



ریاست محترم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور.....

موضوع: پیشنهاد استاندارد های اعتباربخشی ملی بیمارستان ها سال ۱۳۹۵

سلام علیکم

با احترام، به استحضار می رساند پس از یک سال تلاش بی وقفه و برگزاری بیش از چهار هزار نفر ساعت جلسات کارشناسی با حضور اساتید دانشگاهی و مدیران اجرائی بیمارستانها، نسخه پیش نویس استاندارد های اعتباربخشی سال ۱۳۹۵ تدوین و به پیوست ارسال می گردد. لذا خواهشمند است دستور فرمائید به قید فوریت مراتب جهت اخذ نظرات همکاران به تمامی بیمارستانهای دانشگاهی و غیر دانشگاهی تحت پوشش ارسال و جمع بندی پیشنهادات واصله حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۵/۰۳/۱۰ به دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان منعکس شود. لازم بذکر است از پیشنهادات برتر به نحو مقتضی تقدیر بعمل خواهد آمد. در همین راستا و بطور همزمان، استاندارد های مزبور به طور میدانی در ۲۱ بیمارستان کشور پایلوت می شود. در پایان، ذکر چند ویژگی از نحوه بازنگری استاندارد های اعتباربخشی ملی بیمارستان ضروری به نظر می رسد:

- ۱- در ویرایش جدید تعداد استاندارد ها و سنجه ها به کمتر از هزار کاهش یافته است و رویکرد پیامدی و نتیجه گرایی سهم بیشتری نسبت به مستند سازی دارد.
- ۲- رویکرد وظیفه محوری جایگزین بخش محوری شده است و انتظار می رود که اعتباربخشی نه یک هدف بلکه ابزاری برای توسعه و ارتقاء کیفی بیمارستان ها شود.
- ۳- استاندارد های پیشرفته بیمارستانی در بسته مستقلی طراحی شده و بیمارستانهای داوطلب کسب درجه عالی پس از موفقیت در پیاده سازی استاندارد های پایه (نسخه پیوست) در صورت اعلام آمادگی استانداردهای پیشرفته را نیز می توانند پیاده سازی و در اعتباربخشی عالی شرکت نمایند.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

بسمه تعالی

شماره ۶۵۵/۴۰۰ د

تاریخ ۱۳۹۵/۰۲/۲۷

پوست دارد

۴- در مدل اعتباربخشی جدید، بیمارستانها ابتدا خود ارزیابی نموده و نتایج ارزیابی داخلی، ممیزی خواهد شد. لذا با رویکرد بهبود مستمر کیفیت امکان باز طراحی مستمر کیفیت در بیمارستان فراهم شده است.

دکتر محمد آقاچانی
معاون درمان

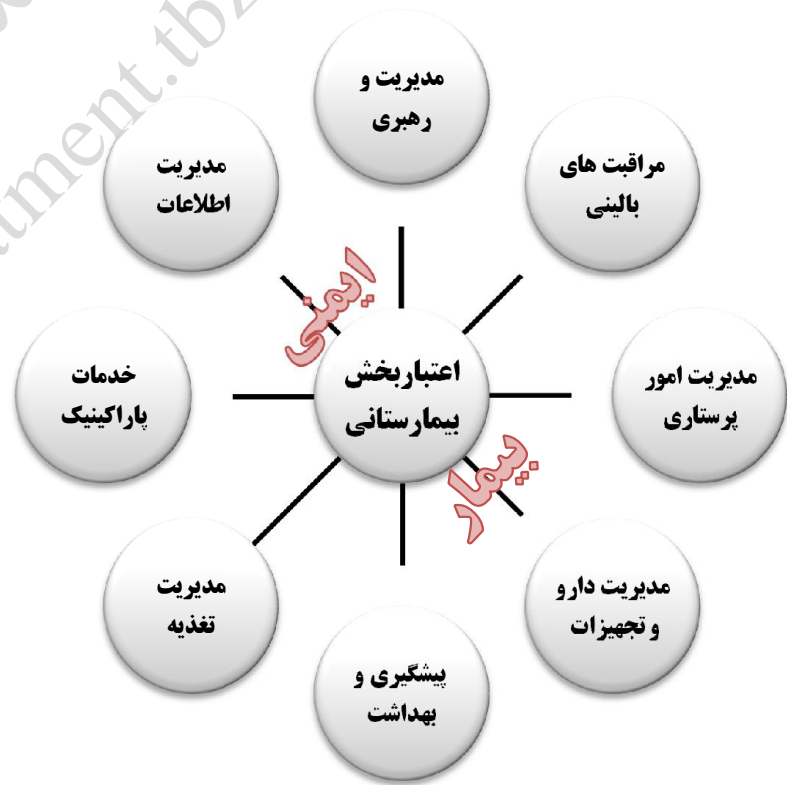
<http://treatment.tbzmed.ac.ir/>



نسخه پیش نویس

استانداردهای ملی اعتبار بخشی

بیمارستان های ایران





فهرست محورها

مدیریت و رهبری

- ۳..... تیم حاکمیتی
- ۳..... تیم اجرایی
- ۴..... مدیریت تامین
- ۶..... تصمیم سازی مبتنی بر خرد جمعی (کمیته های بیمارستانی).....
- ۱۰..... بهبود کیفیت
- ۱۴..... مدیریت خطا
- ۱۵..... مدیریت خطر، حوادث و فوریتها.....
- ۱۶..... منابع انسانی
- ۱۸..... حقوق گیرنده خدمت
- ۲۲..... ایمنی بیمار
- ۲۴.....

۲۵..... مراقبت های بالینی

- ۲۵..... مراقبت های عمومی بالینی.....
- ۲۹..... مراقبت های اورژانس
- ۳۰..... مراقبت های حاد
- ۳۲..... مراقبت های بیهوشی و جراحی.....
- ۳۳..... مراقبت های مادر و نوزاد

۳۶..... مدیریت امور پرستاری

- ۳۶..... مدیریت امور پرستاری

۳۸..... مدیریت دارو و تجهیزات

- ۳۸..... مدیریت دارویی
- ۴۰..... مهندسی پزشکی

۴۳..... پیشگیری و بهداشت

- ۴۳..... بهداشت محیط
- ۴۷..... مدیریت پسماندها
- ۴۹..... استریلیزاسیون
- ۵۱..... واحد رختشویخانه
- ۵۳..... بهداشت حرفه ای و طب کار.....



۵۵.....	کنترل عفونت
۵۷.....	خدمات پاراکلینیک
۵۷.....	آزمایشگاه
۵۹.....	تصویربرداری
۶۰.....	فیزیوتراپی
۶۱.....	طب انتقال خون
۶۳.....	مدیریت تغذیه
۶۳.....	تغذیه و رژیم درمانی
۶۴.....	مدیریت اطلاعات
۶۴.....	مدیریت اطلاعات سلامت
۶۸.....	فناوری اطلاعات

فصل قابل استناد
<http://treatment.tbzmed.ac.ir/>



ا. مدیریت و رهبری

۱) تیم حاکمیتی^۱

۱-۱) سیاست های کلان* بیمارستان تدوین و توسط تیم حاکمیتی به ذینفعان* اطلاع رسانی می شود.

سنجه. تیم حاکمیتی سیاست های کلان بیمارستان را تدوین و به ذینفعان به تناسب اطلاع رسانی نموده است.

۱-۱) برنامه های* پیشنهادی ارائه شده از سوی تیم اجرایی، توسط تیم حاکمیتی بررسی و تصویب می شود.

سنجه ۱. برنامه های پیشنهادی تیم اجرایی پس از انطباق با سیاست های کلان و مأموریت بیمارستان، توسط تیم حاکمیتی بررسی و تصویب می شود.

سنجه ۲. تیم حاکمیتی از انطباق عملکرد بیمارستان با توجه به سند استراتژیک* و برنامه های عملیاتی*، اطمینان حاصل می نماید و در این خصوص آگاهی کامل دارند.

۱-۲) تیم حاکمیتی از اجرای اقدامات برنامه ریزی شده در جهت پیشگیری و ارتقای سلامت* کسب اطمینان می نماید.

سنجه. خط مشی و روش اجرایی مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه بیمار و خانواده، کارکنان، محیط بیمارستان و جمعیت (از طریق مشارکت با مسئولان ارشد جامعه) توسط تیم حاکمیتی تصویب و روند پیگیری اجرای آن در فواصل زمانی منظم بررسی می شود.

۱-۳) مصوبات تیم حاکمیتی مبتنی بر اطلاعات پردازش شده* است.

سنجه ۱. آیین نامه داخلی تیم حاکمیتی تدوین و ابلاغ می شود تمامی اعضا از مفاد آیین نامه آگاهی داشته و جلسات مطابق برنامه زمانی تعیین شده برگزار می شود.

سنجه ۲. سوابق مربوط به تصمیم گیری تیم حاکمیتی، مبتنی بر اطلاعات پردازش شده موجود است.

سنجه ۳. صورت جلسات مربوط با ذکر نام مسئولین پیگیری و انجام مصوبه و زمان تعیین شده جهت انجام آن ثبت می شود و پیگیری اجرای مصوبات جلسات فوق الذکر در زمان تعیین شده، صورت می پذیرد.

^۱ در صورتیکه تیم مدیریت ارشد بیمارستان دارای دو بخش مجزای حاکمیتی و اجرایی باشد، این استانداردها مربوط به بخش حاکمیتی (هیأت امنا، شورای راهبردی، مجمع یا هر گروه متناظر آن در بیمارستان) خواهد بود. در صورتیکه بیمارستان تیم حاکمیتی مجزایی نداشته باشد، مسوولیت این استانداردها بر عهده تیم مدیریت اجرایی خواهد بود.



۲) تیم اجرایی

۱-۲) اعضای تیم مدیریت اجرایی بیمارستان در اتخاذ تصمیمات اجرایی مشارکت می نمایند.

- رئیس، مدیر عامل یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان
- مدیر بیمارستان یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان
- مدیر پرستاری بیمارستان
- معاون درمان یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان
- معاون آموزشی یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان (در بیمارستان های غیرآموزشی سوپروایزر آموزشی)
- مدیر امور مالی بیمارستان
- مدیر منابع انسانی
- مسئول دفتر بهبود کیفیت،
- مسئول واحد فناوری اطلاعات،

سنجه. تیم مدیریت اجرایی شامل افراد مندرج در استاندارد فوق است و صورت جلسات، نشان دهنده مشارکت فعال* همه اعضا است.

۲-۲) به طور مستمر تصمیمات مبتنی بر اطلاعات پردازش شده* توسط تیم اجرایی اخذ می شود.

۱. آیین نامه داخلی تیم اجرایی تدوین و ابلاغ می شود، تمامی اعضا از مفاد آیین نامه آگاهی داشته و جلسات مطابق برنامه زمانی تعیین شده برگزار می شود.
۲. سوابق مربوط به تصمیم گیری مبتنی بر اطلاعات پردازش شده بر اساس اطلاعات دریافتی از کمیته های بیمارستان، مسئولین و سایر موارد در تیم مدیریت اجرایی موجود است.
۳. صورت جلسات مربوط با ذکر نام مسئولین پیگیری و انجام مصوبه و زمان تعیین شده جهت انجام آن ثبت می شود و پیگیری اجرای مصوبات جلسات فوق الذکر در زمان تعیین شده، صورت می پذیرد.

۳-۲) تدوین سند استراتژیک* بیمارستان و بازنگری آن با محوریت تیم اجرایی انجام می شود.

۱. سند استراتژیک بیمارستان همسو با سیاست های کلان توسط تیم اجرایی تهیه و به تیم حاکمیتی ارائه می شود. این سند در دسترس (نسخه الکترونیک)* تمامی بخش ها و واحدها بوده و کارکنان از آن آگاهی دارند و این سند حداقل سالانه مورد بازنگری قرار می گیرد.
 ۲. بهبود کیفیت و ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفصیلی قابل اجر است.
- ۴-۲) تیم اجرایی پیشرفت برنامه عملیاتی را ارزیابی و تحلیل می نماید.

سنجه. تیم مدیریت اجرایی پایش، ارزیابی، تحلیل* و اقدام اصلاحی/پیشگیرانه مربوط به برنامه عملیاتی را با استفاده از شاخص های برنامه ای تعیین شده، انجام میدهد.

۵-۲) یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است.

سنجه. یکی از اعضای تیم ایمنی بیمار (تیم ایمنی بیمار شامل یک پزشک، یک پرستار و فردی آشنا با امور مدیریتی است) واجد معلومات و تجربیات منطبق با مندرجات جدول ذیل، به عنوان کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر (در بیمارستان های آموزشی) طی حکمی از سوی رییس بیمارستان* یا مسئول پست متناظر آن انتخاب شده است

۶-۲) یکی از کارکنان* با اختیارات مناسب لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان منصوب گردیده است.

سنجه ۱. ابلاغ / حکم انتصاب کارشناس مسئول ایمنی بیمار وجود دارد.

سنجه ۲. شرح وظایف کارشناس مسئول ایمنی بیمار وجود دارد

۷-۲) نظارت بر تعیین و تحلیل شاخص های عملکردی در تمام بخش ها/ واحدها توسط تیم مدیریت اجرایی انجام می شود.

در صورت جایگزینی هر تیم دیگری به جای تیم اجرایی کلیه سنجه ها صفر می شود.



سنجه. نظارت بر تعیین و تحلیل شاخص های عملکردی بخش ها/واحد ها و واحد های برون سپاری شده با مشارکت دفتر بهبود کیفیت انجام گرفته و اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه و یا در صورت نیاز با تشخیص تیم مدیریت اجرایی برنامه بهبود کیفیت تدوین و بر اساس نتایج در تمام بخش ها و واحدهای بیمارستان اجرا می شود.

۲-۸) ارتباط سازمانی در بیمارستان مشخص بوده و اجرا می شود.

سنجه. نمودار سازمانی مصوب* در بیمارستان وجود داشته، ابلاغ شده و ارتباط سازمانی بر اساس نمودار سازمانی برقرار است.

۲-۹) مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقا فرصت ها به طور منظم برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را به اجرا می گذارد.

سنجه. خط مشی و روش انجام بازدید منظم مدیریتی به منظور ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقای فرصت ها، براساس دستورالعمل بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۲-۱۰) بازدید های مدیریتی* توسط تیم اجرایی در بیمارستان انجام می شود.

سنجه. بازدید های مدیریتی در بیمارستان توسط تیم اجرایی برنامه ریزی و اجرا می شود و اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه تعیین و بر اساس نتایج در تمام بخش ها و واحدهای بیمارستان اجرا می شود.



۳) مدیریت تامین

تهیه ملزومات و تجهیزات

۱-۳) تدارک، انبارش و توزیع ملزومات و تجهیزات به صورت برنامه ریزی شده انجام می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی مدون "تهیه، انبارش، توزیع ملزومات" و تجهیزات "تدوین شده، کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. نیازهای بخش ها/ واحد ها برای اجرای وظایف کاری تعیین شده، با استفاده از چک لیست به صورت مستمر* ارزیابی و به موقع اعلام درخواست می شود.

سنجه ۳. درخواست ها و نیازمندی های بخش ها / واحدها بر اساس اولویت بندی برنامه ریزی شده* و نسبت به تهیه ملزومات و تجهیزات مورد درخواست اقدام می شود.

