آیا در بخش پاتولوژی، سیستم تهویه مناسب (مانند هواکش) وجود دارد؟					
24 4	آیا بررسی ماکروسکوپی نمونه ها در زیر هود مناسب انجام می گیرد؟					
24 5	آیا سینک با ابعاد مناسب و با امکان دسترسی به آب گرم و سرد موجود است؟					
24 6	آیا در آزمایشگاهی که نمونه های فروزن سکشن پذیرش می شود الزامات مربوط به فضا برای انجام این آزمایش رعایت می گردد؟					
24 7	اگر آزمایشگاه نمونه های فروزن سکشن پذیرش می کند آیا مجهز به سیستمی جهت حفظ تداوم جریان برق می باشد؟					
24 8	آیا در نحوه انبارش محلول ها و مواد مصرفی به چیدمان آنها توجه گردیده است؟					
تجهیزات						
24 9	آیا در بدو تاسیس حداقل تجهیزات ذکر شده در فهرست تجهیزات بخش آسیب شناسی تشریحی موجود است؟					
25 0	آیا آزمایشگاه تجهیزات متناسب با فعالیت های جاری را دارا می باشد؟					
25 1	آیا فعالیت های مربوط به نگهداری، نظافت و ایمنی میکروتوم مورد استفاده، به نحو صحیح انجام می شود؟					
25 2	آیا به برقراری تهویه مناسب در محل استقرار تیشوپروسسور توجه گردیده است؟					
25 3	آیا در نگهداری تیشو پروسسور به تعویض مرتب محلول های موجود با توجه به حجم کاری و سایر شرایط کارکردی توجه می گردد؟					
25 4	آیا درجه حرارت پارافین های موجود در ظروف تیشو پروسسور (حمام پارافین)، کنترل می گردد؟					
25 5	آیا درجه حرارت مناسب برای ذوب پارافین در تیشو پروسسور متناسب با نوع پارافین مصرفی، تنظیم می گردد؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

25 6	آیا کنترل دوره ای دستگاه تیشوپروسسور از نظر الکتریکی و قطعات مکانیکی مطابق با دستورالعمل سازنده انجام می گیرد ؟					
25 7	آیا غلظت الكل موجود در ظروف تیشوپروسسور توسط الكل سنج کنترل می گردد؟					
25 8	آیا دمای تیشوفلوت با استفاده از یک دماسنج کالیبره بطور مرتب کنترل می گردد؟					
25 9	آیا نکات لازم جهت نگهداری ، حفظ نظافت و ایمنی دستگاه کرایواستات رعایت می گردد ؟					
26 0	آیا نکات لازم در نگهداری سایر تجهیزات مورد استفاده در بخش رعایت می گردد (مطابق با دستورالعمل سازنده) ؟					
فرآیند قبل از آزمایش						
26 1	آیا توصیف ماکروسکوپی و برش برداری نمونه ها توسط پاتولوژیست یا دستیار پاتولوژی انجام می گیرد ؟					
26 2	آیا مرجع یا دستورالعمل مکتوب مربوط به نحوه توصیف ماکروسکوپی و برش برداری در آزمایشگاه موجود می باشد ؟					
26 3	آیا نمونه ها از زمان برش برداری تا زمان تهیه گزارش قابل شناسایی و رد یابی هستند ؟					
26 4	آیا در هنگام رنگ آمیزی اسلایدها جهت اطمینان از کیفیت رنگ آمیزی از نمونه های کنترل مثبت و منفی استفاده میشود؟					
26 5	آیا رنگ های مورد استفاده در فواصل زمانی مناسب بسته به حجم کاری تعویض یا فیلتر می گردد و مستندات مربوطه وجود دارد ؟					
26 6	آیا از نمونه های فروزن ، نمونه دائم نیز تهیه می شود؟					
فرآیند پس از آزمایش						
26 7	آیا برگه های گزارشدهی حاوی قسمت های مشخصی جهت اطلاعات بالینی مورد نیاز، شرح ماکروسکوپی، شرح میکروسکوپی (در صورت لزوم) و تشخیص پاتولوژی می باشد؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

268	آیا اطلاعاتی که در قسمت "تشخیص پاتولوژی" برگه گزارش ارائه می گردد ، کامل می باشد؟ (مطابق با دستورالعمل موجود در کتب مرجع)					
269	آیا در برگه گزارشدهی نام و امضای پاتولوژیست مسئول (که تشخیص را داده است) وجود دارد ؟					
270	آیا نمونه های فروزن سکشن کتبا پاسخ داده می شوند ؟					
271	چنانچه نمونه ای جهت فروزن سکشن نیز ارسال شده است آیا در برگه گزارشدهی نهایی بخشی از گزارش به نتیجه بررسی فروزن سکشن اختصاص دارد ؟					
272	آیا نحوه نگهداری اسلایدهای مربوط به نمونه های فروزن سکشن بگونه ای است که در مواقع نیاز قابل دستیابی باشد؟					
273	آیا گزارشدهی پاپ اسمیر براساس الگوی ارسالی از آزمایشگاه مرجع سلامت (برگرفته از سیستم بتسدا 2001) می باشد ؟					
274	آیا دستیابی به بلوک های پارافینی بایگانی شده امکان پذیر است؟					
275	آیا دستیابی به اسلایدهای بایگانی شده امکان پذیر است؟					
276	آیا دستیابی به گزارشات بایگانی شده امکان پذیر است؟					
277	آیا بقایای نمونه های بافتی ارسالی حداقل تا 4 هفته پس از گزارشدهی نهایی نگهداری می گردند؟					
278	آیا بلوک های پارافینی حداقل به مدت 10 سال نگهداری می گردند؟					
279	آیا اسلایدهای پاتولوژی حداقل به مدت 10 سال نگهداری می گردند؟					
280	آیا اسلایدهای سیتولوژی حداقل به مدت 5 سال نگهداری می گردند؟					
281	آیا گزارشات پاتولوژی و سیتولوژی حداقل به مدت 10 سال نگهداری می گردند؟					
282	آیا در برگه گزارش موارد بدخیم براساس سیستم ICD-O کد گذاری می گردند؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

28 3	چنانچه نمونه های سیتولوژی ژنیکولوژیک توسط سایتواسکرینر دیده می شود ، آیا نمونه های مشکوک ، مثبت و حداقل 10٪ از نمونه های منفی توسط پاتولوژیست مجدداً دیده می شود و سوابق آن وجود دارد ؟					
28 4	آیا در تعیین محل استقرار تجهیزات حداقل فاصله مناسب بین پارافین دیسپنسر و انواعی از تیشوپروسسور یا سایر تجهیزاتی که بخارات قابل اشتعال در آنها ایجاد میشود و محل نگهداری مواد قابل اشتعال، وجود دارد؟					
28 5	آیا کارکنان در هنگام کار با نمونه های بافتی از گان و دستکش مناسب استفاده مینمایند ؟					
28 6	آیا در نگهداری باقیمانده بافت های مورد آزمایش به نحوه چیدمان و نگهداری بافتها تا زمان تعیین شده یا مورد توافق توجه شده است ؟					
28 7	آیا دفع نمونه ها مطابق دستورالعمل ویژه امحاء مواد و نمونه ها در بخش آسیب شناسی تشریحی انجام می گیرد؟					

چک لیست ارزیابی آزمایشگاه های انجام دهنده آزمایشات غربالگری مادران باردار از نظر ابتلا جنین به اختلالات کروموزومی

مرحله قبل از انجام آزمایش

اطلاعات کتبی لازم جهت پزشکان ، مراجعه کنندگان و کارکنان بهداشتی - درمانی تهیه کننده نمونه

28 8	آیا اطلاعات لازم درخصوص این گروه از آزمایش ها برای مراجعین به طور کتبی (بروشور و...) تهیه شده و در اختیار آنان قرار دارد؟ - این اطلاعات باید حداقل شامل موارد زیر باشد : - اطلاعات کلی در مورد بیماری مورد نظر - اطلاعات کلی در مورد نحوه نمونه گیری و انجام آزمایش - مزایا و خطرات آزمون - هزینه های مربوط به آزمایش - حقوق بیمار - انتظارات متعاقب یک نتیجه غربالگری مثبت					
28 9	آیا اطلاعات لازم برای کارکنان بهداشتی - درمانی ارسال کننده نمونه به طور کتبی تهیه و در اختیار آنها قرار داده شده است؟ - این اطلاعات باید حداقل شامل موارد زیر باشد: - نحوه نمونه گیری و (نوع و مقدار نمونه، نوع ماده ضدانعقاد)					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

						- نحوه برچسب گذاری و انتقال نمونه - نمونه هایی از اطلاعات لازم که باید همراه نمونه و به منظور شناسایی بهتر آن و تفسیر صحیح نتایج به آزمایشگاه تحویل گردد. - اطلاعات مربوط به زمان چرخه کاری برای آزمایش مورد درخواست و نحوه گزارشدهی آزمایشگاه به ارسال کننده نمونه - اطلاعات در مورد عملکرد بالینی آزمایش (حساسیت ، ویژگی ، failure rate)	
						آیا فرمی برای ثبت اطلاعات بالینی مورد نیاز در اختیار پزشکان متقاضی یا ارسال کنندگان نمونه تهیه شده و در اختیار ایشان قرار گرفته است؟ • اطلاعات لازم همراه نمونه عبارتند از : - اطلاعات دموگرافیک پایه - سن بارداری - وزن مادر - نژاد مادر - سابقه ابتلا به دیابت تیپ I (IDDM) - تعداد جنین ها - سابقه غربالگری قبلی در این بارداری (آیا نمونه گیری قبلی داشته است) - سابقه سندرم داون و یا دیگر ناهنجاری های کروموزومی در بارداری های قبلی با ذکر نوع ناهنجاری کروموزومی - سابقه ناهنجاری متعادل کروموزومی در یکی از زوجین با ذکر نوع ناهنجاری - سابقه انجام آزمایش تشخیصی قبلی (CVS) - استفاده از روش های کمک باروری - سیگار کشیدن	290
						آیا در صورت فقدان اطلاعات لازم، آزمایشگاه سیاستی برای تکمیل اطلاعات دارد؟ • این سیاست ها ممکن است در مواردی که وجود این اطلاعات برای تفسیر نتایج الزامی است (مانند سن بارداری) به صورت رد نمونه در مرحله پذیرش باشد یا در مواردی که اطلاعات مربوطه به تفسیر بهتر نتایج کمک می کند به صورت اعلام آن در برگه گزارشدهی باشد.	291