سنجه ۴. برای تمامی کالاهای موجود در انبار نقطه سفارش*، نقطه هشدار*، نقطه کف* و سقف موجودی* محاسبه و تعیین شده و بر اساس آنها درخواست خرید کالا انجام می شود.

سنجه ۵. تهیه کالاهای مورد نیاز بیمارستان از عرضه کنندگان مجاز* صورت می پذیرد و فهرست عرضه کنندگانی که در لیست ممنوعه^۱ هستند، با ذکر علت قرار گرفتن آنها در این فهرست، موجود است.

سنجه ۶. پیش از صدور قبض انبار، با کمک مسئول واحد/بخش (درخواست کتبه) انطباق کالای خریداری شده با درخواست انجام میشود.

سنجه ۷. قفسه بندی و اصول نگهداری ایمن، منطبق با شرایط استاندارد های ایمنی و بهداشتی برای کالاهای مختلف در انبارها وجود دارد.

سنجه ۸. کالاهای قابل اشتعال و تمام گندزداها و پاک کننده ها و مواد شیمیایی در یک انبار امن خارج از ساختمان با علائم هشدار دارای سیستم تهویه با شدت روشنایی نور طبیعی یا مصنوعی حداقل ۱۰۰ لوکس* نگهداری می شوند

تسهیلات، امکانات، ملزومات

۲-۳) هدایت مراجعین در ورودی های بیمارستان برنامه ریزی شده است.

سنجه ۱. ورودی های اصلی بیمارستان، درمانگاهها و اورژانس مستقل و در دسترسی خیابان های اصلی هستند.

سنجه ۲. علائم راهنما به تعداد کافی پیش بینی شده و در تمام ساعات شبانه روز به آسانی قابل تشخیص هستند.

۳-۳) امکانات و دسترسی ایمن و حامی معلولین و افراد ناتوان به طبقات فراهم است.

سنجه ۱. آسانسورهای ویژه حمل بیماران به تعداد کافی* وجود دارد.

سنجه ۲. پله فرار با علائم راهنمایی واضح، دارای نرده و پلکان در همه طبقات در دسترسی است.

سنجه ۳. رمپ با شیب مناسب* بین طبقات پی بینی شده است.

سنجه ۴. سرویس های فرنگی و تسهیلات* لازم برای معلولین و افراد ناتوان وجود دارد.

۴-۳) سیستم اطلاع رسانی (بلندگو / پیجر) در سراسر بیمارستان در دسترس است.

سنجه. شواهد نشان می دهند سیستم اطلاع رسانی (بلندگو / پیجر) در سراسر بیمارستان در دسترس می باشد و سیستم جایگزین در موارد لزوم پیش بینی شده است.

۵-۳) دسترسی آسان به امکانات و تجهیزات رعایت بهداشت دست ها و وسایل حفاظت فردی فراهم می باشد.

سنجه ۱. بیمارستان^۲ امکانات شستشوی بهداشتی دست ها و ضد عفونی دست ها را به میزان کافی فراهم نموده است.

سنجه ۲. وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت در بخشها / واحدها شامل: دستکش ها، ماسک ها، حفاظ های چشم و سایر تجهیزات حفاظتی، به تعداد کافی در دسترس بوده و راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از آن در بخش ها/ واحدهای مرتبط موجود است.

۶-۳) بیمارستان تجهیزات ضروری* را تامین می نماید.

سنجه ۱. لیست تجهیزات ضروری و پشتیبان در بخش ها و واحدها موجود می باشد و عملکرد آنها به صورت منظم پایش می شود.

سنجه ۲. فرآیند درمان بیماران به علت کمبود تجهیزات و وسایل ضروری به تاخیر نمی افتد.

^۱ Black list

^۲ براساس بخشنامه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شماره ۲/۲۰۷۵/س مورخه ۸۸/۳/۱۲



۷-۳) بیمارستان به منظور اعلام اضطراری و نتایج حیاتی آزمایشات، کانال های ارتباطی همواره آزاد پیش بینی کرده است

سنجه . خط مشی و روش اطمینان از اینکه موارد بحرانی (panic value) * به طور منظم بازنگری می شوند و بلافاصله، قبل از چک مجدد به اطلاع پزشک معالج رسانیده می شوند و بیمارستان از باز بودن کانالهای ارتباطی لازم جهت اطلاع رسانی سریع در این خصوص، اطمینان حاصل می نماید، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۸-۳) ارتباط و دسترسی مستمر بیماران در زمان بستری با کارکنان درمانی میسر است.

سنجه ۱. برای هر تخت و سرویس بهداشتی در بخش های بستری، سیستم احضار پرستار وجود دارد.
سنجه ۲. اتاق های بستری بیماران و سرویس های بهداشتی از سمت داخل قفل نمی شود و از هر دو طرف دستگیره داشته و رو به بیرون باز می شوند.

۹-۳) امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبتهای اورژانسی مقدور می باشد.

سنجه. در مواردی که نیاز به ارایه مراقبت های اورژانسی به بیماران می باشد فضای کافی* در اطراف تخت ها موجود است.

۱۰-۳) تسهیلات جداسازی (ایزولاسیون) و تفکیک فضاها انجام شده و تجهیزات آنها تامین می شود.

سنجه ۱. اتاق/ اتاق های ایزوله شامل ایزوله فشار منفی یا اتاق ایزوله با حد اقل شرایط^۱ موجود است.
سنجه ۲. اتاق نگهداری وسایل تمیز و کثیف مستقل در همه بخش های بالینی و پاراکلینیک وجود دارد.
سنجه ۳. امکان جداسازی بیماران اعصاب و روان، در صورت تشخیص پزشک معالج فراهم می شود.*
سنجه ۴. برای بیماران HBS-Ag + دستگاه جداگانه در بخش دیالیز وجود دارد.
سنجه ۵. فضا ها و امکانات لازم برای زایمان طبیعی برابر دستورالعمل ها تامین شده است.
سنجه ۶. یک اتاق ویژه بیماران پره اکلامپسی^۲ فراهم شده است.

۱۱-۳) تفکیک و فضاهای لازم در بخش ها / واحدها پیش بینی شده است.

سنجه ۱. بخش ها * دارای فضای فیزیکی مشخص و مجزا از سایر بخش ها و واحدها بوده و به عنوان گذرگاهی جهت دسترسی به سایر بخش ها استفاده نمی شود.
سنجه ۲. در بخش روانپزشکی دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران این بخش، کنترل شده و محصور است.
سنجه ۳. در بخش روانپزشکی یک محل مطمئن دارای تهویه جهت سیگار کشیدن موجود می باشد.
سنجه ۴. یک محل مطمئن خارج از ساختمان جهت ملاقات بیماران در بخش روانپزشکی و عیادت کنندگان وجود دارد.
سنجه ۵. اتاق آموزش، شیردهی و امکانات لازم* برای مادران در بخش زنان و زایمان و مادرانی که نوزاد و شیرخوار زیر دو سال بستری در بخش نوزادان، NICU و کودکان دارند، فراهم شده است.
سنجه ۶. اتاق شیردهی مناسب^۳ در بخش NICU موجود است.
سنجه ۷. اتاق درمان در بخش های بالینی به صورت مستقل وجود دارد.
سنجه ۸. درمجاورت سردخانه بیمارستان، فضایی جهت انتظار همراهان متوفی وجود دارد و مسیر خروج جسد دور از راهرو های اصلی است.

۱۲-۳) امکانات و تسهیلات دیالیز فراهم شده است.

سنجه ۱. مشخصات فنی دستگاههای تصفیه RO آب^۴ مطابق نامه^۵ معاونت درمان است.
سنجه ۲. مشخصات فنی دستگاههای همودیالیز مطابق نامه^۵ معاونت درمان است.
سنجه ۳. مستندات انجام آزمایش های منظم مورد نیاز کیفیت آب دیالیز از نظر محتویات شیمیایی^۶ حداقل هر ۳ ماه یکبار وجود دارد.

^۱ واجد شرایط مندرج در بخشنامه شماره ۱۹۱/م مورخ ۱۳۸۸/۱/۱۹ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نامه شماره ۱۲۱۰۵/س مورخ ۱۳۸۹/۱/۲۹ معاونت درمان و معاونت بهداشتی

^۲ با ویژگیهای ذکر شده در دستورالعمل شماره ۱۵۸۷/۴۰۰ مورخ ۱۳۸۹/۹/۲۱

^۳ با شرایط مندرج در نامه شماره ۳۰۲/۹۳۷۵ مورخ ۱۳۹۰/۷/۵

^۴ Reverse Osmosis

^۵ شماره ۴۰۰/۱۱۶۹۶ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۲۱

^۶ مطابق نامه شماره ۴۰۰/۱۱۶۹۶ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۲۱ معاونت درمان



سنجه ۴. مستندات انجام آزمایش های منظم آب دیالیز از نظر باکتری و اندوتوکسین ها ۵ حداقل ماهانه از سه محل خروجی RO، خروجی ماشین دیالیز و مایع دیالیزات وجود دارد.

سنجه ۵. مستندات نشان می دهد اقدامات اصلاحی موثر جهت برطرف کردن نقایص و اشکالات بر اساس نتایج آزمایشات و دستیابی به استانداردهای مندرج در نامه فوق الذکر، در زمان تعیین شده توسط بیمارستان انجام شده است.

سنجه ۶. شواهدی مبنی بر تامین صافی های یکبار مصرف و عدم استفاده مجدد از صافی های همودیالیز وجود دارد انتقال به کنترل عفونت

سنجه ۷. مشخصات فنی تمامی صافی های همودیالیز موجود در بخش همودیالیز و همه انواع صافی ها، مطابق بخشنامه ۵ در بخش موجود است.

۳-۱۳) سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز. در دسترس و سالم می باشد.

سنجه. بخش ها و واحدها دارای زنگ خطر / سیستم احضار نگهداری فعال و در دسترس می باشند.

۳-۱۴) فضایی برای مرکز عملیات فوریت بیمارستان (EOC) مشخص شده است.

سنجه. مکانی برای EOC با شرایط ذیل در نظر گرفته شده است:

در مکانی محافظت شده، ایمن و در دسترس قرار دارد.

دارای تمامی وسایل ارتباطی (تلفن، فکس، اینترنت، تجهیزات رایانه ای، بیسیم و...)، سیستم ارتباطی جایگزین مانند موبایل، تلفن ماهواره ای و... باشد.

دارای وسایل و تجهیزات اداری (میز، صندلی، پرز برق، روشنایی، ذخیره آب و...) باشد.

دارای لیست تلفن های ضروری (سرویسهای پشتیبانی، مدیریت بحران، EOC منطقه، آتش نشانی و...)، نقشه های مهم، لیست تجهیزات، لیست تیمهای عملیات و فراخوان پرسنل باشد.

تعمیر و نگهداشت

۳-۱۵) گاز های طبی به صورت ایمن و تحت کنترل، تامین می شود.

سنجه ۱. اکسیژن مرکزی در بیمارستان فعال بوده و خطوط لازم* برای همه مکانها شناسایی و تامین می شود.

سنجه ۲. روش اجرایی کسب اطمینان از صحت گازهای طبی تدوین و بر اساس آن عمل می شود.

۳-۱۶) نگهداشت سیستم برق (UPS، برق شهری و برق اضطراری)

سنجه ۱. بیمارستان حداقل از دو شبکه انتقال نیروی شهری (خط ۲۳ کیلو وات) تغذیه شده و در مواقع خاموشی یک خط شهری، از خط شهری دوم استفاده خواهد شد. (رینگ بودن ترانس)

سنجه ۲. بیمارستان حداقل دارای دو دستگاه ژنراتور برق اضطراری که حداقل یکی از آنها دو گانه سوز می باشد بصورت آماده به کار دارد.

سنجه ۳. ژنراتورها و سیستم های تامین کننده برق اضطراری با روش مدونی کنترل می شود و سوابق آن موجود است.

سنجه ۴. بیمارستان روش اجرایی "استفاده از سیستم UPS" تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۵. در سطح بیمارستان همه پرزهای یو.پی.اس به وضوح مشخص شده اند. انتقال به مدیریت تامین

۳-۱۷) سیستم اتصال به زمین (Earth) برای تمام مناطق بیمارستان وجود دارد.

سنجه ۱. سیستم توزیع انرژی الکتریکی بیمارستان از نوع TNS می باشد و سیستم نول و ارت آن از هم جدا هستند.

سنجه ۲. تائیدیه پایش رایانه ای توسط مراجع ذیصلاح جهت کنترل فعال بودن سیستم اتصال به زمین (Earth) وجود دارد.

۳-۱۸) ایمنی و نگهداشت تاسیسات و تجهیزات (الکتریکی، مکانیکی)

سنجه ۱. دستورالعمل راهبری و استفاده از سیستم های الکتریکی و مکانیکی) مانند سیستم ها و شبکه های لوله کشی آب (با توضیحات کامل در واحد تاسیسات موجود است.

سنجه ۲. روش اجرایی بازدید دوره ای از ساختمان و تاسیسات تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۳. سوابق بازدیدهای دوره ای از ساختمان و تاسیسات بیانگر مداخلات به موقع در رفع نواقص و مشکلات است و در صورت لزوم به روز رسانی و جایگزینی سیستم ها یا اجزا انجام می شود.

سنجه ۴. تمهیدات لازم برای جلوگیری از سرایت دود و آلاینده های هوا از طریق موتور خانه و سرایت آتش و انفجار احتمالی از موتور خانه به سایر ساختمانها پیش بینی شده و کنترل های لازم به عمل می آید.



سنجه ۵. به منظور امکان حضور ایمن و مستمر کارکنان، تهویه داخل فضا های زیر بنائی تاسیسات الکتریکی - مکانیکی به نحوی است که همیشه هوا سالم، تازه و عاری از بو است. و سرویس بهداشتی (روشویی، توالت و حمام) اختصاصی در این واحد وجود دارد. انتقال به تامین سنجه ۶. خط مشی و روش نحوه نگهداشت سیستم گرمایش، سرمایش و تهویه بیمارستان تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۷. نقشه های سازه، معماری، تاسیسات مکانیکی، تاسیسات الکتریکی و نقشه شبکه رایانه ای بیمارستان (LAN) با تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و نقشه معماری تأیید شده با شرایط فعلی مطابقت دارد. سنجه ۸. محفوظ سازی وسایل تاسیساتی از دسترس کودکان در بخش کودکان انجام شده است.

۳-۱۹) مقاوم سازی اجزای سازه ای صورت گرفته است.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند که مقاوم سازی (پایداری لرزه ای) اجزای سازه ای و غیر سازه ای صورت گرفته است

۳-۲۰) در تمامی سطوح و دیوارها نکات ایمنی رعایت شده است.

سنجه. روش اجرایی "اطمینان از ایمنی در سطوح و دیوارها." تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.



۴) تصمیم سازی مبتنی بر خرد جمعی (کمیته های بیمارستانی)

۱-۴) کمیته های بیمارستانی فعال می باشند.