جمع آوری و انتقال نمونه



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

29 2	آیا دستورالعمل نحوه صحیح نمونه گیری برای این گروه از نمونه ها در آزمایشگاه وجود داشته و در اختیار کارکنان پذیرش قرار دارد؟ • این دستورالعمل باید حاوی اطلاعات مربوط به نوع و مقدار نمونه، ظرف حامل نمونه (سرم در لوله SST و ...) و نحوه کدگذاری و برچسب گذاری لوله ها باشد.				
29 3	آیا نحوه صحیح انتقال نمونه ها مکتوب شده و در اختیار افراد مرتبط قرار دارد؟ • این دستورالعمل باید شامل نحوه بسته بندی نمونه ها، نحوه انتقال، دمای قابل قبول در هنگام انتقال باشد. • در مواردی که نمونه ها بین دو آزمایشگاه منتقل می گردد، این موارد باید در هنگام ممیزی پرسیده شوند و نحوه انتقال در صورت امکان مشاهده گردد.				
29 4	آیا برگه اطلاعات لازم برای هر نمونه به آزمایشگاه ارجاع ارسال می گردد؟ • برگه اطلاعات باید حاوی کلیه اطلاعات مورد نیاز در مورد نمونه جهت انجام آزمایش و آنالیز نتایج باشد.				

پردازش و نگهداری نمونه

29 5	آیا معیارهای رد / پذیرش نمونه تعیین شده است؟ • این موارد ممکن است معیارهای بالینی (مانند خارج از محدوده بودن سن بارداری) یا مشخصات مربوط به نمونه (نمونه نامناسب یا ناکافی، همولیز واضح) باشد. ▪ مقدار CRL گزارش شده در برگه سونوگرافی در سه ماه اول بارداری، خارج از محدوده 45-84 میلی متر. ▪ مراجعه مادر یا ارجاع نمونه، خارج از محدوده زمانی مشخص شده بارداری (11 تا 13 هفته و 6 روز برای سه ماه اول و 14-17 هفته برای سه ماه دوم بارداری) ▪ ناقص بودن اطلاعات برگه سونوگرافی ▪ عدم رعایت زنجیره سرد در هنگام انتقال نمونه ها (بالا رفتن دما به سرعت موجب نامعتبر شدن نتایج تست Free β HCG می شود). ▪ نگهداری سرم بیش از یک هفته در دمای 2-8 درجه سانتیگراد ▪ عدم انطباق حجم نمونه با حجم مورد نیاز مندرج در دستورالعمل نمونه گیری (حداقل حجم نمونه برای انجام تست های سه ماهه اول 5 سی سی و سه ماهه دوم 10 سی سی می باشد).				
---------	---	--	--	--	--



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

						- وجود همولیز واضح - نمونه لیپمیک - جمع آوری نمونه در لوله دارای ضد انعقاد - عدم هم خوانی اطلاعات برگه همراه با مشخصات برجسب وکد نمونه، و یا ناکامل بودن مشخصات ذکر شده در برگه اطلاعات - مخلدوش بودن مشخصات برجسب نمونه - شکستگی یا نشستی در ظرف حاوی نمون	
						آیا زمان انتقال نمونه ها بر اساس دستورالعمل کشوری و با در نظر گرفتن الزامات مربوط به زمان چرخه کاری آزمایشگاه می باشد ؟ انتقال نمونه ها سه بار در هفته (حداکثر هر 48 ساعت یکبار) براساس برنامه زمان بندی مشخص، که با همکاری آزمایشگاه منتخب غربالگری تعیین شده است، صورت می پذیرد.	29 6

مرحله انجام آزمایش

روش مورد استفاده برای اندازه گیری آنالیت ها

						آیا سیستم ها و کیت های مورد استفاده برای انجام این آزمایشات از تائیدیه های معتبر عملکردی برخوردارند - آزمایشگاه منتخب باید برای انجام این آزمایش ها از کیت، برنامه نرم افزاری و تجهیزات دارای تائیدیه های معتبر، CEFDA و یا تائیدیه وزارت بهداشت و درمان ایران استفاده نمایند. (آزمایشگاه منتخب می بایست در هنگام تهیه این ملزومات از شرکت ارایه کننده نسخهایاز تائیدیه های موجود را دریافت و در ممیزی آزمایشگاه در اختیار ممیزین قرار دهد). - ضروری است آزمایش های سه ماهه اول بارداری توسط سیستم های بسته با صحت مناسب در عملکرد (درستی و دقت) انجام گیرد. - برای آنالیت هایی که هم اکنون در سیستم های بسته اندازه گیری قرار ندارند (آزمایشات Inhibin A و uE3 در مرحله دوم غربالگری)، رعایت الزامات آزمایش باروش های باز و اجرای دقیق برنامه های کنترل کیفیت داخلی مورد تاکید است.	29 7
--	--	--	--	--	--	---	---------



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

29 8	آیا محدوده اندازه گیری کیت / سیستم برای هر یک از آنالیت ها قابل قبول میباشد؟ - باید محدوده اندازه گیری به اندازه ای باشد که بدون رقیق سازی برای هر آنالیت بتوان نتیجه را به دست آورد					
29 9	آیا قبل از استفاده از کیت یا روش جهت انجام آزمایش برای مراجعین، آزمایش های مربوط به صحه گذاری اولیه جهت کیت یا روش مورد استفاده در آزمایش انجام گرفته است ؟ • بررسی انطباق این ویژگی ها با ادعای سازنده و همچنین مقادیر قابل قبول و مجاز برای این گروه از آزمایش ها بسیار مهم است. این آزمایشها حداقل باید به گونه ای انتخاب گردد که از نظر محدوده آنالیتیک قابل اندازه گیری، حد تشخیص، درستی و دقت روش، اطمینان لازم را ایجاد کند. (لازم است میزان عدم دقت <i>within run</i> ، محاسبه شود و بیش از 4 درصد نباشد).					

کنترل کیفیت داخلی و ارزیابی خارجی کیفیت

30 0	1- آیا آزمایشگاه برنامه مشخصی را برای کنترل کیفیت داخلی این گروه از آزمایشات تعریف کرده است؟ - آزمایشگاه باید با رعایت کلیه الزامات مندرج در استانداردهای ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت در حوزه سیستم مدیریت کیفیت داراییک برنامه تضمین کیفیت مشخص و مدون و بودجه و براساس آن برنامه آزمایشهای یک برنامه کنترل کیفیت داخلی تعریف کرده باشد. - استفاده از حداقل دو سطح سرم کنترل و ترجیحا سه سطح برای هر آنالیت مورد اندازه گیری لازم است. انتخاب سطوح کنترل ها باید با سطوح تصمیم گیری بالینی مرتبط باشد. توصیه می گردد این کنترل ها از منابع تجاری معتبر خریداری شده و مستقل از کنترل های درون کیت مورد استفاده باشند. - به منظور کاهش اثر تغییرپذیری بین سری کنترل ها (<i>Lot to lot variability</i>) و پیشگیری از گرایش های دراز مدت در مقادیر کنترل (<i>long-term assay drift</i>) توصیه می شود کنترل ها در مقادیر بالا و ترجیحا برای مصرف یک ساله خریداری گردند. - آزمایشگاه می تواند در هر سری کاری یا به تناوب برای کنترل کیفی از نمونه های اندازه گیری شده قبلی نیز در کنار کنترل های تجاری استفاده نماید					
---------	---	--	--	--	--	--

- استفاده از محدوده ادعایی کنترل های تجاری فقط تا زمانی مجاز است که آزمایشگاه محدوده عدم دقت مجاز خود را به دست آورد. توجه به نحوه تعیین این محدوده بسیار مهم است تا منجر به رد کاذب نتایج نشود.
- ارزیابی طولانی مدت کیفیت عملکرد با استفاده از روش های زیر ممکن است:
 - 1- کنترل های تجاری که برای مدت طولانی (یک سال) خریداری شده اند به همراه تکرار تعدادی از نمونه ها که قبلا مورد آزمایش قرار گرفته اند
 - 2- بررسی مدیان های اختصاصی آزمایشگاه
- مدیان ها باید در فواصل منظم و حداقل سالانه کنترل و در صورت نیاز مجددا محاسبه شوند
 - در صورتی که در نتایج، انحراف بیش از 10٪ دیده شود یا انحراف 5-10٪ ولی به طور ثابت وجود داشته باشد باید مدیان ها مجددا محاسبه شوند (علت: با گرایش طولانی مدت نتایج و یا تغییر در سری ساخت معرف ها و کیت های مصرفی است)
- در صورت تغییر سری ساخت کیت ها و معرف ها:
 - در صورتی که عدم دقت lot to lot بیشتر از 5٪ می باشد باید روی 30-40 نمونه که با سری ساخت قبل مورد آزمایش قرار گرفته اند) حداکثر به مدت 7 روز در دمای یخچال (4 درجه سانتیگراد) نگهداری شده اند) و همچنین کنترل های مورد استفاده باید با کیت قبلی و جدید آزمایش شده و میزان خطا محاسبه گردد. در صورتی که خطای proportional و constant کمتر از 5٪ باشد لزومی به تغییر مدیان ها نیست، در غیر این صورت باید با استفاده از روش مقایسه ای و نتایج معادله به دست آمده از Deming regression line تغییرات لازم در میزان مدیان ها اعمال شود تا زمانی که تعداد آزمایشات به اندازه ای برسد که بتوان مدیان جدید و واقعی را به دست آورد.
- بررسی مدیان MoM: باید به طور ماهانه کنترل گردد و انتظار وجود دارد عدد به دست آمده یک با حدود تغییر پذیری 0.95 تا 1.05 باشد. خارج شدن مدیان MoM از این محدوده ضرورت بررسی و حتی بازنگری در مدیان- ها را موجب می شود.
- 3- بررسی های اپیدمیولوژیک