سنجه. حداقل کمیته های مشروحه ذیل در بیمارستان فعال است.
کمیته پایش و سنجش کیفیت، مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات، اخلاق پزشکی، کنترل عفونت، بهداشت محیط، حفاظت فنی و بهداشت کار، بحران و بلایا (مدیریت خطر حوادث و فوریتهای)، ترویج زایمان طبیعی و ایمن، ایمنی مادر و نوزاد، ترویج تغذیه با شیر مادر، اورژانس و تعیین تکلیف بیماران (مدیریت تخت)، دارو درمان، تجهیزات پزشکی، اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی، مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج، طب انتقال خون

۲-۴) الزامات مشترک کمیته ها رعایت می شود.

سنجه ۱. آیین نامه داخلی* کمیته ها که توسط بیمارستان تهیه شده و به تایید مدیران ارشد بیمارستان رسیده است.
سنجه ۲. رئیس/ مسئول کمیته، متناسب با وظایف و تخصص های مورد نیاز دبیر کمیته توسط رئیس /مدیرعامل تعیین شده اند.
سنجه ۳. فهرستی از اعضای اصلی، رئیس /مسئول و دبیر با ذکر سمت، نام و نام خانوادگی آنها مشخص شده و اعضاء در جلسات حضور دارند.
سنجه ۴. اهداف، شرح وظایف و آیین نامه داخلی به اطلاع اعضای جدید رسانده می شود.
سنجه ۵. صورتجلسات حداقل شامل: بررسی مصوبات جلسه قبل، فهرست مهمترین موضوعات مورد بحث، مصوبات، مسئول پیگیری هر مصوبه، مهلت مقرر جهت انجام مصوبه، تاریخ برگزاری جلسه فعلی و جلسه آتی، اسامی حاضرین، غایبین، می باشد.
سنجه ۶. نماینده دفتر بهبود کیفیت عضو تمامی کمیته ها بوده و به تمامی صورتجلسات کمیته ها دسترسی داشته و برنامه پایش مدون و دوره ای دارد که بر اساس آن به صورت تصادفی (حداقل ۱۰ درصد) نحوه پیگیری مصوبات کمیته ها را بررسی نموده و نتیجه آن را به کمیته ی مرتبط و تیم مدیریت اجرایی گزارش می نماید.
سنجه ۷. دستور کار و مصوبات جلسات در راستای اهداف و مأموریت های کمیته مرتبط باشد.
سنجه ۸. رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار با ابلاغ رسمی در تمامی جلسات حضور داشته و مصوبات کمیته ضمانت اجرایی دارد.
سنجه ۹. کمیته های الزامی بیمارستانی، برابر دستورالعمل های ابلاغی و در فواصل زمانی معین* تشکیل جلسه می دهند.

۳-۴) کمیته اقتصاد درمان، دارو تجهیزات پزشکی در راستای اهداف و مأموریت های تعریف شده فعالیت دارد.

سنجه ۱. سوابق بررسی و تصویب فرمولاری دارویی و تجهیزات مصرفی بیمارستان در صورتجلسات موجود است.
سنجه ۲. روش اجرایی مشخصی برای تصویب و تهیه داروهای خارج از فرمولاری تدوین شده و بر اساس آن عمل می شود.
سنجه ۳. فهرستی از داروهای ضروری که باید در داروخانه یا هریک از بخش ها موجود باشند را تهیه و در اختیار قسمت های مربوطه قرار داده می شود و سوابق آن در صورتجلسات موجود است.
سنجه ۴. از مصرف صحیح داروهای مهم و شایع (مثلا آنتی بیوتیکها) با مشارکت بخش مدیریت دارویی کسب اطمینان شده و اقدامات اصلاحی لازم صورت گرفته و سوابق آن در صورتجلسات کمیته ثبت می شود.
سنجه ۵. برنامه ریزی در راستای کاهش اشتباهات تجویزی داروها و عوارض جانبی ناخواسته آنها با مشارکت بخش مدیریت دارویی طراحی و اقدامات اصلاحی لازم انجام و سوابق آن در صورتجلسات کمیته ثبت می شود.
سنجه ۶. داروهای پر خطر و داروهای مشابه (دارای تشابه اسمی یا تشابه ظاهری) مورد استفاده در بیمارستان بررسی و فهرست نهایی آنها تدوین و به بخش ها اعلام می شود
سنجه ۷. روش اجرایی مدون استفاده ایمن از داروهای پر خطر و دارو های مشابه که با مشارکت صاحبان فرایند تدوین شده است و کارکنان مطابق آن عمل می نمایند.
سنجه ۸. تمام موارد مرتبط با خرید تجهیزات پزشکی غیر مصرفی و مصرفی به تایید اقتصاد درمان، دارو، تجهیزات پزشکی بیمارستان می رسد.
سنجه ۹. در گروه مداخلات تشخیصی و درمانی شایع، اطلاعات مربوط به حجم مداخلات تجویز شده توسط پزشکان شاغل در بیمارستان بررسی و با استفاده از روش های آماری و مدیریتی موارد خارج از بازه های معمول را شناسایی و علت آن را مورد پیگیری قرار می دهد.

^۱ مطابق بخش نامه وزارتی شماره ۱۰۰/۱۱۰۸ مورخ ۹۴/۱۱/۲۶



سنجه ۱۰. برای تمام پزشکانی که میزان مداخلات تشخیصی و درمانی آنها از میان بالاتر است، موارد به همراه مستندات به صورت مکتوب به پزشکان مربوطه ارائه و تذکر داده می شود.

سنجه ۱۱. در گروه خدمات نادر و پرهزینه، کمیته موظف است جاسات مورد نیاز را قبل از انجام مداخلات با دعوت از متخصصین رشته های مربوطه و پزشک متخصص، تشکیل و موارد مربوط به اندکسیون را بررسی و مجوز انجام مداخله را صادر نماید.

سنجه ۱۲. کمیته نتایج بررسی و مداخلات انجام شده در گروه مداخلات تشخیصی و درمانی شایع را به مدیران ارشد مرتبط در دانشگاه گزارش می نماید.

سنجه ۱۳. کمیته حداقل هر سه ماه یک بار تشکیل جلسه می دهد.

۴-۴) کمیته اخلاق پزشکی در راستای اهداف و ماموریت های تعریف شده فعالیت دارد.

سنجه ۱. سوابق ارزیابی و بررسی نحوه اجرای استانداردهای حقوق گیرنده خدمت و انجام مداخلات اصلاحی در صورتجلسات کمیته ها موجود است.

سنجه ۲. منشور حقوق بیمار در این کمیته بررسی و تصویب شده و اعضای کمیته بر اجرای صحیح آن در بیمارستان نظارت نموده و سوابق آن در صورتجلسات کمیته موجود است.

سنجه ۳. کمیته اخلاق پزشکی آموزش های مفهومی و کاربردی را در زمینه رعایت حقوق گیرنده خدمت و منشور حقوق بیمار برای گروه های مختلف بالینی برگزار می نماید و سوابق آن در صورتجلسات کمیته موجود است.

سنجه ۴. اصول رعایت اخلاق پزشکی در تمامی گروه های مراقبتی، با رعایت حداقل های مورد انتظار بصورت اختصاصی برای بیمارستان با مشارکت افراد دخیل تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۵. کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان حداقل هر یکبار در ماه تشکیل جلسه می دهد.

۴-۵) کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در راستای اهداف و ماموریت های تعریف شده فعالیت دارد.

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

سنجه ۲. سوابق بررسی مشکلات و رفع نیازهای بخش ها / واحدها در خصوص سامانه (HIS) در صورتجلسات کمیته موجود است.

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

۴-۶) کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، در راستای اهداف و ماموریت های تعریف شده فعالیت دارد.

سنجه ۱. برنامه ریزی آموزشی کارکنان در زمینه ایمنی و سلامت کارکنان انجام و اثربخشی آموزش های ارائه شده در کمیته، بررسی و مداخلات لازم صورت می پذیرد.

سنجه ۲. شناسایی و ارزیابی مخاطرات شغلی کارکنان انجام شده و مداخلات اصلاحی براساس آن انجام می شود و در صورتجلسات کمیته، سوابق آن موجود است.

سنجه ۳. کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار بیمارستان حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می دهد.

۴-۷) کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر در راستای اهداف و ماموریت های تعریف شده فعالیت دارد.

سنجه ۱. در سوابق کمیته برنامه ریزی آموزش استاندارد کارکنان مرتبط با مراقبت های مادر و کودک را به صورت شرکت در کارگاه های ۲۰ ساعته تدوین، اجرا و برای شرکت کنندگان گواهینامه صادر شده است.

سنجه ۲. کمیته دوره های بازآموزی و کلاس های توجیهی کارکنان جدید ورود را تشکیل می دهند.

سنجه ۳. اعضای کمیته در دوره های بازآموزی و سمینارهای برگزار شده از سوی کمیته دانشگاهی و کشوری در رابطه با ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر شرکت می نمایند و سوابق آن در صورتجلسات کمیته موجود است.

سنجه ۴. بر اساس روش اجرایی مشخص و توسط یکی از اعضای کمیته بر عملکرد کارکنان در زمینه رعایت دستورالعمل های مراقبت های مادر و کودک و آموزش مادران و اجرای اقدامات ده گانه * در اتاق زایمان، بخش پس از زایمان، بخش مراقبت ویژه، کلینیک مراقبتهای دوران بارداری و مشاوره شیردهی، داروخانه و سایر، نظارت مستمر و منظم وجود دارد.

سنجه ۵. روش اجرایی برای اطمینان از ترخیص هم زمان مادران و شیرخواران توسط کمیته تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.



سنجه ۶. روش اجرایی نظارت بر اجرای قانون شیرمادر و کد بین المللی بازاریابی جانشین شونده های شیرمادر، در زمینه حمایت از کارکنان شاغل شیرده و منع تبلیغات شیرمصنوعی و شیشه و گول زنک، توسط اعضای کمیته با تعیین مسئولیت ها انجام و سوابق آن موجود است.

سنجه ۷. سوابق انجام پایش های دوره ای بیمارستان، و برنامه ریزی برای مداخلات لازم با زمان بندی مشخص، حفظ مستندات در زونکن مخصوص برنامه شیرمادر و همکاری با مرکز بهداشت شهرستان و استان در انجام ارزیابی مجدد بیمارستان در کمیته وجود دارد.

سنجه ۸. نشریات آموزشی برای مادران توسط اعضای کمیته تهیه و با روش مشخص توزیع می شود.

سنجه ۹. کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر بیمارستان حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می دهد.

۴-۸) کمیته بهداشت محیط در راستای اهداف و مأموریت های تعریف شده فعالیت دارد.

سنجه ۱. سوابق هماهنگی و پیگیری اجرای استانداردهای بهداشت محیط در کل بیمارستان در صورتجلسات کمیته موجود است.

سنجه ۲. برنامه ریزی در خصوص نظافت و شستشوی محیط اعم از برنامه های اجرایی و روش های آن در این کمیته انجام و سوابق آن در صورتجلسات کمیته ها وجود دارد.

سنجه ۳. سیاست گذاری در خصوص مدیریت پسماند اعم از برنامه های اجرایی و روش های آن در این کمیته انجام و سوابق آن در صورتجلسات کمیته ها وجود دارد.

سنجه ۴. سیاست گذاری در خصوص رخشویخانه اعم از برنامه های اجرایی و روش های آن در این کمیته انجام و سوابق آن در صورتجلسات کمیته ها وجود دارد.

سنجه ۵. کمیته بهداشت محیط، حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می دهد.

۴-۹) کمیته کنترل عفونت بیمارستانی در راستای اهداف و مأموریت های تعریف شده فعالیت دارد.

سنجه ۱. کمیته کنترل عفونت با مشارکت واحد کنترل عفونت داده های نظام مراقبت عفونت های بیمارستان را به طور منظم جمع آوری و تحلیل کرده و اثر بخشی برنامه مذکور را می سنجد.

سنجه ۲. روش های اجرایی نظارت بر رعایت دستورالعمل ها و روش های اجرایی و سایر الزامات ابلاغی از وزارت بهداشت، تدوین شده و اعضای کمیته با واحد کنترل عفونت در امر نظارت مشارکت می نمایند.

سنجه ۳. با مشارکت واحد کنترل عفونت، نتایج اطلاعات عفونت های بیمارستانی به مدیران ارشد و مسئولین بخش ها / واحدهای مربوطه و گزارش می دهد.

سنجه ۴. گزارش وضعیت عفونت های بیمارستانی را به سازمان های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان مطابق با قوانین و مقررات ارائه می دهد.

سنجه ۵. با مشارکت واحد کنترل عفونت گزارش بیماری های واگیر و غیر واگیر مطابق مقررات الزامی شده است را شناسایی نموده است.

سنجه ۶. نتایج مقاومت های میکروبی توسط آزمایشگاه گزارش و بر اساس آن اقدامات اصلاحی طراحی می شود.

سنجه ۷. کمیته کنترل عفونت بیمارستانی حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می دهد.

۴-۱۰) کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج در راستای اهداف و مأموریت های تعریف شده فعالیت دارد.

سنجه ۱. کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، تمامی موارد مرگ و میر را (به ویژه موارد مرگ و میر غیر منتظره) را در فاصله زمانی که توسط کمیته مذکور مشخص شده است، بررسی می نمایند.

سنجه ۲. کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه^۱ به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می نماید.

سنجه ۳. کمیته مرگ مادران^۲ به عنوان نظام مراقبت مرگ مادری ابلاغ شده است به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می نماید.

سنجه ۴. کمیته مرگ پرینتال^۳ به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می نماید.

سنجه ۵. کمیته احیاء نوزادان مطابق با بسته خدمتی احیاء نوزاد^۴ بعنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و عوارض، فعالیت می نماید.

^۱ که طی نامه شماره ۳۳۶۳۵/س مورخ ۳/۱۷/۸۵ ابلاغ شده است

^۲ که طی نامه شماره ۲۱۱۶۰۸ مورخ ۸۴/۹/۱

^۳ Prinatal

^۴ که طی نامه شماره ۲/۹۳۰۸۵/پ/س مورخ ۸۴/۱۰/۱۸ ابلاغ شده است

^۵ که طی نامه شماره ۲۱۱۲۱۲ مورخ ۸۹/۶/۷ ابلاغ شده است



سنجه ۶. بررسی دوره ای عوارض ایجاد شده برای بیماران، و تحلیل ریشه ای پرونده های بالینی بصورت اتفاقی و پیشگیرانه و بررسی تمام موارد بروز عوارض برای بیماران صورت می گیرد.

سنجه ۷. مسئولین فنی بیمارستان در جلسات و هماهنگی لازم برای پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی حضور کامل دارند.

سنجه ۸. با مشارکت افراد ذیربط، اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه جهت جلوگیری از تکرار عوارض مرگ و میر های قابل اجتناب شناسایی شده را طراحی نموده و کارکنان بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۹. کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، کنفرانس های مرتبط با مرگ و میر و عوارض بیمارستانی را با هدف اطلاع رسانی و آگاه ساختن کارکنان در این زمینه، در بیمارستان برگزار می نماید.

سنجه ۱۰. کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، گزارش نمونه های بیوپسی و اتوپسی و نکروپسی مورد نیاز را دریافت و بررسی می نماید.

سنجه ۱۱. کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج حداقل هر ماه یک بار به طور منظم تشکیل جلسه می دهد.

۴-۱۱) کمیته بحران ها و بلايا (مدیریت خطر حوادث و فوریتها) در راستای اهداف و ماموریت های تعریف شده فعالیت دارد.

سنجه ۱. این کمیته خطر حوادث و فوریتهای احتمالی مرتبط با بیمارستان را شناسایی و مستند نموده است و برنامه پیشگیری و مقابله را شناسایی شده را تدوین نموده و به تایید تیم مدیریت اجرایی رسانده است.

سنجه ۲. برنامه فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین های آنان را تدوین نموده و به افراد مرتبط اطلاع رسانی کرده است.

سنجه ۳. سوابق نظارت بر انجام وظایف، مسئولیت ها و اختیارات اعضای تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز حوادث و فوریتهای احتمالی در صورت جلسات موجود است.

سنجه ۴. کارکنان مرتبط از نحوه فعال سازی برنامه در زمان بروز حوادث و فوریتهای احتمالی اطلاع دارند.

سنجه ۵. سوابق نظارت بر برگزاری مانورهای فرضی، مانور آتش نشانی و تخلیه در صورت جلسات موجود است.

سنجه ۶. سوابق نظارت بر آموزش کامل کارکنان بیمارستان به تناسب نقش ها و مسئولیت ها در برنامه مربوطه در صورت جلسات موجود است.

سنجه ۷. کمیته بحران ها و بلايا (مدیریت خطر حوادث و فوریتها) حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می دهد.

۴-۱۲) کمیته اورژانس و کمیته های تعیین تکلیف و تریاژ در راستای اهداف و ماموریت های تعریف شده فعالیت دارد.

سنجه ۱. کمیته تعیین تکلیف بیماران^۱ فعالیت می نماید.

سنجه ۲. کمیته تریاژ بیمارستانی^۲ فعالیت می نماید.

سنجه ۳. نتایج شاخص های پنج گانه اورژانس بررسی و در راستای بهبود عملکرد اورژانس اقدامات اصلاحی در سوابق کمیته طراحی شده است.

سنجه ۴. خدمات پاراکلینیک و سایر خدمات مورد نیاز اورژانس شناسایی و برنامه ریزی های لازم در خصوص ارائه شبانه روزی این خدمات در اسرع وقت و با زمان بندی مشخص طراحی و اجرا می شود.

۴-۱۳) کمیته طب انتقال خون در راستای اهداف و ماموریت های تعریف شده فعالیت دارد.

سنجه ۱. عوارض ناخواسته انتقال خون و فرآورده های خونی مطرح و پس از بررسی ریشه ای، اقدامات اصلاحی برنامه ریزی و اقدام می شود.

سنجه ۲. پایش میزان خون های برگشتی از بخش به بانک خون انجام و اقدامات اصلاحی برنامه ریزی و کارکنان بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۳. پایش میزان فرآورده های خونی برگشتی از بخش به بانک خون انجام و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت اجرا می شود.

سنجه ۴. کمیته طب انتقال خون حداقل هر ۲ ماه یک بار (ترجیحاً ماهانه) تشکیل جلسه می دهد.

۴-۱۴) کمیته پایش و سنجش کیفیت در راستای اهداف و ماموریت های تعریف شده فعالیت دارد.

سنجه ۱. فهرست شاخص های عملکردی و شاخص های برنامه های عملیاتی / بهبود کیفیت با مشارکت نمایندگان بخش / واحدهای مختلف بیمارستان تهیه شده و در کمیته پایش و سنجش کیفیت بررسی، تایید و به تیم اجرایی ارائه می دهد.

سنجه ۲. نتایج اندازه گیری شاخص های عملکردی و شاخص های برنامه های عملیاتی / بهبود کیفیت حداقل سه ماهه و در کمیته پایش و سنجش کیفیت بررسی، و گزارش تحلیلی* به تیم اجرایی ارائه می دهد.

سنجه ۳. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادهای (یا مسئول معادل)، گزارش تحلیل ریشه ای ناراضیاتی ذینفعان را حداقل سه ماهه تهیه و پس از بررسی و تایید کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریتی اجرایی گزارش می دهد.

^۱ مطابق با بخشنامه شماره ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵

^۲ مطابق با بخش نامه ۱۰۰/۵۸۲ مورخ ۹۰/۴/۲۱



۵) بهبود کیفیت

۵-۱) فرآیندهای اصلی* بیمارستان، با همکاری صاحبان فرآیندها مدیریت می شود.

- سنجه ۱. فرآیندهای اصلی* بیمارستان شناسایی شده و مستند شده اند.
- سنجه ۲. فرآیندهای تدوین شده در بخش ها/واحدهای بیمارستان جاری سازی می شود.
- سنجه ۳. فرآیندها پایش و با شاخص های تعیین شده ارزیابی می شود.
- سنجه ۴. فرآیندهای بیمارستان تحلیل شده و در صورت نیاز مورد بازنگری و بهبود قرار می گیرد.

۵-۲) مشکلات جاری و فرصت های بهبود شناسایی و اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت مرتبط اجرا می شود.

- سنجه ۱. مسئولین واحدها/بخش ها با همکاری کارکنان نسبت به شناسایی مشکلات و تعیین فرصت های بهبود اقدام و پس از الویت بندی اقدام اصلاحی به عمل می آید و سوابق آن ثبت می شود.
- سنجه ۲. در صورتی که حل مشکل نیاز به همکاری سایر بخش ها/ واحدها و یا نیازمند منابع باشد مسئول واحد/بخش با همکاری مسئول دفتر بهبود کیفیت و سایر همکاران ذیربط نسبت به تدوین برنامه بهبود کیفیت* اقدام می نمایند.
- سنجه ۳. دفتر بهبود کیفیت ضمن طبقه بندی برنامه های بهبود کیفیت که اجرای آنها نیاز به تخصیص منابع (پرسنل، بودجه، تجهیزات و تسهیلات) دارند در تیم اجرایی مطرح و در صورت تصویب با همکاری مسئولین واحدها/بخش ها بر پیشرفت و اجرای آن نظارت و به تیم اجرایی گزارش می نماید.

۵-۳) شاخص های عملکردی* بیمارستان مدیریت می شود.

- سنجه ۱. واحدها / بخش های بیمارستان، شاخص های عملکردی را تعیین و این شاخص ها توسط کمیته پایش و سنجش کیفیت اولویت بندی، و به تیم مدیریت اجرایی پیشنهاد می شود.
- سنجه ۲. تیم مدیریت اجرایی شاخص های عملکردی الویت بندی شده را که مورد تایید کمیته پایش و سنجش کیفیت می باشد بررسی و تصویب نموده و به تمام بخش ها /واحدهای مرتبط ابلاغ می نماید.
- سنجه ۳. علاوه بر شاخص های عملکردی طراحی / انتخاب شده توسط بیمارستان، بایستی شاخص های پنجگانه اورژانس*، مرگ مغزی دربخش ICU، سکت قلبی در بخش CCU و سایر شاخص های الزامی و ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برابر آخرین دستورالعمل ها اندازه گیری شود.
- سنجه ۴. دفتر بهبود کیفیت نتایج شاخص های سنجش شده در فواصل تعیین شده (حداکثر سه ماهه) از واحدها/ بخش های بالینی و غیر بالینی را دریافت و نتایج مربوطه را تحلیل و ضمن بررسی در کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریت اجرایی گزارش می نماید.
- سنجه ۵. بیمارستان متناسب با تحلیل نتایج شاخص های عملکرد اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت انجام می دهد.

۵-۴) خودارزیابی اعتبار بخشی در بخش ها / واحدهای بیمارستان انجام می شود.

- سنجه ۱. بخش ها / واحد ها خود ارزیابی اعتبار بخشی را انجام داده و گزارش آن را به دفتر بهبود کیفیت ارائه می نماید.
- سنجه ۲. بیمارستان گروه ارزیابی داخلی* را تشکیل داده و با برنامه ریزی دفتر بهبود کیفیت حداقل یک بار در سال، خود ارزیابی کلی بیمارستان را طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت*، انجام داده و گزارش مکتوب پس از تایید تیم مدیریت اجرایی به دفتر بهبود کیفیت ارائه می شود.
- سنجه ۳. دفتر بهبود کیفیت گزارش های خود ارزیابی را تحلیل و اقدام اصلاحی مربوط را برنامه ریزی می نماید.
- سنجه ۴. با هدایت دفتر بهبود کیفیت نتایج خود ارزیابی اعتبار بخشی طبق زمان بندی اعلام شده و دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت*، پس از نهایی سازی و تایید تیم مدیریت اجرایی در سامانه ملی اعتبار بخشی ثبت می شود.



۶) مدیریت خطا

۶-۱) فرایندهای پیشگیری از خطاهای پزشکی^۱، وجود دارد.

سنجه ۱. بر اساس روش اجرایی مدون ارزیابی پیشگیرانه* خطاهای پزشکی در بخشها / واحدهای مختلف بیمارستان با محوریت مسئول ایمنی بیمار انجام شده است.
سنجه ۲. نتایج ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی در کمیته مربوطه، بررسی و پس از تعیین اولویتها، اقدامات اصلاحی و یا در صورت نیاز برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرایی می شود.

۶-۲) برنامه ریزی در خصوص نحوه مدیریت خطاهای پزشکی به وقوع پیوسته، انجام شده است.

سنجه ۱. روش اجرایی برای نحوه گزارش دهی و بررسی خطاهای پزشکی تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. گزارش دهی همگانی در مورد خطاهای مراقبتی و حادثه های ناشی از خطاهای مراقبتی بصورت فعال و بدون ترس از سرزنش و تنبیه وجود دارد.
سنجه ۳. گزارش خطاهای پزشکی در کمیته مربوطه* بررسی و تحلیل شده و برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرایی می شوند
سنجه ۴. خطاهای منجر به آسیب بیمار که حداقل شامل موارد ذیل می باشد با همکاری صاحبان فرایند، بصورت ریشه ای بررسی^۲ شده و برنامه مداخله ای جهت آن تدوین و اجرا می شود.
* مرگ و میرهای غیر منتظره
* واکنش های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، باعث آسیب به بیمار شده اند
* خطاهای دارویی مهم که باعث آسیب به بیمار شده اند
* خطا ها و رویدادهای هوشبری که باعث آسیب به بیمار شده اند
* تفاوت های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل بر اساس بافته های پاتولوژی و جراحی
سنجه ۵. نتایج تحلیل های خطاهای پزشکی جهت کاهش خطاهای آتی بصورت "به اشتراک گذاری آموخته ها"^۳ به سایر کارکنان اطلاع رسانی می شود.

۶-۳) عملکرد بیمارستان در اجرای برنامه های مدیریت خطا، ارزیابی و تحلیل می شود.

سنجه ۱. شاخصهای ایمنی بیمار تعیین، پایش و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت براساس آن انجام می شود.
سنجه ۲. نتایج ممیزی های انجام شده عملکرد تیم ایمنی بیمار در کمیته ایمنی بیمار گزارش و اقدامات اصلاحی براساس آن تدوین و اجرایی می شود.
سنجه ۳. نتایج گزارش ها، ارزیابی ها و مداخلات اصلاحی صورت گرفته در خصوص خطاها، بصورت فصلی به تیم مدیریت اجرایی گزارش می شوند.

^۱ Medical Error
^۲ Root Cause Analysis
^۳ Learn & Share



۷) مدیریت خطر، حوادث و فوریتهای

ارزیابی خطر

۷-۱) بیمارستان جهت کاهش خطر حوادث و فوریتهای، برنامه بررسی خطر را بصورت سالیانه انجام داده و پس از استخراج خطرات، اولویت بندی و برنامه مداخله ای تدوین می نماید.

- سنجه ۱. ارزیابی خطر در بیمارستان براساس کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی^۱ * و در سه حیطة عملکردی، ایمنی سازه ای و ایمنی غیر سازه ای بصورت سالیانه انجام شده است.
- سنجه ۲. براساس نتایج ارزیابی خطر در حیطة عملکردی، اولویتهای مشخص، اقدامات اصلاحی تدوین و اجرایی شده است.
- سنجه ۳. براساس نتایج ارزیابی خطر در حیطة سازه ای، اولویتهای مشخص، اقدامات اصلاحی تدوین و اجرایی شده است.
- سنجه ۴. براساس نتایج ارزیابی خطر در حیطة غیرسازه ای، اولویتهای مشخص، اقدامات اصلاحی تدوین و اجرایی شده است.

آمادگی و افزایش ظرفیت

۷-۲) از ارتقای آمادگی در برابر حوادث و فوریتهای، از طریق افزایش ظرفیت* اطمینان حاصل شده است.

- سنجه ۱. روش اجرایی جهت افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه "فضای فیزیکی" در زمان بروز حوادث تدوین شده است و افراد مرتبط نسبت به آن آگاهی دارند.
- سنجه ۲. روش اجرایی جهت افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه "تجهیزات" در زمان بروز حوادث تدوین شده است و افراد مرتبط نسبت به آن آگاهی دارند.
- سنجه ۳. روش اجرایی جهت افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه "نیروی انسانی" در زمان بروز حوادث تدوین شده است و افراد مرتبط نسبت به آن آگاهی دارند.
- سنجه ۴. بیمارستان به منظور پاسخ به ۵ مخاطره اول شناسایی شده، اقداماتی را تدوین و اجرایی نموده است.

۷-۳) سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان^۲ در بیمارستان تدوین و اجرایی شده است.

- سنجه ۱. سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان براساس پاسخ به ۵ مخاطره اول* شناسایی شده تدوین شده است.
- سنجه ۲. شرح وظایف، مسئولیتهای و اختیارات جایگاههای سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان موجود است و کارکنان مرتبط از آن مطلع هستند.
- سنجه ۳. روش اجرایی برای مشخص کردن نحوه فعال سازی و غیر فعال سازی جایگاههای سامانه فرماندهی حادثه تدوین شده است و اعضای تیم از آن مطلع هستند.

۷-۴) روشهای اجرایی پاسخ به حوادث و فوریتهای داخلی و خارجی بیمارستان مشخص شده است.

- سنجه ۱. فلوجارت نحوه فعال سازی هشدار اولیه بیمارستان EWS^۳ * براساس فوریتهای داخلی و خارجی بیمارستان تدوین شده است و افراد مرتبط نسبت به آن آگاهی دارند.
- سنجه ۲. روش اجرایی فعال سازی برنامه پاسخ زمان بروز حوادث تدوین شده است و افراد مرتبط از آن مطلع می باشند.
- سنجه ۳. روش اجرایی روشهای ارتباطی جایگزین نظیر بی سیم و تلفن ماهواره ای در هنگام بروز حادثه تدوین و اجرایی شده و افراد مرتبط نسبت به آن آگاهی دارند.
- سنجه ۴. روش اجرایی تخلیه بیمارستان در زمان بروز حادثه تدوین شده و بر اساس آن عمل شده و افراد مرتبط نسبت به آن آگاهی دارند.

۷-۵) دوره های آموزشی و تمرین های شبیه سازی شده جهت آمادگی و پاسخ به حوادث و فوریتهای اجرا می شود.