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

					- بررسی تعداد موارد مثبت اولیه غربالگری (IPR) <i>Initial positive</i> (rate) و مقایسه آن با مقادیر مورد انتظار در منابع منتشر شده این مقدار به صحت عملکرد روش آزمایش، گرایش های دراز مدت در نتایج حاصله از روش و مقادیر نادرست مدیان ها حساس است و تغییر آن اولین نشانه افت کیفیت آزمایش می باشد. ■ IPR باید ماهانه و با استفاده از تعداد کافی نمونه (۳۰۰-۵۰۰ عدد) کنترل شود. 4- بررسی کیفیت عملکرد سونوگرافيست - لازم ايست که همواره فهرست به روز سونوگرافيست های مورد تائيد در اختيار آزمایشگاه قرار داشته باشد - آزمایشگاه با در نظر گرفتن افزايش ميزان NT به ازاي هفته های بارداری و مقایسه آن با مقادير استاندارد می تواند عملکرد سونوگرافيست را پایش نماید 5- بررسی طولانی مدت عملکرد - پیگیری مادران و مشخص نمودن میزان DR & FPR 6- بررسی تعداد مواردی که مجبور به رد نمونه و نمونه گیری مجدد شده است. 7- شرکت در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت - به دنبال معرفی برنامه کشوری توسط آزمایشگاه مرجع سلامت کلیه آزمایشگاه های مجری انجام این گروه از آزمایشات لازم است در دوره های تعیین شده شرکت نمایند.	
30	1				آیا برنامه کنترل و کالیبراسیون تجهیزات مورد استفاده در انجام آزمایشات مطابق با دستورالعمل سازنده و سیاست های آزمایشگاه تعریف شده و اجرا می گردد؟ • این برنامه لازم است براساس یک دستورالعمل مکتوب اجرا شده و نتایج آن ثبت گردد.	
30	2				آیا آزمایشگاه تمهیداتی را برای پیشگیری از وقفه کار و انجام آزمایش در نظر گرفته و مکتوب نموده است ؟ • این تمهیدات عمدتاً در قالب تامین سیستم های پشتیبان صورت می پذیرد.	



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

						چنانچه این سیستم ها در آزمایشگاه برقرار است، باید به شیوه مقتضی و به طور مرتب آزمایشات لازم برای اطمینان از همخوانی مطلوب نتایج دو سیستم انجام و نتایج مکتوب و نگهداری شود.	
						آیا آزمایشگاه تمهیداتی را برای اطمینان از صحت نتایج به دست آمده در درازمدت در نظر گرفته است این تمهیدات ممکن است شامل شرکت در برنامه های ارزیابی خارجی کیفیت، انجام بررسی های مقایسه ای با سایر آزمایشگاه ها و یا استفاده از مواد مرجع و استانداردها باشد.	30 3

نتایج حاصل از انجام آزمایش

						آیا آزمایشگاه مقادیر مدیان آنالیت ها را برای جمعیت مراجعین خود تهیه کرده است؟ - مقادیر به دست آمده از سری های مختلف ساخت یک کیت و در آزمایشگاه های مختلف می تواند با یکدیگر تفاوت داشته باشد. از سوی دیگر تفاوت های نژادی و ... در بین مراجعین آزمایشگاه هایی که در مناطق جغرافیایی مختلف هستند موجب اختلاف در مدیان آزمایشات می گردد لذا آزمایشگاه باید با توجه به مراجعین خود این مقادیر را تعیین کند یا به شیوه ای مناسب نشان دهد که از قابلیت تعمیم این مقادیر به جمعیت مراجعین خود اطمینان دارد. - استفاده از مدیان گزارش شده در بروشور کیت ها به هیچ عنوان نباید حتی برای یک مدت کوتاه مورد استفاده قرار گیرد. - در مراحل اولیه پذیرش نمونه ها، در صورتی که هنوز تعداد نمونه ها به حدنصاب لازم برای محاسبه مدیان نرسیده است، آزمایشگاه می تواند به مدت حداکثر سه ماه از مدیان هایی که شرکت پشتیبان نرم افزار، متناسب با روش مورد استفاده برای آزمایش، در اختیار می گذارد استفاده نماید. (اینمדיانها باهماهنگی آزمایشگاه مرجع سلامتیا آزمایشگاههای موردتائید آن مرکز محاسبه میگردد). چنانچه پس از گذشت این زمان نمونه های پذیرش شده به تعداد کافی نرسد، انجام این آزمایشها باید متوقف گردد. - برای محاسبه مدیان لازم است حداقل 100 نمونه برای هر هفته بارداری در محدوده 11-14 هفته و یا 15-18 هفته مورد آزمایش قرار گیرد. از آنجا که پایداری آنالیت های در نمونه های منجمد شده قابل قبول است، آزمایشگاه می تواند نمونه ها را منجمد نموده و پس از کامل شدن تعداد مورد آزمایش قرار دهد.	30 4
--	--	--	--	--	--	--	---------



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

					• برای محاسبه مدیان می توان از نمونه های مربوط به جنین مبتلا نیز استفاده نمود. • محاسبه مدیان اختصاصا برای هر روز بارداری در محدوده مورد نظر نتایج بسیار بهتری ایجاد می نماید. • تغییر در مقدار مدیان ها در هفته های مختلف، متناسب با تفاوتی که در مقدار آنالیت ها وجود دارد قابل پیش بینی می باشد.	
					آیا نتایج به دست آمده از هر آنالیت به ضریبی از مدیان آن تبدیل می گردد؟ • نتایج به دست آمده چه به صورت واحد بین المللی یا واحد جرمی باشد ، باید به ضریبی از مدیان تبدیل گردد. • تاثیر سایر فاکتورهای مداخله کننده مانند وزن مادر پس از این تبدیل محاسبه خواهد شد.	30 5
					آیا فاکتورهای موثر در محاسبه نتایج قبل از آنالیز نهایی در نظر گرفته شده و میزان تاثیر آنها محاسبه می گردد؟ • عوامل تاثیرگذار روی محاسبه مقدار آنالیت بر حسب Mom عبارتند از: - زمان انجام آزمایش: تاثیر عملکردی آنالیت ها در هفته های مختلف متغیر است اما در مجموع در مدت زمان تعیین شده برای انجام تست های غربالگری حساسیت و ویژگی بالینی این تست ها ثابت می ماند. - سن بارداری: باید به هفته و روز تعیین شود و بهترین شکل محاسبه زمانی است که سن بارداری به طور دقیق و به اعشار مشخص گردد. - نحوه محاسبه سن بارداری: روش استاندارد محاسبه با اندازه گیری CRL در سونوگرافی است. - حتی الامکان از سایر مارکرها ی سونوگرافی برای تعیین سن بارداری استفاده نگردد. در غیر این صورت حتما باید مارکر مورد استفاده در گزارش سونوگرافی قید شود.	30 6
					آیا عوامل مداخله گر در محاسبه نتایج در نظر گرفته شده و در محاسبات نیز در نظر گرفته می شوند ؟ • این عوامل عبارتند از: - وزن مادر - نژاد مادر - سابقه ابتلا به دیابت وابسته به انسولین - سیگار کشیدن مادر - استفاده از روش های کمک باروری	30 7



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

						ممکن است در مواردی چند بار اصلاح به علت وجود عوامل متعدد وجود داشته باشد	
						از چه نرم افزاری برای محاسبه ریسک ابتلای جنین استفاده می گردد؟ - آیا نرم افزار از یک شرکت معتبر خریداری شده است و قرارداد پشتیبانی با شرکت منعقد گردیده است. - آزمایشگاه برای پشتیبانی و سایر خدمات لازم باید با شرکت نرم افزاری پشتیبان قرارداد مستمر داشته باشد. - آیا نرم افزار دارای تائیدیه های معتبر عملکردی داخلی یا بین المللی می باشد؟ - یک نسخه از تائیدیه های مرتبط باید از شرکت پشتیبان درخواست شده و توسط آزمایشگاه نگهداری شود. - آیا برنامه ای برای تصدیق عملکرد نرم افزار تعیین شده و اجرا می گردد؟ - به منظور اطمینان از عملکرد نرم افزار با استفاده از دو سطح کنترل باید بتوان در حد ریسک $1/250$ و با ثابت نگهداشتن NT، سن مادر و سن بارداری، عدم دقت کمتر از 10% به دست آورد. - برای پایش عملکرد نرم افزار لازم است کلیه موارد با ریسک بالا را همواره پیگیری نمود. - آیا نرم افزار امکان محاسبه مدیان هر آنالیت را با در نظر گرفتن روش مورد استفاده در آزمایش دارد؟ - نرم افزار مورد استفاده باید با در نظر گرفتن نوع روش انجام آزمایش (RIA, CLIA, ...) مدیان را برای هر آنالیت محاسبه نماید	30 8
مرحله پس از انجام آزمایش							
گزارش دهی نتایج							
						آیا نتایج آزمایش ظرف مدت زمان تعیین شده به پزشک ارجاع کننده گزارش میگردد؟ تمامی آزمایش ها باید در مدت سه روز کاری پاسخ داده شود. (این سه روز از زمان نمونه گیری تا زمان تحویل گزارش به مرجع تعیین شده در دستورالعمل کشوری است).	30 9
						آیا برگه گزارش حاوی اطلاعات لازم و کافی برای پزشک بالینی می باشد - این اطلاعات شامل : - نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد، تاریخ و شماره پذیرش آزمایشگاه	31 0

					یا کد اختصاصی نمونه، نام پزشک درخواست کننده، تاریخ نمونه گیری اطلاعات مربوط به بارداری (سن مادر، سن بارداری، وزن مادر، (CRL)، NT، (برحسب mm)، نام سونوگرافست - نتایج آزمایش شامل مقدار عددی غلظت (که قابل ردیابی به واحدهای SI باشد) و مقادیر تفسیری به MoM - تفسیر نتایج در سه ماه اول به صورت: risk cut- Low /High risk off level تعیین ریسک اختصاصی مادر برای ابتلا جنین به اختلالات کروموزومی (تریزومی) و در سه ماه دوم به صورت Low /High risk cut-off level risk	
31	1				آیا دستورالعمل برخورد با موارد بحرانی در آزمایشگاه موجود می باشد و کلیه موارد مثبت غربالگری بلافاصله به پزشک ارجاع دهنده گزارش می شوند؟ تمامی نتایج مربوط به موارد مثبت غربالگری باید به عنوان یک نتیجه بحرانی (Critical Value) محسوب شده و می بایست توسط آزمایشگاه انجام دهنده به صورت تلفنی به پزشک متخصص ارجاع دهنده و یا مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده شود.	
31	2				آیا موارد بحرانی گزارش شده ثبت می گردند؟ کلیه موارد گزارش شده باید با ذکر نام فرد گزارش دهنده و گزارش گیرنده، ساعت و تاریخ و نحوه ارائه گزارش ثبت گردد	
31	3				آیا برای موارد بحرانی که شفاها گزارش شده، نسخه کتبی برگه آزمایش نیز ارسال می گردد؟ لازم است کلیه نتایج شفاهی ارائه شده اند کتبانی به اطلاع پزشک ارجاع کننده رسانده شود	
نگهداری نمونه ها و گزارشات						
31	4				آیا نسخه ای از نتایج به مدت لازم در آزمایشگاه نگهداری می گردد؟ نسخه ای از نتایج (الکترونیک یا کاغذی) باید به مدت حداقل 5 سال در آزمایشگاه نگهداری گردد.	
31	5				آیا برنامه ای برای پیگیری نتایج پر خطر و کم خطر غربالگری وجود دارد ؟	



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

						آزمایشگاه باید برای به دست آوردن مقادیر واقعی DR و FPR کلیه موارد مثبت غربالگری خود را پیگیری نماید.	
						آیا باقیمانده نمونه ها در مدت زمان تعیین شده و شرایط مناسب محیطی نگهداری می گردند ؟ پس از انجام آزمایش، باقی مانده نمونه ها باید در شرایط مناسب (دمای منهای 20 درجه سانتیگراد) به مدت حداقل 18 ماه نگهداری شود تا در صورت لزوم انجام تست های بیشتر بر روی آنها صورت گیرد.	31 6

کارکنان

						آیا مسئول فنی و کارشناسان مسئول انجام این گروه از آزمایش ها دوره های آموزشی لازم را جهت آشنایی با الزامات فنی مرتبط را دیده اند ؟ مسئول فنی و کارشناسان مسئول انجام این گروه از آزمایش ها در آزمایشگاه باید دوره های آموزشی تعیین شده در این زمینه را که توسط وزارت بهداشت و یا مراکز منتخب آن ارائه خواهد گردید، گذرانده و گزاینده را مربوطه را جهت مشخص نمودن صلاحیت احراز شده دریافت نموده باشند. بدیهی است مسئولیت ایجاد فرصتهای آموزشی حین خدمت و تائید صلاحیت کارکنان مرتبط با این آزمایشات به عهده مسئول فنی میباشد.	31 7
						آیا تمهیداتی برای انجام مشاوره های ضروری بامتخصص زنان یا پره ناتولوژی در نظر گرفته شده است ؟ آزمایشگاه باید بامتخصصین بالینی زنان یا پره ناتولوژی صاحب نظر براساس یک برنامه مدون جهت تعیین تکلیف ابهامات مطرح شده درخصوص درخواست یا گزارش آزمایش مشورت بالینی نماید.	31 8

چک لیست ارزیابی عملکرد مطلوب آزمایشگاهی در آزمایشگاه تشخیص ملکولی

کارکنان

						آیا مسئول فنی از طریق مدیریت ارکان اصلی سیستم کیفیت نظارت کامل بر فرآیند های بخش تشخیص مولکولی (شامل کنترل مدارک و سوابق ، ارزیابی صلاحیت کارکنان ، فرآیند های قبل ، حین و بعد از انجام آزمایش ، کنترل کیفیت ، ایمنی، مدیریت تجهیزات ، خرید و انبارش و مدیریت عدم انطباق) داشته و سیاستها و رویه های آزمایشگاه در این بخش را مورد مرور و بازنگری دوره ای قرار میدهد؟	31 9
--	--	--	--	--	--	--	---------



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

320	آیا شرح وظایف ، مسئولیت ها و اختیارات برای هر یک از کارکنان توسط مسئول فنی مکتوب شده است؟					
321	آیا برنامه مشخصی برای آموزش کارکنان موجود است و کارکنان آموزشهای لازم جهت انجام وظایف محوله را دریافت کرده و مستندات آن موجود است؟					
322	آیا صلاحیت کارکنان برای انجام وظایف محوله برای مسئول فنی محرز شده است و سوابق ارزیابی دوره ای صلاحیت کارکنان وجود دارد؟					
تاسیسات						
323	آیا در بخش تشخیص مولکولی فضاهای مجزا و مستقل برای انجام اموری که لازم است تداخل آنها را با یکدیگر به حداقل رساند، وجود دارد؟ (مانند فضای Pre-PCR و Post PCR و فضای جداگانه و مناسب برای آماده سازی و تخلیص مواد ژنتیکی)					
324	آیا گردش کار یک سویه (Unidirectional workflow) رعایت می گردد؟					
325	آیا سیستم هواساز یا تهویه به نحوی است که هوای بخشهای مجزا با یکدیگر تداخل نداشته باشد ؟					
326	آیا تمهیدات پیشگیرانه لازم جهت جلوگیری از انتقال آلودگی از فضای Post-PCR به فضای Pre PCR (نظیر استفاده از روپوش، ابزار، وسایل و مواد مصرفی به صورت مجزا و مستقل) در نظر گرفته شده است؟					
بهداشت و ایمنی زیستی						
327	آیا در بخش تشخیص مولکولی الزامات ایمنی و بهداشت فردی نظیر استفاده از وسایل حفاظتی (مانند ماسک، دستکش مناسب، عینک ایمنی ، حفاظ صورت و غیره) و ملاحظات ایمنی مربوط به نمونه های بیولوژیک (از جمله خون و سرم آلوده، نمونه های مشکوک به مایکوباکتریوم توبرکولوزیس و غیره) رعایت می گردد؟					
328	آیا در بخش تشخیص مولکولی ملاحظات ایمنی مربوط به کار با مواد و معرفهای شیمیایی خطرناک (مانند فنل، اتیدیوم بروماید و ...) و همچنین مواد رادیو اکتیو و غیره رعایت میگردد؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

329	آیا استاندارد های سطوح ایمنی - زیستی مطابق با نوع نمونه، آزمایش و فعالیت آزمایشگاه رعایت میشود؟					
330	آیا در صورت استفاده از ترانس ایلومیناتور در بخش Post PCR، تجهیزات حفاظتی مناسب برای کاربر در دسترس می باشد؟					
331	آیا نحوه دفع پسماند ها مطابق با مندرجات موجود در دستورالعمل مدیریت پسماند صورت می گیرد؟					
332	آیا جهت نظافت و آلودگی زدایی محیط کار و سطوح کاری از روشهای مناسب و کارآمد نظیر تابش UV و مواد شیمیایی مناسب استفاده میشود؟					
333	آیا از روشهای آلودگی زدایی کارآمد و مناسب برای آلودگی زدایی وسایل و تجهیزات بخش ملکولی استفاده می گردد؟					
334	آیا در صورت استفاده از تابش UV عملکرد وسیله تولید کننده آبن تابش به نحو صحیح کنترل و پایش میگردد					
تجهیزات						
335	آیا تمامی تجهیزات دارای برگه شناسنامه هستند؟ (حاوی اطلاعات لازم مندرج در "الزامات تجهیزات آزمایشگاهی" مثل مشخصات دستگاه، مدل و شماره سریال، تاریخ خرید و شروع به کار، نحوه تماس با شرکت پشتیبان و..)					
336	آیا تمامی تجهیزات دارای دستورالعمل فنی هستند؟ (حاوی اطلاعات لازم مندرج در "الزامات تجهیزات آزمایشگاهی" مثل چگونگی و مراحل کاربری، نحوه و فواصل کنترل و نگهداری، ملاحظات ایمنی و...)					
337	آیا فرد یا افراد مجاز برای کار با هردستگاه تعیین شده و جهت کاربری به آنها آموزش لازم داده شده است؟					
338	آیا تجهیزات مستقل برای انجام مراحل استخراج و تخلیص اسیدهای نوکلئیک در فضای مخصوص انجام این فرآیند موجود است؟ (اطمینان از مجزا بودن وسایل مورد استفاده جهت تخلیص مواد ژنتیکی از وسایل مورد استفاده برای آماده سازی مخلوط واکنشی)					
339	آیا در چیدمان وسایل و تجهیزات در فضاهای اختصاص داده شده (Pre PCR و Post PCR) فاصله مناسب برای عدم تداخل دستگاهها در عملکرد یکدیگر، ملاحظات ایمنی و شرایط کارکرد مطلوب تجهیز رعایت شده است؟					
340	آیا کابینت ایمنی بیولوژیک (Biological safety cabinet) متناسب با سطح ایمنی زیستی عوامل پاتوژن مورد آزمایش، در آزمایشگاه موجود بوده و استفاده میگردد؟					