- سنجه ۱. بیمارستان دوره های آموزشی ویژه اعضای کمیته مدیریت کاهش خطر حوادث و فوریتهای را تدوین و اجرایی نموده است.
- سنجه ۲. بیمارستان دوره های آموزشی ویژه کارکنان در خصوص آمادگی و پاسخ به حوادث و فوریتهای را تدوین، و اجرایی نموده است.

^۱ Hospital Safety Index

^۲ Hospital incident command system

^۳ Early Warning System



سنجه ۳. حداقل سالی یکبار تمرینهای شبیه سازی شده حوادث و فوریت ها براساس نتایج بررسی خطر انجام می شود که شامل تمرین دور میزی و تمرین عملکردی محدود^۱ است و کارکنان در رده های مختلف شغلی در آن شرکت می نمایند.

پایش عملکرد

۶-۷) عملکرد بیمارستان در اجرای برنامه های مدیریت خطر، آمادگی و پاسخ به حوادث و فوریت ها ارزیابی و تحلیل می شود.

سنجه ۱. حوادث گزارش شده بیمارستان در زمینه های (ساختمان، تاسیسات، برق اضطراری، HIS، خرابی تجهیزات اصلی و سایر موارد) در کمیته مدیریت خطر حوادث و فوریتها بررسی، تحلیل و اقدامات اصلاحی طبق آن انجام می شود.
سنجه ۲. نتایج اجرای کلیه برنامه های پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بهبودی حوادث و فوریتها در بیمارستان که شامل پیشرفت برنامه عملیاتی بر اساس نتایج ارزیابی خطر، ارزیابی آموزشهای ارائه شده، انجام تمرین ها جهت آمادگی بیمارستانی و منابع مورد نیاز و... است، مورد تحلیل قرار گرفته و براساس آن برنامه مداخله ای تدوین و اجرایی می شود.

ایمنی آتش

۷-۷) اقدامات پیشگیری و کنترل آتش سوزی در بیمارستان اجرا می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی مدون ایمنی در مقابل آتش سوزی شامل چگونگی پیشگیری، کشف سریع، پاسخ و خروج ایمن و اولویت بندی شده هنگام بروز آتش سوزی تدوین و همه کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. مکان های پرمخاطره برای آتش سوزی شناسایی شده و تمهیدات اختصاصی پیشگیری و کنترل در نظر گرفته شده است.
سنجه ۳. تعداد خاموش کننده های دستی مورد نیاز به تفکیک بخش ها و واحدها و فضاهای مختلف، مشخص شده و با تاریخ معتبر و آماده اطفاء در ارتفاع و محلی با دسترسی آسان و در معرض دید نصب شده اند.
سنجه ۴. سیستم اعلام حریق و دتکتورهای حساس به دود و حرارت بکار گرفته شده اند.
سنجه ۵. جعبه های آب آتش نشانی یا علائم و نوشته های روی آنها، به رنگ فسفری (شب رنگ) آماده به کار هستند.
سنجه ۶. در فضای عمومی بیمارستان و اتاق بیماران نقشه راهنمای درب های خروج اضطراری و مسیرهای تخلیه سریع و ایمن افراد درون ساختمان با علائم تصویری خروج اضطراری به سمت پله های خروج اضطراری مشخص است.
سنجه ۷. سوابق تعمیر، نگهداری و ارزیابی دوره ای تجهیزات پیشگیری، اعلام و مقابله با آتش سوزی موجود است.
سنجه ۸. هماهنگی های لازم برای استفاده فوری از خدمات آتش نشانی و آمبولانس های خارج از بیمارستان، انجام گرفته است.



۸) منابع انسانی

استخدام، انتصاب، بکارگیری و خروج از کار

۸-۱) نیازسنجی نیروی انسانی برای تمامی بخشها و واحدها صورت گرفته و بر اساس آن اقدام می شود.

سنجه ۱. نیازسنجی نیروی انسانی، هر بخش/ واحد بر اساس یک الگوی مبتنی بر شواهد علمی، حداقل با مشارکت تیم مدیریت اجرایی صورت گرفته است.

سنجه ۲: چینش نیروهای موجود در تمامی بخشها و واحدها در هر نوبت کاری متناسب با نیازسنجی آن واحد انجام گرفته است.

۸-۲) استخدام، انتصاب کارکنان و مدیران به صورت برنامه ریزی شده اجرا می شود.

سنجه ۱. فرآیند مکتوبی برای استخدام کارکنان و انتصاب مسئولان وجود دارد و در این زمینه اطلاع رسانی شده و بر اساس آن عمل می شود.

سنجه ۲. فرآیند مکتوبی برای انتخاب و انتصاب مسئولان، وجود دارد و به کارکنان اطلاع رسانی و بر اساس آن عمل میشود.

۸-۳) مقررات داخلی بیمارستان تدوین شده و اطلاع رسانی می شود.

سنجه. بیمارستان مجموعه الکترونیکی مقررات داخلی در موضوع مدیریت منابع انسانی را تدوین و کارکنان از آن اطلاع دارند.

۸-۴) حقوق و مزایای کارکنان در چارچوب مقررات مربوطه پرداخت می شود.

سنجه. حقوق و مزایای کارکنان در چارچوب قوانین و مقررات تعیین شده و بموقع* پرداخت میشود.

۸-۵) نحوه خاتمه خدمت کارکنان مشخص است.

سنجه ۱. بیمارستان روش اجرایی مدون در خصوص خاتمه خدمت کارکنان (انتقال، اخراج، بازنشستگی و...) و همچنین نحوه جانشین پروری، انتقال تجربیات و اطلاعات و... را تعیین نموده و به آن عمل مینمایند و کارکنان از آن آگاهی دارند.

سنجه ۲. بیمارستان روش اجرایی مدون در خصوص جانشین پروری و انتقال تجربیات و اطلاعات کارکنان خروجی به سایر کارکنان تعیین نموده و به آن عمل مینمایند و کارکنان از آن آگاهی دارند.

۸-۶) پرونده پرسنلی کاغذی/ الکترونیک کارکنان، حاوی اطلاعات مورد انتظار در واحد مدیریت منابع انسانی موجود است.

سنجه ۱. پرونده پرسنلی کاغذی/ الکترونیک تمام کارکنان حتی کارکنان بخشها و واحدهای برون سپاری شده، در واحد مدیریت منابع انسانی موجود است و ترتیب قرار گرفتن و تعداد اوراق داخل هر پرونده با ذکر موضوع آن، و اوراق برگ شماری شده است.

سنجه ۲. پرونده پرسنلی حاوی حداقل موارد مورد انتظار* است.

سنجه ۳. در صورت خروج هر پرونده کاغذی از این واحد، کارت جایگزین با ذکر تاریخ تحویل، نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده و بخش یا واحد تحویل گیرنده، در جای پرونده قرار می گیرد.

سنجه ۴. اصل محرمانه بودن و امنیت اطلاعات رعایت می شود. در صورتی که اختیار دسترسی به فرد دیگری تفویض شده است، مستندات رسمی آن موجود است.

۸-۷) فهرست کارکنان جهت فراخوان در مواقع بحرانی، در تمام اوقات شبانه روز در دسترس است.

سنجه. دسترسی شبانه روزی به لیست کارکنان شامل اطلاعات نام و نام خانوادگی و تلفن تماس و سمت سازمانی و آدرس با رعایت اصل محرمانه بودن و امنیت و سطح دسترسی برای بخشها و واحدها امکان پذیر است.

۸-۸) فهرست نوبت کاری شبانه روزی کارکنان به صورت ماهیانه مشخص و در دسترس می باشد.

سنجه ۱. لیست نوبت کاری شبانه روزی هر ماه با ذکر نام و سمت کارکنان توسط بخشها و واحدها در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است و یک نسخه از آن در واحد منابع انسانی موجود می باشد.

سنجه ۲. هر یک از پرسنل بالینی مطابق بخشنامه شماره ت/ ۴۳۶۱۶/ ه مورخ ۸۸/۱۱/۱ هیئت دولت و همچنین سایر کارکنان مرتبط با بیمار، در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمت می پردازند (به جز در موارد بروز بحران که بر اساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می شود).



۸-۹) امکان گزارش گیری اداری و مالی کارکنان میسر است.

سنجه ۱. امکان تهیه لیست کارکنان و گزارش گیری به روز در خصوص تعداد، اطلاعات مالی (احکام حقوقی) و اداری (نوع رابطه استخدامی، وضعیت اشتغال، مدرک تحصیلی و حوادث شغلی، مرخصی ها، میزان گردش کارکنان در انواع پست های هر بخش) برای کل کارکنان بیمارستان و همچنین به تفکیک بخش ها و واحد ها، حتی قسمت های برون سپاری شده، وجود دارد

سنجه ۲. اطلاعات مرخصی های استحقاقی و استعلاجی، سابقه حوادث شغلی احتمالی برای کل کارکنان بیمارستان و همچنین به تفکیک بخش ها و واحد ها، حتی قسمت های برون سپاری شده، وجود دارد.

۸-۱۰) شرح وظایف کارکنان و شرایط احراز مشخص شده است.

سنجه. شرح وظایف و شرایط احراز و سطح تحصیلات مورد نیاز هر شغل یا پست سازمانی در بیمارستان مشخص شده است.

۸-۱۱) یک نسخه اصلی از شرح شغل و شرح وظایف تمام مشاغل سازمانی موجود است.

سنجه ۱. یک نسخه از کتاب یا جزوه شرح شغل و شرح وظایف تایید شده توسط مراجع ذیصلاح* در واحد مدیریت منابع انسانی و نسخه الکترونیک آن در واحد های مربوط وجود دارد.

سنجه ۲. کارکنان از شرح شغل و شرح وظایف محوله آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

ارزشیابی، ارتقای شغلی و انگیزش

۸-۱۲) ارزشیابی کارکنان در فواصل زمانی معین انجام می شود.

سنجه ۱. ارزشیابی کارکنان در فواصل زمانی معین (حداقل سالانه) صورت می پذیرد و میزان انطباق عملکرد آنان با شرح وظایف شان مد نظر قرار می گیرد.

سنجه ۲. در ارزشیابی کارکنان، نقاط قوت و قابل بهبود آنان، مشخص شده است. و نتایج ارزشیابی کارکنان در طراحی برنامه آموزشی و ارتقایی و پیشنهادهای اصلاحی در ارزشیابی قبلی مورد استفاده قرار می گیرد.

۸-۱۳) ارتقاء شغلی عادلانه کارکنان برنامه ریزی و اجرا می شود.

سنجه. بر اساس روش اجرایی مدون ارتقاء کارکنان برای تمام رده های شغلی در سطح بیمارستان اعم از بالینی و غیر بالینی برنامه ریزی شده و کارکنان از آن اطلاع دارند و بر اساس آن عمل می شود.

۸-۱۴) بیمارستان رضایت کارکنان را مورد سنجش و تحلیل قرار می دهد.

سنجه ۱. که بیمارستان در فواصل زمانی معین، حداقل فصلی رضایت کارکنان را حداقل از طریق پرسشنامه ای که روایی و پایایی آن تأیید شده است، مورد سنجش قرار می دهد و نتایج رضایت سنجی از بیماران و یا همراهان، در دفتر نظام پایش و بهبود کیفیت تحلیل و در کمیته بهبود کیفیت گزارش تهیه و به تیم مدیریت اجرایی جهت اتخاذ تصمیمات ارسال می شود.

سنجه ۲. بر اساس نتایج تحلیل رضایت سنجی از گیرندگان خدمت و با تشخیص تیم مدیریت اجرایی مداخلات اصلاحی انجام می شود.

۸-۱۵) مزایای غیر مستمر کارکنان مبتنی بر عملکرد محاسبه و پرداخت می شود.

سنجه. روش اجرایی پرداخت مبتنی بر عملکرد مزایای غیر مستمر تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.

۸-۱۶) امکانات رفاهی و پاداش های انگیزشی کارکنان پیش بینی و براساس آن عمل می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی تامین امکانات رفاهی تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.

سنجه ۲. روش اجرایی تامین پاداش های انگیزشی کارکنان تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.

۸-۱۷) سامانه اخذ پیشنهادات و حمایت از پیشنهادهای اثربخش کارکنان طراحی شده است.

سنجه. روش اجرایی اخذ پیشنهادات و حمایت از پیشنهادهای اثربخش تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.

آموزش و توانمند سازی

۸-۱۸) کارکنان از شرایط عمومی بیمارستان و ویژگیهای اختصاصی بخش / واحد کاری خود آگاهی دارند.

سنجه. در بخش ها و واحدهای مختلف بیمارستان، یک کتابچه الکترونیکی توجیهی برای آشنا سازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگیها و نکات مهم بیمارستان اختصاصی هر بخش / واحد، موجود است و کارکنان از محتوی آن آگاهی دارند.



۸-۱۹) توانمندی حرفه ایی کارکنان جدید احراز می شود.

سنجه ۱. لیست اقداماتی که کارکنان بخش ها / واحدها جهت عهده دار شدن نقش ها و مسئولیت های خود در رده های مختلف شغلی که ضروریست در آن توانمند باشند، تدوین شده است
سنجه ۲. بیمارستان مصادیق مهارتی و دانشی مورد نیاز برای هر یک از مسئولیتهای بخش / واحد را شناسایی کرده و یک فرد خبره *، ماهر و ذی صلاح، این موارد را با توانمندی کارکنان جدید به بخش / واحد تطبیق میدهد و پس از کسب اطمینان از احراز صلاحیت نهایی، فرد جدید به کار گمارده میشود.

۸-۲۰) توانمندی مستمر کارکنان بر اساس آموزش هدفمند و اثربخش انجام می شود.

سنجه ۱. کارکنان *، از مفهوم و نحوه تنظیم و اجرای برنامه توسعه فردی آگاهی داشته و دارای برنامه توسعه فردی * می باشند.
سنجه ۲. نیازسنجی آموزشی همه کارکنان براساس پیشنهاد مسئول واحد / بخش با / یا برنامه توسعه فردی در بیمارستان انجام میشود.
سنجه ۳. برنامه ریزی آموزشی براساس نیازسنجی آموزشی پیشنهادی مسئولین واحد / بخش (حداقل سالیانه) و تأیید مدیریت پرستاری برای پرستاران و مدیر منابع انسانی برای کارکنان غیر پرستاری پس از تصویب تیم مدیریت اجرایی انجام شده و اجرا می شود.
سنجه ۴. شاخص های ارزیابی اثر بخشی برنامه های آموزشی در حیطه های دانشی، مهارتی و نگرشی پس از برگزاری دوره های آموزشی سنجش و بر اساس نتایج اقدام اصلاحی انجام میشود.
سنجه ۵. بخشی از بودجه سالانه برای آموزش کارکنان با توجه به اولویت های تعیین شده تخصیص یافته است.