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

					آیا برنامه نگهداری و کالیبراسیون دوره ای برای اطمینان از عملکرد تجهیزات کلیدی نظیر سانتریفوژها، میکروسانتریفوژ، وسایل حرارتی (حمام آب گرم، ترمال سایکر، بلوک حرارتی)، پرودتی (یخچال و فریزر) و میکروپتها انجام و سوابق آن نگهداری میگردد؟	34 1
					آیا یخچال و فریزر حاوی مواد، کیتها و نمونه با توجه به کاربرد آنها در محل مناسب و در دسترس قرار دارند؟	34 1
					آیا از سمپلرهای جداگانه یا سر سمپلرهای فیلتر دار برای پیشگیری از آلودگی متقاطع (Cross contamination) معرفها و نمونه ها در مراحل مختلف استخراج، آماده سازی مخلوط واکنشی، افزودن نمونه استخراج شده و غیره استفاده میشود؟	34 2
					آیا در کنار هر تجهیز، بویژه تجهیزاتی که بیش از یک کاربر داشته باشد، دفترچه یا برگه ثبت اطلاعات کاربری (Log Book) که اطلاعات مربوط به هر نوبت استفاده از دستگاه را نشان دهد (شامل نام کاربر، تاریخ و ساعت استفاده از دستگاه، وضعیت دستگاه در شروع و خاتمه کار) موجود است؟	34 3
					آیا پس از خرید و نصب دستگاه و قبل از شروع به کارگیری عملکرد دستگاه با استفاده از کنترلهای مناسب یا روشهای مندرج در بروشور دستگاه مورد ارزیابی قرار گرفته و مستندات آن موجود است؟	34 4
					آیا سوابق مربوط به سرویس و تعمیر تجهیزات (تاریخ خروج از کار، تاریخ سرویس یا تعمیر، نحوه ضد عفونی قبل از ارسال، شرح تنظیمات و تعمیرات انجام شده و...) موجود است؟	34 5
					پس از سرویس و تعمیر و قبل از ورود مجدد به جریان کار آیا عملکرد فنی دستگاه با استفاده کنترل های مناسب یا روش های مندرج شده در بروشور تجهیزات مورد ارزیابی قرار می گیرد و مستندات آن موجود است ؟	34 6
فرایند قبل از انجام آزمایش						
					آیا روش مشخص و مدون برای احراز هویت مراجعه کنندگان وجود دارد و در هنگام پذیرش مورد توجه قرار میگیرد؟	34 7
					آیا روش مدون برای آماده سازی بیمار، نمونه گیری، انتقال و نگهداری نمونه وجود دارد و رعایت میشود؟	34 8



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

349	آیا تاریخ و ساعت پذیرش و نمونه گیری و نام فرد یا افراد مسئول انجام این فرایندها ثبت می شود؟					
350	آیا هنگام پذیرش، شرح حال کامل و اطلاعات بالینی لازم (خصوصاً در مواردی که تفسیر صحیح نتایج به آنها وابسته است) جمع آوری می شود؟					
351	آیا معیارهای رد یا قبول نمونه های مختلف (بویژه در مورد نمونه های ارجاع شده از سایر مراکز) مشخص و مکتوب شده است؟					
352	آیا تمهیداتی برای تماس به موقع با پزشک و بیمار در موارد ضروری (مثلاً مواردی که لازم است در مورد اشکال در کمیت یا کیفیت نمونه اطلاع رسانی شود) پیش بینی شده است؟					
353	آیا حداکثر فاصله زمانی قابل قبول بین جمع آوری نمونه تا انجام آزمایش، برای نمونه های مختلف، مکتوب شده و رعایت می گردد؟					
354	آیا نمونه ها قبل از انجام آزمایش در شرایط مناسب (نظیر مکان، دما، نور، ارتعاش،...) نگهداری می شوند؟					
فرایند انجام آزمایش						
355	آیا سیاست آزمایشگاه در مورد کیت های مورد استفاده در استخراج و تخلیص اسید نوکلئیک و سایر مراحل تشخیص مولکولی، استفاده از کیت های معتبر (دارای تاییدیه های بین المللی و یا تاییدیه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی) میباشد؟					
356	آیا برای استخراج اسید نوکلئیک از کیت های متناسب با نوع نمونه استفاده میشود؟					
357	در صورت عدم استفاده از کیت های معتبر دارای تاییدیه و یا ایجاد تغییر و دستکاری در روش اجرایی سازنده و یا در صورت استفاده از پروتکل های خانگی (home made) برای استخراج اسید نوکلئیک، آیا روش کار صحت گذاری شده و نتایج با یک روش معتبر و مورد تایید مقایسه می شود و مستندات آن موجود است؟					
358	آیا در موارد ضروری کیفیت یا کمیت نمونه یا اسید نوکلئیک استخراج شده مورد ارزیابی قرار میگیرد و نتیجه آن ثبت میشود و در مواردی که نامناسب است این عمل تکرار میگردد؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

359	آیا عملکرد و پایداری معرفیها و کیت های مورد استفاده به صورت منظم با استفاده از مواد مرجع و نمونه های کنترلی بررسی می شود و مستندات آن موجود است؟					
360	آیا پیش از استفاده از هر فرآورده تشخیصی جدید (مثل معرف یا کیت جدید و یا از سری ساخت جدید) صحت عملکرد با استفاده از مواد مرجع یا مواد کنترلی مورد بررسی قرار میگیرد و مستندات آن موجود است؟					
361	آیا پیش از استفاده از روش های آزمایشگاهی طراحی شده در داخل آزمایشگاه (Home made) و یا ایجاد تغییر و دستکاری در روش اجرایی توصیه شده سازنده کیت، مراحل صحت گذاری کامل یا جزئی (Full or partial validation) متناسب انجام می گیرد و مستندات موجود است ؟					
362	آیا برای هر یک از آزمایشها "دستورالعمل انجام آزمایش" مطابق با آنچه در اصول مستندسازی آمده، مکتوب شده است ؟					
363	آیا تاریخ، ساعت و نام فرد انجام دهنده هر آزمایش در هر نوبت انجام آزمایش ثبت می شود ؟					
364	آیا مشخصات معرفیها، کیتها، استانداردها و کنترل های مورد استفاده در هر نوبت انجام آزمایش ثبت می گردد ؟					
365	آیا سیاست و رویه آزمایشگاه برای لزوم تکرار آزمایش یا تایید نتایج آن، مشخص و مکتوب بوده و سوابق رعایت آن موجود میباشد ؟ (شامل موارد نیاز به تکرار آزمایش روی همان نمونه یا نمونه جدید، استفاده از روشهای تاییدی، بررسی اطلاعات بالینی و نتایج سایر آزمایشها، ارسال به آزمایشگاه معتبر دیگر....)					
366	آیا کیفیت سوابق انجام آزمایش نظیر تصاویر، نمودارها، منحنی ها مناسب است؟					
367	آیا در صورتیکه از روش یا آنالیز آماری یا فرمول محاسباتی یا یک نرم افزار خاص برای تولید یا محاسبه نتیجه نهایی استفاده میشود از درستی و اعتبار آن اطمینان حاصل میشود؟					
فرایند پس از انجام آزمایش						
368	آیا مدت زمان نگهداری نمونه های مختلف پس از انجام آزمایش مکتوب شده و رعایت می گردد ؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

369	آیا مکان و شرایط مناسب نگهداری نمونه های مختلف (به لحاظ کیفیت نمونه، ایمنی و امنیت) پس از انجام آزمایش مکتوب شده و رعایت می گردد؟					
370	آیا نگهداری نمونه ها و مواد استخراج شده به گونه ای است که در موارد لزوم دسترسی به آن برای افراد مجاز به آسانی میسر باشد؟					
371	آیا از بازگرداندن بخشی از نمونه که برای انجام آزمایش برداشته شده به ظرف اصلی و اولیه حاوی نمونه اصلی خودداری میشود؟					
372	آیا نحوه دفع پسماندها شامل نمونه و معرف ها و وسایل انجام آزمایش مشخص و مکتوب بوده ، رعایت میشود؟					
گزارش دهمی						
373	آیا بر اساس دستورالعمل های استاندارد کلیه مستندات کاغذی مربوط به آزمایش به مدت حداقل دو سال و مستندات الکترونیک آن (مانند تصاویر نرم افزاری، فایل های کامپیوتری و غیره) برای مدت نامحدود در آزمایشگاه نگهداری شده و در صورت لزوم در دسترس افراد مجاز قرار میگیرد؟					
374	آیا در صورت لزوم خصوصیات و محدودیت های مهم روش تشخیص مولکولی (مثل حد حساسیت تشخیصی یا محدودیت در تشخیص ژنوتیپ های خاص) در برگه جوابدهی درج می شود ؟					
375	آیا در برگه جوابدهی در موارد مقتضی اطلاعات لازم برای تفسیر بالینی صحیح نتایج درج می شود؟					
376	آیا در صورتیکه آزمایشگاه بنا به ضرورت، روی یک نمونه نامناسب آزمایش مورد درخواست را انجام داد، در برگه گزارش بطور مشخص محدودیت ها و لزوم احتیاط در تفسیر نتایج را به اطلاع پزشک میرساند؟					
377	آیا نوع روش یا فناوری بکارگرفته شده در انجام آزمایش تشخیص مولکولی در برگه جواب درج میگردد؟					
378	آیا در صورت بکار گیری پروتکل های خانگی (Home Made) که در آزمایشگاه طراحی ، راه اندازی و صحت گذاری شده است این موضوع در برگه جواب درج میشود؟					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

379	آیا فهرست نتایج بحرانی که باید سریعاً به بیمار یا پزشک معالج اطلاع داده شود، مکتوب گردیده و در دسترس همه کارکنان مرتبط قرار دارد؟					
380	آیا در نتایج بحرانی به سرعت به بیمار یا پزشک معالج اطلاع رسانی میشود و سوابق مرتبط با گزارش سریع و بهنگام نتایج بحرانی موجود است؟					
381	آیا در موارد مقتضی نتیجه آزمایش تشخیص مولکولی با نتیجه سایر آزمایشهای مرتبط و یا با سوابق بالینی مقایسه میشود؟					
382	آیا گزارش نهایی یک آزمایش توسط مسئول فنی یا یک فرد صاحب صلاحیت تأیید و امضا میشود؟					
383	آیا شواهدی وجود دارد که نشان دهد آزمایشگاه فاصله زمانی بین پذیرش و دریافت نمونه تا گزارش نتیجه (Turn around time) را برای هر آزمایش تعیین نموده و رعایت آن را پایش میکند؟					