۸-۲۱) بیمارستان از مهارت های کارکنان بالینی در بخش های تخصصی اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. دوره های آموزشی تخصصی برای مهارت کارکنان بالینی بخش های ویژه (ICU) حداقل در موضوعات ذیل انجام و پیش شرط اشتغال در این بخش احراز صلاحیت نهایی توسط کارشناس خبره * بخش است.
۱- پایش همودینامیک ۲- محاسبات دارویی ۳- تحلیل نتایج گازهای خون و سایر آزمایش ها ۴- آگاهی از وضعیت (position) مناسب ۵- پیشگیری و درمان زخم فشاری ۶- آگاهی از کار د سنگه ونتیلاتور و تنظیمات ابتدایی ۷- نحوه ی مراقبت از بیماران بی قرار، کنترل درد ۸- ارزیابی سطح هو شیاری ۹- تغذیه و دارو درمانی بیماران دارای سطح هو شیاری پایین و سایر موارد به تشخیص بیمارستان.
سنجه ۲. دوره های آموزشی مهارتی کارکنان بالینی بخش های ویژه (CCU) حداقل در موضوعات ذیل انجام و پیش شرط اشتغال در این بخش احراز صلاحیت نهایی توسط کارشناس خبره * بخش است.
۱- تشخیص و درمان ریتم های قلبی غیر طبیعی ۲- دفیبریلاسیون / کاردیو ورژن و سایر موارد به تشخیص بیمارستان.
سنجه ۳. دوره های آموزشی مهارتی کارکنان بالینی بخش (NICU) حداقل در موضوعات ذیل انجام و پیش شرط اشتغال در این بخش احراز صلاحیت نهایی توسط کارشناس خبره * بخش است.
۱- پالس اکسیمتری ۲- احیاء و لوله گذاری تنفسی نوزادان ۳- اکسیژن تراپی و حمایت های تنفسی ۴- مراقبت از مسیره های نافی ۵- مراقبت های حرارتی و سایر موارد به تشخیص بیمارستان.

سنجه ۴. دوره های آموزشی مهارتی کارکنان بالینی بخش ها بیهوشی و اتاق عمل حداقل در موضوعات ذیل انجام و پیش شرط اشتغال در این بخش احراز صلاحیت نهایی توسط کارشناس خبره * بخش است.
۱- بیهوشی و آماده سازی کودکان ۲- بیحسی های منطقه ای ۳- مدیریت درد ۴- پایش همودینامیک و سایر موارد به تشخیص بیمارستان.
سنجه ۵. پزشکان و پرستاران بخش های ویژه، اورژانس و اتاق عمل آموزش های لازم در زمینه انجام احیای قلبی-ریوی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور را حداقل سالانه می گذرانند.
سنجه ۶. متخصص دارو سازی بالینی یا دارو ساز عمومی، به طور منظم و بر حسب نیاز سنجی آموزشی برای کارکنان بالینی، دوره های آموزشی دارویی و لوازم مصرفی پزشکی را برگزار می نماید.
سنجه ۷. حداقل دوره های آموزشی مهارتی الزامی برای کارکنان پاراکلینیک و غیر بالینی جدید ورود توسط مسئولین مربوطه تعیین شده و احراز صلاحیت لازمه توسط کارشناس خبره * بخش/واحد انجام و براساس نتایج، اقدام اصلاحی به عمل می آید.

۸-۲۲) بیمارستان از مهارت های عمومی کارکنان با رویکرد ایمنی، خطر، بحران و بلایا اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. کارکنان حداقل یک بار آموزش های لازم در زمینه اجرای صحیح احیاء ی قلبی-ریوی پایه را می گذرانند.
سنجه ۲. کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش ها و عقاید گیرندگان خدمت، رعایت حقوق آنان و ارتقای مهارتهای رفتاری و ارتباطی بطور مستمر (حداقل سالانه) آموزش می بینند.



سنجه ۳. کارکنان در زمینه مدیریت خطر حداقل شامل ایمنی بیمار، کنترل عفونت، ایمنی و سلامت شغلی، آتش نشانی و مدیریت بحران، (حداقل سالانه) آموزش می بینند.

سنجه ۴. کارکنان در زمینه بهداشت محیط (حداقل سالانه) آموزش می بینند.

سنجه ۵. آموزش تئوری و عملی تخلیه اماکن در هنگام آتش سوزی به صورت شبیه سازی شده (بدون ایجاد استرس برای بیماران و همراهان) در بیمارستان حداقل سالیانه اجرا می شود.

سنجه ۶. کارکنان حداقل یک بار دوره های آموزشی آتش نشانی پیشرفته حداقل شامل مباحث تئوری ایمنی در برابر آتش سوزی. کار با کپسول آتش نشانی و جعبه های آب آتش نشانی را می گذارند.

سنجه ۷. بیمارستان یک تیم آتش نشانی تشکیل داده است که به عنوان رابط آتش نشانی بخش/واحد آموزش های لازمه* را گذرانده اند.

سنجه ۸. مانور آموزشی آتش نشانی که عبارتست از تمرین شبیه سازی شده و ساختگی بدون تخلیه و ایجاد استرس برای بیماران جهت پیشگیری، کنترل و بازگشت به حالت اولیه در موارد آتش سوزی، حداقل سالانه برگزار می شود.

سنجه ۹. کارکنان در زمینه مدیریت خطر (حداقل شامل ایمنی بیمار، کنترل عفونت، ایمنی و سلامت شغلی، آتش نشانی و مدیریت بحران)، سالانه آموزش می بینند.



۹) حقوق گیرنده خدمت

اطلاع رسانی و ارتباطات

۹-۱) اطلاع رسانی در خصوص منشور حقوق بیمار در بیمارستان انجام شده و کارکنان به آن عمل می نمایند.

سنجه ۱. منشور حقوق بیمار در بیمارستان در مکانهای مناسب * و در دید گیرندگان خدمت نصب شده است.
سنجه ۲. کارکنان از منشور حقوق بیمار آگاهی داشته و به آن عمل می نمایند.

۹-۲) بیمارستان، در خصوص ارائه راهنمایی صحیح و به موقع به گیرندگان خدمت اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. بیمارستان خط مشی و روشی جهت راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان تدوین، کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.
سنجه ۲. فرد مطلع و مسلط به مهارت های ارتباطی جهت راهنمایی بیماران حداقل در لابی ورودی بیمارستان و بخش اورژانس در بیمارستانهای ریفرال / تروما و یا با مراجعه بیش از ۳۰ هزار بیمار در سال، حضور دائم دارد.
سنجه ۳. بیمارستان روشی برای راهنمایی گیرندگان خدمت در زمان پذیرش در خصوص خدمات قابل ارائه، نحوه پذیرش، بستری، ترخیص، هزینه های قابل پیش بینی، ضوابط و بیمه های طرف قرارداد، سیستمهای حمایتی مشخص نموده و اطلاع رسانی می نماید.
سنجه ۴. بیمارستان دارای وب سایت روزآمد * و حداقل دارای اطلاعات لازم در خصوص نحوه پذیرش، خدمات، تعرفه ها، قراردادهای بیمه و اطلاعات پزشکان معالج است.

۹-۳) بیمارستان با رعایت مقررات پوشش، شناسایی رده های مختلف کارکنان را برای گیرندگان خدمت تسهیل می نماید.

سنجه ۱. بیمارستان مقررات پوشش ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، را رعایت می نماید.
سنجه ۲. گیرندگان خدمت و همراهان آنها، اطلاعات لازم جهت شناسایی رده های مختلف کارکنان از روی پوشش آنها را دریافت می نمایند.
سنجه ۳. کارکنان بیمارستان، کارت شناسایی خوانا، عکس دار و قابل روئیت از فاصله یک متری را روی سینه نصب نموده اند.
سنجه ۴. اعضای گروه پزشکی مسئول ارایه مراقبت به بیمار، در ابتدا خود را به بیمار معرفی نموده و رتبه حرفه ای و سمت خود در تیم مراقبتی را به اطلاع بیمار و همراه وی می رسانند.
سنجه ۵. بیمارستان استانداردهای ملی پوشش بیماران، کارکنان^۱ را رعایت می نماید.
سنجه ۶. بیمارستان استانداردهای ملی پوشش فراگیران^۲ * را رعایت مینماید.

۹-۴) اطلاع رسانی در خصوص نحوه دسترسی به پزشک معالج به گیرنده خدمت / همراه * صورت می پذیرد.

سنجه. بر اساس روش اجرایی مدون که کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند، بیمارستان در خصوص نحوه دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول مدت درمان، به گیرنده خدمت / همراه اطلاع رسانی می نماید.

۹-۵) امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه و آگاهانه برای گیرنده خدمت / همراه * فراهم شده است.

سنجه ۱. رضایت نامه عمومی خدمات مراقبتی در زمان پذیرش بستری *، از گیرنده خدمت / همراه اخذ می شود.
سنجه ۲. در اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی * و مواردی مانند شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآورده های خونی؛ رضایت آگاهانه اخذ می شود.
سنجه ۳. پزشکان معالج * با آگاه کردن بیمار / همراه در خصوص اقدامات نیازمند به رضایت آگاهانه، با در نظر گرفتن شرایط بیمار، در زمان مناسب و متناسب با شرایط گیرنده خدمت برای تصمیم گیری در اختیار گیرنده خدمت / همراه قرار داده و به وی امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه می دهد.
سنجه ۴. اطلاعات لازم در زمینه ی علت بیماری و روش درمانی در نظر گرفته شده، خطرات و عوارض احتمالی، سیر بیماری، محاسن، روشهای جایگزین ممکن و پیش آگهی را به زبان ساده و قابل درک، در اختیار گیرنده خدمت / ولی قانونی قرار می گیرد و طی فرآیندی مشخص از گیرنده خدمت / ولی قانونی از طریق پزشکان معالج * رضایت آگاهانه بصورت مکتوب * اخذ می شود.

^۱ مطابق بخش نامه های شماره ۹۸۰۷/س مورخ ۱۳۸۷/۲/۲۲، شماره ۶۰۰/۹۰۴ مورخ ۱۳۹۱/۶/۱۴

^۲ مطابق بخش نامه شماره ۶۰۰/۱۳۱۷ مورخ ۱۳۹۱/۱۰/۶



۶-۹) محرمانگی اطلاعات بیماران در بیمارستان رعایت می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی مدونی برای حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران و مشخص کردن افراد مجاز* در تمام مراحل ثبت، انتقال، نگهداری، بایگانی و استفاده از اطلاعات تشخیصی و درمانی بیماران در درمان، آموزش و پژوهش و ارائه به مراجع / سازمان قانونی وجود داشته و کارکنان از آن اطلاع داشته و به آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. بیمارستان استفاده از هرگونه علائم یا نوشته ای که تشخیص بیماری و یا سایر اطلاعات درمانی را آشکار نماید، ممنوع کرده است.

۷-۹) کنترل استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان در قسمت های مختلف بیمارستان صورت میگیرد.

سنجه ۱. روش اجرایی مدون جهت استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیر بالینی در شیفت های موظف کاری تدوین شده که کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و در قسمت های مختلف بیمارستان بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. ورود تلفن همراه در بخش های ویژه بیمارستان و اتاق عمل، کت لب ممنوع می باشد و بر اجرای صحیح آن کاملاً نظارت می شود.

حمایت ها و تسهیلات

۸-۹) بیمارستان شرایطی را فراهم نموده است که ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران با رعایت موازین شرعی، قانونی و اصول پزشکی، امکان پذیر باشد.

سنجه ۱. خط مشی و روش؛ رعایت و حفظ حریم گیرنده خدمت با مشارکت ذی نفعان تدوین، اطلاع رسانی و اجرا می شود.

سنجه ۲. 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 باشد.

سنجه ۳. ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران با رعایت موازین انطباق و توسط کارکنان همگن انجام می شود. در مواردی که بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری است* و مواردی که خود بیمار یا همراه وی درخواست می نماید، به نحوی که مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت و مصدومین نشود، صورت می پذیرد.

سنجه ۴. کلیه بیماران* در بخش های بستری دارای تخت مستقل در محیط محفوظ با حفظ حریم شخصی هستند.

۹-۹) تسهیلات لازم برای پاسخگویی به نیازهای عبادی گیرندگان خدمت فراهم شده است.

سنجه. نیازهای عبادی گیرندگان خدمت شناسایی و تسهیلات لازم برای ایشان فراهم می شود.

۱۰-۹) بیمارستان از حفظ اموال گیرنده خدمت* اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. براساس روش اجرایی مدون که کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند حفاظت از اموال گیرنده خدمت با رعایت حقوق او تدوین و بر اساس آن عمل شده و در این خصوص به آنها اطلاع رسانی می شود.

۱۱-۹) بیمارستان از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر، حمایت می نماید.

سنجه ۱. بر اساس روش اجرایی مشخصی، بیمارستان تسهیلات لازم را برای کودکان، زنان باردار، افراد ناتوان، سالمندان، بیماران روانی، گیرندگان خدمت مجهول الهویه، معلولان ذهنی و جسمی، افراد بدون سرپرست و دیگر جمعیت های در معرض خطر فراهم می نماید.

سنجه ۲. بیمارستان در صورت نیاز بیمار به همراه، نسبت به پذیرش همراه و فراهم نمودن امکانات رفاهی همچون غذا و تسهیلات لازم برای استراحت و خواب اقدام می نماید.

۱۲-۹) اقدامات، تسهیلات و امکانات لازم برای بیمارانی که مراحل پایانی زندگی را می گذرانند اختصاص داده می شود.

سنجه ۱. بیمارستان شرایطی فراهم می نماید که گیرنده خدمت در حال احتضار در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است برخوردار شود.

سنجه ۲: بیمارستان بر اساس اصول حرفه ایی و اخلاق پزشکی و پرستاری، ضمن تامین آسایش سایر بیماران اقدامات لازم را برای بیمارانی مراحل پایانی زندگی را می گذرانند در حد امکانات و شرایط انجام می دهد.

۱۳-۹) بیمارستان به گیرنده خدمت حق می دهد تا از پزشک دیگر نظرخواهی نماید.

سنجه. در صورت درخواست گیرنده بیمارستان تسهیلاتی را برای فراهم کردن امکان نظرخواهی از پزشکان دیگر (داخل یا خارج بیمارستان) خدمت مهیا نموده است.



۹-۱۴) بیمارستان در صورت درخواست گیرنده خدمت، تصویر تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی را دسترس وی قرار میدهد.

سنجه. بیمارستان در صورت درخواست بیمار / ولی قانونی او، تصویر کاغذی / فایل الکترونیکی اطلاعات و مستندات مربوط به پرونده و نتایج اقدامات پاراکلینیک، در اختیار آنان قرار خواهد داد.

سنجش رضایت گیرنده خدمت

۹-۱۵) بیمارستان رضایت گیرنده خدمت را مورد سنجش و تحلیل قرار می دهد.

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

سنجه ۲. بر اساس گزارش دفتر پایش و بهبود کیفیت، نتایج تحلیل رضایت سنجی از گیرندگان خدمت و یا همراهان آنها در بخش های بستری بالینی و بخش های سرپایی، توسط تیم مدیریت اجرایی بررسی، تصمیم گیری و در صورت لزوم مداخلات اصلاحی به عمل می آید.

۹-۱۶) نظام کارآمد رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات در بیمارستان وجود دارد.

سنجه ۱. فرآیند نحوه اعلام شکایات، انتقادات و پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرآیند در محلی قابل رؤیت، حداقل در واحد پذیرش، بخش اورژانس، حسابداری و سالن های انتظار، در معرض دید گیرندگان خدمت نصب شده است.

سنجه ۲. شکایت گیرندگان خدمت / همراه * مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و در صورت نیاز اقدام اصلاحی انجام داده و نتیجه به ذینفع اطلاع داده می شود.