کنترل کیفی آزمایشات

384	آیا جهت اطمینان از صحت نتایج در هر نوبت انجام آزمایش از کنترل های مناسب شامل کنترل مثبت (خصوصاً کنترل حد حساسیت تشخیصی) و کنترل منفی و کنترل آب (No Template Control) استفاده میشود؟					
385	آیا در صورت لزوم، با هدف اطمینان از عدم وجود مهارکننده واکنش در آزمایشهای مولکولی، از کنترل داخلی (Internal Control) یا روش جایگزین آن استفاده میشود؟					
386	آیا اعتبار نتایج آزمایشگاه بصورت دوره ای به یکی از روشها مثل شرکت در برنامه های مهارت آزمایی یا ارزیابی خارجی کیفیت، استفاده از نمونه های بالینی که قبلاً نتایج آنها معلوم شده است، تقسیم نمونه و ارسال آن به یک آزمایشگاه معتبر یا مرجع، استفاده از یک روش یا پرتکل معتبر دیگر و غیره مورد ارزیابی قرار میگیرد؟					
387	آیا سوابق انجام فعالیت های کنترل کیفیت و شواهدی دال بر اینکه از تفسیر نتایج آن برای شناسایی خطاها، اصلاح و بهبود عملکرد آزمایشگاه استفاده میشود در دسترس میباشد؟					

انبارش و نگهداری مواد و کیت ها



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

388	آیا فهرست تامین کنندگان معرفها، کیتها و تجهیزات آزمایشگاهی که بر اساس ارزیابی انجام شده خرید از آنها مورد تایید است، وجود دارد؟					
389	آیا مواد و معرف های آزمایشگاهی مورد استفاده دارای برچسب مشخصات شامل ماهیت معرف، تاریخ ساخت، تاریخ انقضاء، سری ساخت و شرایط نگهداری هستند؟					
390	آیا مواد و کیت های آزمایشگاهی در دمای مناسب (یخچال، فریزر یا دمای اتاق) طبق توصیه سازنده نگهداری می شوند؟					
391	آیا تمهیدات لازم برای جداسازی مطمئن و مناسب آنزیم ها و فرآورده های مولکولی مورد نیاز برای انجام آزمایش، از نمونه های بیماران و اسید نوکلئیک تخلیص شده پیش بینی شده است؟ (استفاده از فریزر مجزا و یا جداسازی کامل طبقات فریزر)					
392	آیا مستندات مربوط به فرآیند خرید و انبارش شامل فهرست موجودی، نقطه سفارش، ... موجود است؟					
ارجاع نمونه						
393	چنانچه آزمایشگاه به لحاظ ارسال یا پذیرش نمونه با آزمایشگاههای دیگر ارتباط دارد، آیا قرارداد مشخصی بر اساس دستورالعمل "ضوابط ارجاع نمونه" آزمایشگاه مرجع سلامت که نوع ارتباط و مسئولیتها و تعهدات طرفین را به روشنی مشخص نموده باشد مکتوب شده و در دسترس است؟					
394	آیا مشخصات بیماران و نمونه های ارسالی و نوع آزمایش یا آزمایشهای درخواستی و نتایج آنها به طریق مناسب ثبت و نگهداری می شود؟					
395	آیا شرایط لازم جهت انتقال و نگهداری نمونه از نظر درجه حرارت، زمان، ظرف و غیره، به لحاظ حفظ کیفیت نمونه و مسائل ایمنی زیستی، مکتوب شده و رعایت می گردد؟					
396	آیا حین انتقال نمونه، حمل و بسته بندی به روش مناسب (طبق دستورالعمل مربوطه) جهت اطمینان از حفاظت و ایمنی فرد حمل کننده و جامعه رعایت می گردد؟					

شناسایی و رسیدگی به خطاها و موارد عدم انطباق



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

397	آیا در بخش مولکولی روش های تشخیصی برای شناسایی خطاها و موارد عدم انطباق وجود دارد؟					
398	آیا خطاها و موارد عدم انطباق شناسایی شده ثبت و برای برطرف نمودن آن اقدامات فوری (در صورت لزوم)، اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه بر مبنای تحقیق کامل و ریشه یابی تعیین می گردد؟					
399	آیا سوابق مربوط به پیگیری و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی یا پیشگیرانه موجود است؟					
ضمیمه چک لیست ارزیابی عملکرد مطلوب آزمایشگاهی در آزمایشگاه تشخیص ملکولی						
400	نام آزمایش					
401	اساس روش					
402	کیت استخراج مصرفی					
403	کیت مصرفی Assay					
404	کنترل کیفی					
405	مدت زمان جوابدهی Turn Around Time					
ارزیابی عملکرد آزمایشگاهها در شبکه درون دانشگاهی ارائه خدمات آزمایشگاهی						
406	آیا آزمایشگاه دارای مسئول فنی واجد شرایط می باشد و مسئول فنی بر کلیه فعالیت ها در شیف های مختلف آزمایشگاه نظارت دارد ؟					
407	آیا مسئول فنی آزمایشگاه آگاهی از ضوابط ، بخشنامه ها، و دستورالعمل های مرتبط با بخش آزمایشگاهی طرح تحول نظام سلامت (شبکه درون دانشگاهی ارائه خدمات آزمایشگاهی) دارد					
408	آیا آزمایشگاه فهرست آزمایشهایی که انجام میدهد(فهرست گروه A) و فهرست آزمایشهایی که به آزمایشگاه ارجاع ارسال می کند (فهرست گروه B) را بصورت مکتوب تهیه نموده است؟					



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

						آیا فهرست تجهیزات کلیدی فعال و غیرفعال (شامل تجهیزات درحال تعمیر یا نیازمند تعمیر و یا تجهیزاتی که به هر دلیل در آزمایشگاه مورد استفاده قرار نمی گیرند) تهیه شده و موجود است؟	40 9
						آیا فهرست کارکنان آزمایشگاه و اطلاعات مربوط به مدرک تحصیلی، تجربه و سابقه کار، و نوع استخدام هر یک تهیه شده و موجود است؟	41 0
						آیا ملاک انتخاب آزمایشگاه ارجاع برای مسئول فنی آزمایشگاه مشخص است و مسئول فنی بر کیفیت آزمایش هایی که توسط آزمایشگاه ارجاع انجام می شود نظارت دارد؟	41 1
						آیا فرد/ افرادی در کلیه شیفت های کاری به عنوان مسئول ارجاع نمونه ها و برقراری ارتباط بین دو آزمایشگاه تعیین شده و جانشین آنها مشخص گردیده است و نیز این افراد آگاهی و اشراف کامل نسبت به مسئولیت ها و وظایف شان دارند؟	41 2
						آیا قرارداد مشخصی بین آزمایشگاه ارجاع دهنده و آزمایشگاه ارجاع وجود دارد؟	41 3
						آیا جمع آوری نمونه به روش صحیح انجام میشود؟	41 4
						آیا برچسب گذاری نمونه ها و درج اطلاعات لازم روی برچسب نمونه، به نحو صحیح انجام می شود؟	41 5
						آیا در فرم درخواست آزمایش همراه نمونه هایی که ارجاع می شوند، حداقل اطلاعات ضروری درج می گردد؟	41 6
						آیا بسته بندی برای انتقال نمونه های ارسالی به روش استاندارد انجام میشود؟	41 7
						آیا انتقال نمونه مطابق با اصول استاندارد انجام میشود؟	41 8
						آیا سوابق مربوط به درخواست آزمایش و ارسال نمونه ها موجود است و به نحو مقتضی نگهداری می شود؟	41 9
						آیا روند دریافت نتایج از آزمایشگاه ارجاع و زمان چرخه کاری برای ارائه گزارش، تحت کنترل می باشد و سوابق مربوطه موجود است؟	42 0



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

42	1	آیا آزمایشگاه سیاست مشخصی جهت گزارش فوری نتایج بحرانی دارد؟					
42	2	آیا فهرست آزمایش های اورژانس و زمان چرخه کاری آنها با نظر پزشکان بالینی و کمیته اورژانس بیمارستان مشخص شده و مکتوب است و مسئول فنی بر انجام آزمایش های اورژانس و ارائه گزارش در مدت زمان تعیین شده نظارت دارد؟					
42	3	آیا مسئول فنی نظارت کامل بر کیفیت ارائه خدمات در آزمایشگاه دارد و فرآیند شناسایی و مدیریت موارد عدم انطباق در آزمایشگاه به نحو موثر انجام می شود؟					
42	4	آیا آمار و اطلاعات مربوط به تعداد هر تست که انجام یا ارجاع می شود بطور دوره ای جمع آوری شده و موجود است؟					
42	5	آیا پزشکان، کادر پرستاری و بیماران از عملکرد آزمایشگاه رضایت دارند؟					
سوالات اضافه برای آزمایشگاههای ارجاع/ معین (آزمایشگاههایی که از سایر آزمایشگاههای بیمارستانی برای انجام آزمایش نمونه می پذیرند)							
42	6	آیا الزامات آزمایشگاههای ارجاع در مرحله قبل از انجام آزمایش به طور کامل رعایت می شود؟					
42	7	آیا الزامات آزمایشگاههای ارجاع در مرحله پس از انجام آزمایش به طور کامل رعایت می شود؟					
درصد تحقق استانداردها:			جمع امتیاز مکتسبه:				