۱۰) ایمنی بیمار

با توجه به اهمیت بالای استانداردها و سنجه های ایمنی بیمار؛ استانداردهای مذکور به نوعی در تمامی محورهای اعتباربخشی لحاظ شده و این محور در قالب استانداردها و سنجه های مستقل کدگذاری نشده است؛ بنابراین پس از بارگذاری داده های اعتباربخشی بیمارستان در سامانه، می توان گزارش مستقلی از عملکرد بیمارستان در موضوع ایمنی بیمار اخذ نمود.



ب. مراقبت های بالینی

۱۱) مراقبت های عمومی بالینی

پذیرش در بخش و ارزیابی بیمار

۱-۱) اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار، در محدوده زمانی مشخص، ضمن تکمیل مستندات مربوطه انجام می گیرد.

سنجه. بر اساس روش اجرایی مدون اولین ارزیابی بیمار در محدوده زمانی با استفاده از فرم معین* توسط کارشناس پرستاری انجام می شود.

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

سنجه ۱. ساعت و تاریخ پذیرش در بخش، با مهر و امضای پرستار در پایان گزارش در پرونده بیمار ثبت می شود.
سنجه ۲. شکایت، دلیل بستری و نحوه ورود بیمار (به طور مثال با صندلی چرخ دار) در بدو پذیرش در بخش، در پرونده وی توسط پرستار ثبت می شود.
سنجه ۳. نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت هوشیاری، سلامت جسمی و وضعیت روحی بیمار در بدو پذیرش در بخش، در پرونده وی، توسط پرستار ثبت می شود.
سنجه ۴. برنامه درمانی و تمام بررسی ها و آزمایش های درخواست شده از سوی پزشک معالج در بدو پذیرش توسط پرستار، در پرونده بیمار، توسط پرستار ثبت می شود.
سنجه ۵. توضیحات و آموزش های ارائه شده در بدو پذیرش، توسط پرستار در پرونده بیمار ثبت می شود.

۱-۳) اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک* در محدوده زمانی مشخص انجام و تکمیل مستندات مربوطه، انجام می گیرد.

سنجه ۱. بر اساس روش اجرایی مدون ارزیابی اولیه بیمار در محدوده زمانی معین توسط پزشک انجام و نتایج به صورت خوانا و قید ساعت و تاریخ انجام ویزیت را با مهر و امضا، در فرم شرح حال ثبت می شود.
سنجه ۲. در صورتی که ارزیابی اولیه پزشکی نشان داد که بیمار در گروه پر خطر* و اورژانس قرار دارد، همزمان با انجام اقدامات درمانی ضروری، بلافاصله ویزیت توسط پزشک متخصص انجام می شود.

۱-۴) پزشک پس از انجام ارزیابی ها و اقدامات لازم، گزارش خود را در پرونده بیمار ثبت می نماید.

سنجه ۱. شرح حال کامل، نتایج معاینه های فیزیکی، بررسی های بالینی و تشخیص اولیه توسط پزشک در پرونده ثبت می شود.
سنجه ۲. دستورات درمانی، مراقبتی، بررسی ها و اقدامات پاراکلینیکی لازم، توسط پزشک معالج در پرونده ثبت می شود و در موارد اورژانسی اقدامات اولیه توسط پزشک ذیصلاح انجام سایر اقدامات با هماهنگی و هدایت پزشک معالج پی گیری می شود.
سنجه ۳. توضیحات و آموزش های ارائه شده به بیمار* و همراهان وی، توسط پزشک در پرونده ثبت می شود.
سنجه ۴. پزشک، داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش، بررسی و در مورد ادامه، قطع داروها و یا انجام مشاوره تصمیم گیری کرده و در برگه دستورات پزشکی بیمار مستند می نماید.

۱-۵) بر اساس ارزیابی اولیه با توجه به وضعیت بیماران، نیاز های آنان مشخص شده و خدمات مورد نیاز را دریافت می نماید.

سنجه ۱. بر اساس ارزیابی اولیه بیمار تا خدمات تسکینی، آرام بخشی مورد نیاز بیمار را شناسایی و بر اساس آن اقدام نماید.
سنجه ۲. ارزیابی انجام شده به کارکنان کمک می نماید تا دستورات درمانی، مراقبتی، مورد نیاز بیمار را شناسایی و بر اساس آن اقدام نماید.
سنجه ۳. ارزیابی اولیه انجام شده به کارکنان کمک می کند تا خدمات تغذیه ای مورد نیاز بیمار را شناسایی نمایند.
سنجه ۴. ارزیابی اولیه انجام شده به کارکنان کمک می کند تا خدمات مورد نیاز مددکاری اجتماعی بیمار را شناسایی و بر اساس ارزیابی صورت گرفته، خدمت ارائه شود.
سنجه ۵. ارزیابی انجام شده به کارکنان کمک می کند تا خدمات مورد نیاز خود مراقبتی و باز توانی بیمار را شناسایی و بر اساس ارزیابی صورت گرفته، خدمت ارائه شود.

۱-۶) بیمارستان از جداسازی بیماران روانپزشکی، عفونی و دارای رفتار بسیار پر خطر اجتماعی* اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. روش اجرایی مدون جداسازی بیمار روانپزشکی، عفونی و دارای رفتار بسیار پر خطر اجتماعی* تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.



ارزیابی ها و مراقبت های مستمر از بیمار

۷-۱۰) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی و آزمایشگاهی و یا تجویز دارو و یا انتقال خون و فراورده های خونی هویت کلیه بیماران و به ویژه گروه های در معرض خطر من جمله نوزادان، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد شناسایی و احراز می گردد (هیچ گاه شماره اتاق و تخت بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد). (مطابق بخشنامه شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷/د مورخ ۱۳۹۳/۰۶/۱۲) صورت می پذیرد. مراقبت های بالینی

سنجه . خط مشی و روش اطمینان از شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فراورده های خونی (مطابق بخشنامه شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷/د مورخ ۱۳۹۳/۰۶/۱۲) صورت می پذیرد، با رعایت حداقل های مورد انتظار، تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند

۸-۱۰) خدمات متناسب با نیاز بیماران در بخش های بالینی در تمام ساعات شبانه روز و در تمام روزهای هفته ارائه می شود.

سنجه. در تمام ساعات شبانه روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیر تعطیل) خدمات استاندارد ارائه می شود.

۹-۱۰) مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل شیفت. استمرار دارد.

سنجه. در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل شیفت مراقبت مطلوب از بیماران استمرار دارد.

۱۰-۱۰) مراقبت از بیماران در مواردی که پرستار حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می نماید، استمرار دارد.

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

۱۱-۱۰) مراقبت های مستمر به صورت یکپارچه و با محوریت و اطلاع پزشک معالج ارائه می شود.

سنجه ۱. همه مشاوره ها و اجرای آنها، درمانها و مراقبتهای لازم و نتایج ارزیابی های پرستاری و اقدامات پاراکلینیکی با اطلاع و هماهنگی پزشک معالج صورت می گیرد و نتایج به موقع به ایشان اطلاع رسانی می شود.

سنجه ۲. برنامه مراقبت در تمامی روزهای هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل توسط پزشک دارای صلاحیت با هدایت پزشک معالج استمرار داشته و تغییرات وضعیت بیمار و برنامه مراقبت یا سایر موارد، در پرونده بیمار ثبت می گردد.

۱۲-۱۰) ثبت وضعیت بیمار، تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد، توسط پزشک معالج صورت می پذیرد.

سنجه. وضعیت بیمار، تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد حداقل روزانه و در صورت لزوم و با توجه به شرایط بیمار، در فواصل زمانی کوتاهتر، توسط پزشک معالج در پرونده بیمار ثبت و مهر و امضاء می شود.

۱۳-۱۰) پزشکان متخصص به صورت شبانه روزی به صورت آنکال در دسترس و بر اساس وظایف محوله فعالیت می نمایند.

سنجه. پزشکان متخصص آنکال به صورت شبانه روزی (اعم از تعطیل و غیر تعطیل) در دسترس بوده و بر اساس وظایف محوله فعالیت می نمایند.

۱۴-۱۰) پزشکان متخصص مقیم* در دسترس بوده و بر اساس وظایف محوله فعالیت می نمایند.

سنجه ۱. پزشکان متخصص مقیم بیمارستان بر اساس برنامه تحول نظام سلامت (بسته مقیمی) به صورت شبانه روزی در دسترس و بر اساس وظایف محوله فعالیت می نمایند.

سنجه ۲. پزشکان متخصص مقیم بخش اورژانس در بیمارستان های با مراجعه بیش از ۳۰ هزار مراجعه در ماه به صورت شبانه روزی در دسترس و بر اساس وظایف محوله فعالیت می نمایند.

سنجه ۳. پزشکان متخصص مقیم بخش ICU به صورت شبانه روزی در دسترس بوده و بر اساس وظایف محوله فعالیت می نمایند.

سنجه ۴. پزشکان متخصص مقیم بیهوشی در اتاق عمل به صورت شبانه روزی در دسترس بوده و بر اساس وظایف محوله فعالیت می نمایند.

سنجه ۵. پزشکان متخصص مقیم بخش NICU به صورت شبانه روزی در دسترس بوده و بر اساس وظایف محوله فعالیت می نمایند.

سنجه ۶. پزشکان متخصص زنان و زایمان مقیم در بیمارستانهای دارای بلوک زایمان به صورت شبانه روزی در دسترس بوده و بر اساس وظایف محوله فعالیت می نمایند.

۱۵-۱۰) راهنماهای طبابت بالینی حداقل در موارد حاد و شایع بیماری شناسایی و استفاده می شود.



سنجه. حداقل ۵ مورد از حالات حاد و شایع در مراجعه کنندگان به بخش شناسایی و راهنماهای طبابت بالینی این موارد در دسترس پزشکان و سایر کارکنان درمانی قرار گرفته و از آن آگاهی دارند.

۱۰-۱۶) ارزیابی مستمر بیمار توسط کارکنان درمانی واجد صلاحیت بر اساس دستورات پزشک انجام و نتایج ثبت می شود.

سنجه ۱. پرستار مراقبت و ارزیابی مستمر بیمار را بر اساس دستورات پزشک در فواصل زمانی مناسب، حداقل یک بار در هر نوبت انجام داده و نتایج را در پرونده بیمار، ثبت می نمایند.
سنجه ۲. سایر کارکنان درمانی اقدامات و ارزیابی مستمر بیمار را بر اساس دستورات پزشک در فواصل زمانی مناسب انجام داده و نتایج را در پرونده بیمار، ثبت می نمایند.

۱۰-۱۷) مراقبت از بیماران پرخطر و اورژانسی در بخش های بالینی با رعایت مدیریت زمان صورت می پذیرد.

سنجه. روش اجرایی مدون خدمات مراقبتی درمانی و مشاوره ای، به بیماران حاد و اورژانسی در بخش با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۰-۱۸) مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی و آرام بخشی بیماران، براساس ارزیابی مستمر بیماران انجام می شود.

سنجه. روش اجرایی مدون مراقبت تسکین درد براساس ارزیابی مستمر بیماران تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۰-۱۹) جابجایی، انتقال و اعزام به سایر مراکز جهت بیماران با رعایت الزامات انجام می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی مدون جهت جابجایی بین بخشی بیماران با رعایت اصول ایمنی و سایر الزامات و الویت ها توسط بیمارستان تدوین و بر اساس آن عمل می شود.
سنجه ۲. روش اجرایی مدون جهت انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان با رعایت اصول ایمنی و سایر الزامات و الویت ها توسط بیمارستان تدوین و بر اساس آن عمل می شود.
سنجه ۳. روش اجرایی مدون جهت اعزام به سایر مراکز با رعایت اصول ایمنی و سایر الزامات و الویت ها توسط بیمارستان تدوین و بر اساس آن عمل می شود.

۱۰-۲۰) توضیحات و آموزش های حین بستری به بیمار و همراهان ارائه می شود.

سنجه. توضیحات و آموزش های لازم به بیمار* و همراهان توسط کارکنان درمان ارائه می شود.

۱۰-۲۱) ثبت دستورات مراقبتی و دارویی به صورت شفاهی در موارد ضروری در پرونده بیمار مستند و انجام می شود.

سنجه. روش اجرایی مدون برای ثبت دستورات مراقبتی و دارویی به صورت شفاهی تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۰-۲۲) بیمارستان از ارائه داروی صحیح، به روش صحیح و از راه صحیح، در زمان صحیح، به مقدار صحیح، به فرد صحیح، اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. روش اجرایی مدون جهت اطمینان از استاندارد داروی صحیح، به روش صحیح و از راه صحیح، در زمان صحیح، به مقدار صحیح، به بیمار صحیح تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و مطابق آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. پزشک پس از آگاهی دقیق از شرایط بیمار دوز دارویی و روش تجویز را در برگه دستورات پزشکی ثبت می نماید.

سنجه ۳. پرستار پس از آگاهی دقیق از شرایط بیمار از درست بودن روش و مقدار تجویز اطمینان حاصل کرده و بر اساس دستورات پزشک موارد ثبت شده را اجرا می نماید.

سنجه ۴. جهت اطمینان از به کارگیری داروی درست، کارت پروفایل دارویی آماده شده با دستورات پزشکی انطباق داده می شوند.

سنجه ۵. پرستار قبل از دارو دهی، به شرایط خاصی که پزشک را برای دارو دهی تعیین نموده توجه نموده بر اساس آن عمل می نماید.

۱۰-۲۳) عملکرد تجهیزات مورد استفاده در بخش های بالینی پیش می شود.

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



۱۰-۲۴) شناسایی داروهایی که پرستار، بدون دستور دارویی^۱ مجاز است به بیمار بدهد، صورت پذیرفته است.

سنجه. داروهایی که پرستار مجاز است در صورت نیاز و عدم دسترسی فوری به پزشک، بدون دستور دارویی مستند پزشک، به بیمار بدهد (فهرست این داروها و دوز مجاز آنان، از قبل در بخش مستند شده و موجود است).

۱۰-۲۵) بیمارستان از مراقبت های پوست و حفاظت در برابر زخم های فشاری اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. روش اجرایی مدون برای مراقبت های پوست و حفاظت در برابر زخم های فشاری تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۰-۲۶) بیمارستان از استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی و شیمیایی اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. روش اجرایی مدون برای استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی و شیمیایی تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۰-۲۷) بیمارستان از آمادگی و انجام مراقبت و پایش های مستمر و برنامه ریزی شده قبل و پس از جراحی و سایر مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. روش اجرایی مدون جهت کسب اطمینان از آمادگی و مراقبت مستمر و پایش بیمار پس از اعمال جراحی تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. روش اجرایی مدون جهت کسب اطمینان از آمادگی و مراقبت مستمر و پایش بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۳. روش اجرایی مدون جهت کسب اطمینان از آمادگی و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۴. روش اجرایی مدون جهت کسب اطمینان از آمادگی و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از شیمی درمانی و پرتو درمانی تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۵. روش اجرایی مدون جهت کسب اطمینان از آمادگی و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از اسکوپپی ها تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۶. روش اجرایی مدون جهت کسب اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداریهای پرخطر حین و پس از اتمام بارداری تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

ترخیص و استمرار مراقبت از بیمار

۱۰-۲۸) آموزش های لازم در زمان ترخیص به بیمار و همراه او ارائه می شود.