مدیریت تجهیزات پزشکی

توضیحات	امتیاز کسب شده	شاخص ها					وزن	رتبه
		عالی 2	خوب 1.5	متوسط 1	ضعیف 0.5	خیلی ضعیف 0		
							3	1
						1. وجود ابلاغ رسمی مسئول تجهیزات پزشکی		
						2. تعداد مهندسین و تکنسین های تجهیزات پزشکی متناسب با استاندارد تعداد تخت مرکز		
						3. وجود حکم دبیر کمیته برای مسئول تجهیزات پزشکی مرکز		
							2	2
						1. وجود فضای اختصاص یافته به واحد تجهیزات پزشکی به صورت مجزا و متناسب با حجم کاری واحد		
						2. وجود تجهیزات و ابزارهای مورد نیاز اعم از عمومی/تخصصی جهت تعمیرات و عیب یابی اولیه در حد استاندارد		
						3. نگهداری و در دسترس بودن ضوابط و بخشنامه های ابلاغ شده در واحد تجهیزات پزشکی		
							2	3
						1. دستورالعمل نگهداری و بروز رسانی شناسنامه تجهیزات پزشکی		
						2. روش اجرایی کنترل کیفی و کالیبراسیون تجهیزات پزشکی		
						3. روش اجرایی سرویس، مدیریت سرویس ها و بازدید دوره ای PM تجهیزات پزشکی		
						4. روش اجرایی اقتصاد سنجی، نظارت بر به روز بودن و افزایش بهره وری تجهیزات پزشکی		
						5. روش اجرایی تامین تجهیزات پشتیبان و یا تعمیر آنها در کوتاهترین زمان ممکن		
							2	4
						1. دسترسی به فایل الکترونیکی و یا فیزیکی شناسنامه کامل تجهیزات پزشکی در واحد تجهیزات پزشکی و تصویر آن در بخش های مربوطه		



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

							2.الصاق برچسب شناسایی تجهیزات پزشکی شامل اطلاعات پایه دستگاه بر روی آنها		
							1. وجود روال آموزشی کاربران در خصوص نحوه صحیح کاربری و نگهداشت تجهیزات پزشکی از طرف واحد تجهیزات پزشکی 2. تدوین دفترچه نگهداری و کاربری به زبان فارسی کلیه تجهیزات پزشکی بیمارستان و به تفکیک هر بخش 3. نصب راهنماهای تصویری کاربری سریع تجهیزات پزشکی کلیه بخش ها بر روی دستگاه	2	5
							1. بروز رسانی شناسنامه تجهیزات پزشکی 2. بروز رسانی و اجرای کالیبراسیون ، کنترل کیفی و سرویس های دوره ای فنی و کاربری به طور منظم براساس برچسب های الصاقی 3. اجرای برنامه سرویس، مدیریت سرویس ها و بازدید دوره ای PM تجهیزات پزشکی 5. اجرای اقتصاد سنجی ، نظارت بر به روز بودن و افزایش بهره وری تجهیزات پزشکی 6. تامین تجهیزات پشتیبان و یا تعمیر آنها در کوتاهترین زمان ممکن	3	6
							1. مدت زمان سپری شده جهت اقدام به تعمیر و رفع خرابی دستگاه ها از زمان اطلاع ایراد 2. انعقاد قراردادهای سرویس و نگهداری تجهیزات پزشکی برای دستگاه های حیاتی و سرمایه ای	3	7
							1. وجود انبار تجهیزات و ملزومات پزشکی مازاد و اسقاطی با نظارت لازم 2. رعایت دستورالعمل نگهداری و انبارش تجهیزات و ملزومات پزشکی	1	8
							1. انجام نیازسنجی سالانه تجهیزات پزشکی از کلیه بخش ها و اولویت بندی 2. تشکیل کمیته تجهیزات پزشکی مرکز ماهانه	3	9



چک لیست

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

							3. رعایت بخشنامه حمایت از تولیدات داخلی	
							4. رعایت آیین نامه مالی معاملاتی در تامین تجهیزات پزشکی	
							5. رعایت بخش نامه ریاست دانشگاه درخصوص تامین تجهیزات پزشکی	
							6. رعایت ضوابط و الزامات پیش فاکتور و فاکتور	
							درصد تحقق استانداردها	

<https://treatment.tbzmed.ac.ir/>



نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

رعایت حقوق گیرندگان خدمت

ردیف	سنجه	نتیجه				توضیحات
		بله	خیر	NA		
1	منشور حقوق بیمار در بیمارستان در مکانهایی که در معرض دید مراجعه کنندگان و گیرندگان خدمت باشد نصب شده است.					
2	کارکنان از منشور حقوق بیمار آگاهی دارند و به آن عمل می نمایند.					
3	کمیته اخلاق پزشکی آموزشهای مفهومی و کاربردی را در زمینه رعایت حقوق گیرنده خدمت و منشور حقوق بیمار برای گروه های مختلف بالینی و سایر کارکنان برگزار می نماید.					
4	کمیته اخلاق پزشکی بر رعایت منشور حقوق بیمار در بیمارستان نظارت نموده و در صورت لزوم با مشارکت تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می شود.					
5	خط مشی و روش "راهنمایی و هدایت گیرندگان در سطح بیمارستان" تدوین شد و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند.					
6	وجود واحد اطلاعات و پذیرش در لابی به نحوی که دید و دسترسی مناسب داشته و فرد مسلط و مطلع به مهارت های ارتباطی جهت راهنمایی بیماران در این ایستگاه حضور دایم دارد.					
7	در زمان پذیرش به منظور راهنمایی گیرندگان خدمت در خصوص خدمات قابل ارائه ، نحوه پذیرش، بستری، ترخیص، هزینه های قابل پیش بینی، ضوابط و بیمه های طرف قرارداد اطلاع رسانی می شود.					
8	بیمارستان دارای وب سایت روزآمد و حداقل دارای اطلاعات لازم در خصوص نحوه پذیرش، خدمات، تعرفه ها، قراردادهای بیمه و اطلاعات پزشکان معالج است.					
9	تیم مدیریت اجرایی در فواصل زمانی مشخص اثربخش بودن و کفایت اطلاعات ارائه شده به گیرندگان خدمت را ارزیابی نموده و در صورت نیاز اقدام های اصلاحی / پیشگیرانه/برنامه بهبود کیفیت ، تدوین و بر اجرای آن نظارت می کند.					
10	مسئول آموزش همگانی در سطح بیمارستان تعیین شده و بیمارستان با رویکرد پیشگیری و تشخیص به موقع در خصوص بیماریهای فشار خون، دیابت و سرطان برنامه های اطلاع رسانی و آموزش همگانی برای مراجعین طراحی و اجرا می نماید.					
11	کارکنان بیمارستان، کارت شناسایی خوانا، عکس دار و قابل رویت از فاصله یک متری را روی سینه نصب نموده اند.					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

12	اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت به بیمار، در اولین برخورد خود را به بیمار معرفی نموده و رتبه حرفه ای و سمت خود در تیم مراقبتی را به اطلاع بیمار و همراه وی می رسانند.				
13	بیمارستان استانداردهای ملی پوشش بیماران، کارکنان را رعایت می کند.				
14	بیمارستان استانداردهای ملی پوشش فراگیران را مطابق دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت رعایت می کند.				
15	بیمارستان در طول مدت مراقبت و درمان، تسهیلات لازم برای دسترسی بیمار/ ولی قانونی وی را به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی فراهم نموده و کارکنان درمانی در این خصوص به گیرنده خدمت اطلاع رسانی می نمایند.				
16	پزشکان معالج پیش از اخذ رضایت از بیمار، اطلاعات لازم در زمینه علت بیماری و روش درمانی در نظر گرفته شده، خطرات و عوارض احتمالی، سیر بیمار، محاسن، روشهای جایگزین ممکن و پیش آگهی را به زبان ساده و قابل درک، در اختیار بیمار/ ولی قانونی وی، با رعایت مدت زمانی که امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه برای ایشان فراهم باشد، قرار می دهند.				
17	در اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی و موارد شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فراورده های خونی، رضایت آگاهانه اخذ می شود؟				
18	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.				
19	بیمارستان استفاده از هرگونه علائم یا نوشته ای که تشخیص بیماری و یا سایر اطلاعات درمانی را آشکار نماید، ممنوع کرده و تیم مدیریت اجرایی بر رعایت آن نظارت می نماید.				
20	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.				
21	ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش های ویژه بیمارستان و اتاق عمل، کت لب ممنوع می باشد و سرپرستار بخش بر اجرای صحیح آن نظارت می نماید.				
22	خط مشی و روش " رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت " با رعایت حداقل های مورد انتظار و مشارکت بیماران و خانواده آنها تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی داشته و عمل می نمایند.				
23	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. (طبق چک لیست ابلاغی انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرع مقدس)				



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

24	ارایه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران با رعایت موازین انطباق، توسط کارکنان همگن و با رعایت احترام به شان و منزلت انسانی خدمت گیرندگان انجام می شود. به ویژه در مواردی که بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری است و خود بیمار یا همراه وی درخواست می نماید، به نحوی که مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت نشود، رعایت این موازین مد نظر قرار گرفته می شود. (طبق چک لیست ابلاغی انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرع مقدس)				
25	نیازهای عبادی گیرندگان خدمت توسط پرستاران هر بخش شناسایی شده و تسهیلات لازم برای ایشان فراهم می شود.				
26	دستورالعمل " نحوه حفاظت از اموال گیرنده " خدمت تدوین شده، کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند و در این خصوص به بیماران اطلاع رسانی می شود.				
27	خط مشی و روش " حمایت از گروههای آسیب پذیر و در معرض خطر " با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.				
28	روش اجرایی " نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه " بر اساس قوانین و مقررات و حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند				
29	همراهان بیمار از امکانات اقامت و تسهیلات رفاهی ارائه شده رضایت دارند.				
30	در صورت نیاز بیمار به همراه، امکانات اقامت، برای ایشان فراهم می شود.				
31	امکانات رفاهی لازم برای مراجعین و همراهان فراهم می شود.				
32	کارکنان درمانی شرایطی فراهم می کنند که گیرنده خدمت در حال احتضار، در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است برخوردار شود.				
33	کارکنان درمانی بر اساس اصول حرفه ای، اخلاق پزشکی و پرستاری، ضمن تامین آسایش سایر بیماران اقدامات لازم برای بیمارانی که مراحل پایان زندگی را می گذرانند در حد امکانات و شرایط انجام می دهند.				
34	در صورت درخواست گیرنده خدمت، سرپرستار بخش با همکاری دفتر پرستاری با اطلاع و موافقت پزشک معالج تسهیلاتی را برای فراهم کردن امکان نظر خواهی از پزشکان دیگر (داخل یا خارج بیمارستان) مهیا نموده و در صورت تایید پزشک معالج دستورات ایشان اجرا می شود.				
35	در صورت درخواست بیمار/ولی قانونی او، تصویر کاغذی /فایل الکترونیکی اطلاعات و مستندات مربوط به پرونده و نتایج اقدامات پاراکلینیک، در اختیار آنها قرار داده می شود (مسئول مدارک پزشکی بر اجرای این سنجح نظارت می نماید).				



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

36	در فواصل زمانی معین و حداقل فصلی، رضایت بیماران و همراهان از بخش های مختلف بستری و سرپایی، از طریق پرسشنامه ای که پایایی و روایی آن تایید شده مورد سنجش قرار می گیرد.				
37	تیم مدیریت اجرایی گزارش تحلیلی رضایت سنجی از گیرندگان خدمت و همراهان آنها را بررسی و در صورت لزوم مداخلات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت را تعیین و ابلاغ می نماید و بر اجرای آن نظارت دارد.				
38	فرایند نحوه اعلام شکایات، انتقادات و پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرایند تدوین و در محلی قابل رویت، حداقل در واحد پذیرش، بخش اورژانس، حسابداری و سالن های انتظار، در معرض دید گیرندگان خدمت نصب شده است. کارکنان نسبت به این فرایند آگاهی داشته و مطابق آن عمل می نمایند.				
39	دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت /مسئول معادل، گزارش تحلیل ریشه ای نارضایتی بیمار خانواده بیمار / کارکنان را حداقل سه ماهه تهیه و پس از بررسی و تایید کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریت اجرایی گزارش می دهد.				
40	تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرایند مرتبط با شکایتهای وارده در صورت لزوم اقدام اصلاحی / برنامه بهبود / بازنگری فرایند ها به عمل آورده و در صورت وجود خسارت، نسبت به جبران آن اقدام و از متقاضی حمایت می نماید.				
درصد تحقق استاندارد چک لیست :					

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرع مقدس

ردیف	آیتم	نمره	ملاک ارزیابی	نتیجه				توضیحات
				بلند	متوسط	پایین	NA	
1	بخش های زنان و زایمان و اتاق عمل		☐ اتاق های رختکن آقایان از خانم ها (اعم از پزشک، پرستار و خدمه) بطور کامل تفکیک شده اند ☐ اتاق های رختکن به سایر فضاهای اتاق عمل اشرافیت ندارند ☐ در اتاق های رختکن قابل بستن است ☐ اتاق های رختکن دارای پرده قابل کشیدن می باشند ☐ 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 با توجه به تفاوت های فیزیکی ساختمانها با استفاده از پرده پاراوان و یا سایر ابتکار عمل ها تفکیک شده است					
2	پوشش کارکنان مرد		☐ شلوار آقایان بلند و تا مچ پا با گشادی مناسب، که مچ آن به تناسب تنگ تر باشد ☐ قد پیراهن تا روی باسن با گشادی مناسب ☐ قد آستین تا 10 سانتیمتر بالاتر از آرنج ☐ یقه گرد (کاملاً دور گردن) با شکافی بطول 10-15 سانتیمتر در جلو که تقریباً با سجافی 5 سانتیمتر روی هم قرار گیرد ☐ کلاه مناسب بطوریکه تمام سر و موها را بپوشاند ☐ کفش مخصوص اتاق عمل (پوتین با رنگ سفید) ☐ استفاده از ماسک بزرگتر توسط آقایانی که محاسن دارند جهت حفظ پوشش لازم					
	پوشش کارکنان زن		☐ شلوار بلند تا مچ پا با گشادی مناسب که مچ آن به تناسب تنگتر باشد ☐ مانتو گشاد و بلند تا سر زانو ☐ قد آستین تا مچ و سرمچها می بایست بصورت کشاف جمع گردد ☐ یقه گرد (کاملاً دور گردن) با شکافی بطول 10-15 سانتیمتر در جلو که تقریباً با سجافی 5 سانتیمتر روی هم قرار گیرد ☐ مقنعه به رنگ مناسب تا روی سینه ☐ جوراب سفید ضخیم ساده ☐ کفش مخصوص اتاق عمل (پوتین با رنگ سفید)					



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

3	پوشش بیماران	☐ گان و کلاه / سربند 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 ☐ تمام بیماران در تمام مراحل عمل (به استثنای مواقع ضروری) با ملحفه یا شان عمل پوشانده شوند			
4	روش های اجرایی برای بیماران	☐ تحویل بیمار با پوشش کامل توسط پرستار یا بیماربر به پرستار اتاق عمل ☐ آماده سازی بیمار برای بیهوشی توسط پرستار 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 ☐ انجام عمل سونداز برای بیمار توسط پرستار همگن و در صورت نبود فرد همگن، توسط پزشک ☐ گذاشتن الکترودهای دستگاه مانیتورینگ و تنظیم وضعیت بیمار حتی الامکان توسط پرسنل همگن ☐ عدم حضور افراد غیر ضروری، هنگام تنظیم وضعیت بیمار و یا پرپ کردن بدن بیمار در اتاق ☐ 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 غیر بهداشتی و درمانی غیر همگن ☐ 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			
5	روش های اجرایی برای کارکنان زن	☐ ممنوعیت استفاده از هرگونه زینت آلات ، لوازم آرایش، مواد معطر و همچنین ناخن بلند و برق ناخن ☐ رفتار و گفتار بسیار متین و موقر، در حدود انجام وظایف محوله و با رعایت کامل شئون اسلامی ☐ انجام اسکراب دست در محل های پوشیده و دور از نگاه نامحرم			



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

				☐ کمک به جراح، کمک جراح و پرستار زن جهت بستن بندهای گان، دادن نوشیدنی، خشک کردن عرق، مرتب کردن ماسک و مقنعه الزاماً توسط همکاران زن			
6	روش های اجرایی برای کارکنان مرد			☐ کمک به جراح، کمک جراح و پرستار مرد جهت بستن بندهای گان، دادن نوشیدنی، خشک کردن عرق، مرتب کردن ماسک و مقنعه الزاماً توسط همکاران مرد ☐ رفتار و گفتار در حدود انجام وظایف محوله و با رعایت کامل شئونات اسلامی ☐ خودداری از بکارگیری خدمه مرد در اتاق های قبل از زایمان، زایمان و بعد زایمان			
7	رادیولوژی			☐ انجام پرتونگاری بیماران توسط افراد همگن ☐ انجام تکنیک ها و روش های باریم انمای و اروگرافی خانمها / ماموگرافی / هیستروگرافی و سالیپنژوگرافی 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)			
8	امور فنی فیزیوتراپی			☐ 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 ☐ حضور یکی از محارم بیمار در کابین درمان درموارد درمان بیماران زن توسط تراپیست مرد ☐ نظارت حسن اجرای موارد فوق الذکر توسط مدیریت سازمان			
9	الکتروکاردیوگرافی E.C.G			☐ انجام E.C.G بیماران زن توسط خانم ها و E.C.G بیماران مرد توسط آقایان در تمام ساعات شبانه روز ☐ انتخاب مناسب مکان E.C.G برای عدم تردد افراد غیرهمگن			
10	آزمایشگاهها			☐ انجام خونگیری الزاماً توسط افراد ذیصلاح همگن ☐ وجود حفاظ پاراوان در محل خونگیری			



چک لیست

نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

بیمارستان / مرکز:

تاریخ بازدید:

ساعت بازدید:

				☐ عدم تردد افراد غیرهمگن در محل خونگیری ☐ تفکیک محل کار خانم ها از آقایان تا حد امکان ☐ تفکیک محل انتظار مراجعه کنندگان زن و مرد تا حد امکان			
11	تزریقات و پانسمان			☐ انجام تزریقات الزاماً توسط افراد ذیصلاح همگن ☐ وجود حفاظ پاراوان در محل تزریقات ☐ عدم تردد افراد غیرهمگن در محل تزریقات			
12	امور فنی دندانپزشکی			☐ تفکیک گروه بندی دانشجویان دختر و پسر تا حد امکان ☐ پذیرش، معاینه و درمان بیماران توسط دانشجویان همگن (بخش اطفال از این قاعده مستثنی است) ☐ الزام استفاده از شان پرفوره در حین معاینه و درمان بیماران زن ☐ در موارد ضرورت معاینه بیماران توسط دانشجویان غیر همگن، حضور و تردد شخص ثالث در محل معاینه ☐ استفاده مجزای دانشجویان دختر و پسر از تاریکخانه رادیولوژی ☐ نظارت مدیریت دانشکده جهت رعایت موارد فوق، و تشخیص موارد استثناء			
13	امور آموزشی بخش های زنان			☐ عدم انجام معاینه ژنیتال در دوره کارآموزی و حذف حضور کارآموزان در اتاق زایمان و اتاق درد و بخش زنان ☐ عدم انجام معاینه ژنیتال در درمانگاه زنان و بخش زنان توسط کارآموزان و کارورزان مرد ☐ زایمان های طبیعی و غیرطبیعی 8 تا 10 بار با نظر مربی مربوطه در طول دوره کارورزی برای کارورزان مرد ☐ رعایت پوشش مخصوص اتاق عمل یا زایمان (گان و مقنعه مخصوص اتاق عمل) و پوشیده بودن قسمت های دیگر بدن بیمار قبل از ورود کارورزان مرد ☐ لزوم حضور کارورز مرد با حضور و راهنمایی یک دستیار یا متخصص زن ☐ ورود آقایان به اتاقهایی که بانوان در آن پوشیده نیستند با اعلام قبلی			
نمره کسب شده:				درصد تحقق استانداردها:			