سنجه ۱. در زمان ترخیص توضیحات و آموزش های لازم به صورت شفاهی به زبان قابل درک توسط پزشک به بیمار و همراهان ارائه و آموزش های ارائه شده در یک فرم مشترک با امضای بیمار و با مهر و امضای پزشک و پرستار در پرونده بیمار نگهداری و نسخه دوم یا کپی خوانای آن تحویل بیمار می شود.

سنجه ۲. در زمان ترخیص توضیحات و آموزش های لازم به صورت شفاهی به زبان قابل درک توسط پرستار به بیمار و همراهان ارائه و آموزش های ارائه شده در یک فرم مشترک با امضای بیمار و با مهر و امضای پزشک و پرستار در پرونده بیمار نگهداری و نسخه دوم یا کپی خوانای آن تحویل بیمار می شود.

۱۰-۲۹) بیمارستان دارای روال های مطمئن برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص می باشد.

سنجه ۱. خط مشی و روش اطلاع رسانی و اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۰-۳۰) برگه خلاصه پرونده توسط پزشک معالج به صورت کامل، خوانا تکمیل و به بیمار در زمان ترخیص ارائه می شود.

سنجه. برگه خلاصه پرونده به صورت کامل، خوانا در زمان ترخیص تکمیل و نسخه دوم یا کپی خوانای آن به بیمار تحویل می شود.

^۱ Standing order



۱۲) مراقبت های اورژانس

۱۱-۱) بیماران اورژانس، به صورت برنامه ریزی شده و در اسرع وقت به پزشک متخصص، دسترسی دارند.

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

سنجه ۲. پزشکان متخصص مقیم در اورژانس در بیمارستانهای عمومی با در نظر گرفتن ارجحیت های پزشکان متخصص طب اورژانس، داخلی، جراحی، کودکان، زنان و در بیمارستان های تک تخصصی با ارجحیت تخصص مربوطه به صورت شبانه روزی و تمامی روزهای هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل مقیم بیمارستان هستند.^۱

سنجه ۳. پزشک مقیم بیمارستان در بیمارستان های مشمول برنامه تحول نظام سلامت بر اساس دستورالعمل های ابلاغی در رسیدگی به بیماران بدحال در بخش بستری؛ و دستورات دارویی و گزارشات ارزیابی بیمار با درج تاریخ و ساعت و ثبت مهر و امضا اقدام می نماید.

سنجه ۴. به منظور رسیدگی به بیماران اورژانسی در بخش های بستری و اورژانس فرآیند مشاوره های اورژانسی تعریف شده و اجرای می شود و بر اساس روش اجرایی مدون نحوه حضور پزشکان آنکال متخصص و همکاری او با پزشک مقیم و معالج تدوین و تمامی پزشکان به آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۵. لیست پزشکان، متخصصان و مشاوره دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس می توان با آنها تماس گرفت موجود، است.

۱۱-۲) بیماران اورژانس به پرستاران دارای صلاحیت، دسترسی دارند.

سنجه ۱. در واحد تریاژ بخش اورژانس در تمام ساعات شبانه روز پرستاران با حداقل ۵ سال سابقه خدمت و گذراندن دوره های آموزش تخصصی تریاژ، در اورژانس شاغل هستند.

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

۱۱-۳) مدیریت تختهای ویژه و عادی با اولویت خدمت رسانی به بیماران حاد و اورژانس انجام می شود.

سنجه. مسئول مدیریت تخت در بیمارستان تعیین شده و با اختیارات کامل و بر اساس تصمیمات کلان کمیته تعیین تکلیف، با اولویت بستری بیماران حاد و اورژانس، به بخش های بستری سرویس مربوطه منتقل می شوند.^۲

۱۱-۴) خدمات پاراکلینیکی اورژانس، شناسایی شده و به صورت شبانه روزی به بیماران ارائه می شود.

سنجه ۱. خدمات پاراکلینیک اورژانس در بیمارستان تعریف شده و بر اساس آن آزمایشگاه، تصویر برداری و سایر خدمات تشخیصی به صورت شبانه روزی ارائه می شود.

سنجه ۲. بانک خون و آزمایشگاه اختصاصی اورژانس در دسترسی مستقیم و هم طبقه اورژانس فعال هستند.

سنجه ۳. تصویر برداری اورژانس با دسترسی مستقیم و هم طبقه اورژانس فعال می باشد.

۱۱-۵) فرآیند تریاژ مراجعین بخش اورژانس به صورت برنامه ریزی شده انجام می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی مدون تریاژ تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.^۳

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

سنجه ۳. ارزیابی های مستمر جهت تعیین تکلیف بیمار برای ترخیص، ارجاع یا بستری در سایر بخشها با در نظر گرفتن محدوده زمانی، حداکثر ظرف شش ساعت^۴ انجام می شود.

۱۱-۶) اقدامات نجات دهنده حیات بیماران، برنامه ریزی شده و به موقع اجرا می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی احیای قلبی ریوی در سطح بیمارستان تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل مینمایند.

^۱ ابلاغیه شماره ۱۰۰/۱۰۱۷ مورخ ۹۰/۷/۱۶ مقام محترم وزارت بهداشت

^۲ ابلاغیه شماره ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵ مقام محترم وزارت بهداشت و بخشنامه های شماره ۴۰۱/۴۴۸۳ مورخ ۹۳/۳/۱۷ و ۴۰۱/۹۰۱۳ مورخ ۹۳/۵/۲۲ مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور

^۳ ابلاغیه های شماره ۴۰۰/۱۳۴۴۵ مورخ ۹۴/۶/۸ و ۴۰۱/۱۴۸۰۹ مورخ ۹۴/۶/۱۸ مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور

^۴ به استناد بخشنامه وزارتی شماره ۱۰۰/۱۳۰۳ مورخ ۱۳۹۰/۹/۱۹



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

سنجه ۳. بیمارستان بر اساس یک روش اجرایی مدون از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس در تمام اوقات شبانه روز در تمامی بخش ها، اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۴. ترالی اورژانس در دسترس کارکنان تمامی بخش ها می باشد به نحوی که در زمان کمتر از ۱ دقیقه امکان استفاده از محتویات آن برای احیاگران فراهم می باشد.

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

سنجه ۶. داروهای نجات بخش ترالی اورژانس^۱ موجود است و داروها در تمام ساعات و در تمام قسمت های بخش های بالینی تامین می شود.

سنجه ۷. پرستار مسئول، از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می نماید.

۱۱-۷) الزامات دسترسی به بخش اورژانس رعایت می شود.

سنجه ۱. ورودی اورژانس از ورودی سایر بخشهای بیمارستان مستقل است و دسترسی تسهیل شده به خیابان اصلی داشته و مراجعین به راحتی مسیر آن را تشخیص می دهند.

سنجه ۲. آمبولانس یا خودروی حامل بیمار بدحال یا ناتوان، از مسیر باز و بدون مانع عبور نموده و با استفاده از علائم راهنما تا ورودی اورژانس پیش می رود و در ورودی اورژانس بدون برخورد با ازدحام و شلوغی، بیمار را به اورژانس منتقل می نماید.

سنجه ۳. ورودی دارای سقف است که آمبولانس به طور کامل در زیر سقف قرار می گیرد تا بیمار در زمان انتقال از آمبولانس به فضای داخلی بخش اورژانس، بطور مستقیم در معرض شرایطی همچون برف و باران نباشد و مسیر انتقال بیمار از اورژانس به واحدهای تصویر برداری و آزمایشگاه و سایر بخش ها مسقف بوده و با داشتن شرایط تهویه و سرمایش و گرمایش مشابه سایر قسمتهای بستری بیمارستان می باشد.

سنجه ۴. بیمارستان دارای رمپ حفاظ دار با شیب زاویه دار ۷ درصد یا بالاتر محافظ دار که برانکار و ویلچر بر روی آن جا می شوند، می باشد که به برق اضطراری متصل است.

سنجه ۵. مسیرها و قسمتهای مختلف داخل و خارج اورژانس به وسیله نشانه ها و راهنماهای مناسب در تمام ساعات شبانه روز به راحتی قابل شناسایی هستند.

۱۱-۸) بیمارستان، در موارد اورژانس، بدون توجه به تامین هزینه مراقبت، خدمات سلامت مناسب ارائه می نماید.

سنجه ۱. بیمارستان در موارد اورژانس بر اساس قانون^۲ عمل نموده و بدون توجه به هزینه و پرداخت وجه الزامی از سوی بیمار یا همراه او، مراقبت های فوری سلامت را به بیماران ارائه می نماید.

سنجه ۲. در صورتی که ارائه خدمات با توجه به نوع بیمارستان، مقدور نباشد پس از ارائه خدمات اولیه ضروری در اورژانس و ارائه توضیحات لازم به بیمار/همراه در خصوص علت انتقال، اعزام، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه های خدمات در مرکز درمانی مقصد، زمینه انتقال گیرنده خدمت به واحد مجهز^۳ فراهم می شود.

۱۳) مراقبت های حاد

۱۲-۱) بیمارستان از ارائه مراقبت های ویژه به بیماران حاد در انتظار* انتقال به بخشهای ویژه اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. خط مشی و روش اجرایی مدون ارائه مراقبت های ویژه پرستاری به بیماران حاد در انتظار* انتقال به بخشهای ویژه تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. خط مشی و روش اجرایی مدون ارائه مراقبت های ویژه پزشکی به بیماران حاد در انتظار* انتقال به بخشهای ویژه تدوین و پزشکان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

^۱ براساس بخشنامه شماره ۴۰۱/۶۰۸۲/د مورخ ۹۲/۵/۱۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

^۲ ماده ۳۷ "و همچنین آیین نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب سال ۱۳۵۴ هیات وزیران"

^۳ بر اساس دستورالعمل ستاد هدایت و انتقال بیماران به شماره ۴۰۱/۳۳۷۵۷/د مورخ ۹۴/۱۲/۹



۱۲-۲) بیمارستان از انجام مانیتورینگ دقیق و مستمر برای بیماران نیازمند به مراقبت های ویژه اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. خط مشی و روش اجرایی مدون مانیتورینگ دقیق و مستمر برای بیماران نیازمند به مراقبت های ویژه به بیماران حاد بستری و یا در انتظار* انتقال به بخشهای ویژه تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. پایش مستمر وضعیت همودینامیک در بیماران نیازمند به مراقبتهای حاد صورت می پذیرد.
سنجه ۳. مانیتور قلبی پرتابل و دفیبریلاتور، برای مواردی که نیاز به انتقال بیمار وجود دارد، جدا از ترالی اورژانس بوده و استفاده می شود.

۱۲-۳) بیمارستان از انجام مراقبت از بیمارانی که تحت آرام بخشی متوسط و عمیق قرار گرفته اند اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. روش اجرایی مراقبت از بیمارانی که تحت آرام بخشی متوسط و عمیق، تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و به آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. روش اجرایی ایجاد محیط آرام و ساکت برای بخش های عادی و ویژه، تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و به آن عمل می نمایند.

۱۲-۴) نحوه پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه تعیین شده و رعایت می شود.

سنجه. روش اجرایی پذیرش و ترخیص بیماران از بخش های ویژه تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و به آن عمل می نمایند.



۱۴) مراقبت های بیهوشی و جراحی

۱۳-۱) برنامه ریزی در خصوص پذیرش بیماران در اتاق های عمل با رعایت الویت ها * و حقوق گیرنده خدمت صورت می پذیرد.

- سنجه ۱. روش اجرایی نحوه پذیرش بیماران در اتاق های عمل تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۲. اولویت بندی بیماران از نظر اورژانسی، پرخطر، عفونی بودن و آسیب پذیری * در نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل صوت می گیرد.
- سنجه ۳. روش اجرایی مشخص برای اطمینان از آمادگی کامل بیماران برای ورود به اتاق عمل وجود دارد و بر اساس آن عمل می شود.

۱۳-۲) نظافت، شستشو و گندزدایی اتاق های عمل با رعایت الزامات انجام می شود.

سنجه. روش اجرایی نحوه نظافت، شستشو و گندزدایی اختصاصی محیط های اتاق های عمل تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۳-۳) نگهداری و انتقال نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه

سنجه. روش اجرایی نحوه نگهداری و انتقال نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۳-۴) اطمینان از رعایت الزامات "دستورالعمل جراحی ایمن" صورت می گیرد.

سنجه. "دستورالعمل جراحی ایمن" برای تمامی اعمال جراحی در اتاق عمل اجرا و و سوابق آن موجود است.

۱۳-۵) استمرار مراقبت از بیمار از بدو ورود به اتاق عمل تا زمان تحویل بیمار به بخش بستری صورت می گیرد.

- سنجه ۱. فراخوان بیماران به نحوی است که پس از ورود مستقیماً به اتاق عمل منتقل شود. در غیر این صورت ضمن استمرار مراقبت جسمی و روحی * توسط کارکنان درمانی در مکانی بدون دید مستقیم * به اتاق های ریکاوری و اتاق های عمل، تا انجام عمل جراحی اقامت دارند.
- سنجه ۲. بیمار با استفاده از برانکارد یا ویلچر به اتاق عمل وارد شده و یک پرستار یا کاردان/کارشناس اتاق عمل یا هوشبری، بیمار را در بخش اتاق عمل پذیرش نموده و وضعیت بیمار را در فرم مراقبت قبل از عمل جراحی ثبت می نماید.
- سنجه ۳. پزشک متخصص بیهوشی، وضعیت بیمار قبل، حین و بعد از عمل جراحی بررسی و در برگ بیهوشی و برگ مراقبت بعد از عمل جراحی را ثبت، مهر و امضاء می نماید.
- سنجه ۴. مانیتورینگ قلبی و پایش میزان اکسیژن خون انجام و نتایج در برگه بیهوشی ثبت می شود.
- سنجه ۵. علائم حیاتی کنترل و نتایج در برگه بیهوشی ثبت می شود.
- سنجه ۶. پزشک جراح *، شرح عمل، اقدامات و سایر مشاهدات را در برگ گزارش عمل جراحی ثبت، مهر و امضاء می نماید.
- سنجه ۷. تا زمان حضور بیمار در ریکاوری متخصص بیهوشی در اتاق عمل حضور دارد.
- سنجه ۸. در موارد عمل سزارین، ماما تا زمان ترخیص مادر از ریکاوری بر بالین وی حضور دارد.

۱۳-۶) اعمال جراحی، اسکوپپی ها و سایر اقدامات تهاجمی در خارج از اتاق عمل با رعایت همه الزامات مراقبتی انجام می شود.

سنجه. خط مشی و روش اجرایی "رعایت الزامات اقدامات تهاجمی در خارج از حیطه اتاق عمل" مانند اتاق زایمان، جراحی های سرپایی و اسکوپپی ها و سایر موارد تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۳-۷) قبل از انجام عمل جراحی، از آماده به کار بودن تمامی دستگاهها، تجهیزات و ملزومات، اطمینان حاصل می شود.

- سنجه ۱. روزانه، موارد مندرج در استاندارد، بررسی و توسط تکنسین بیهوشی و متخصص بیهوشی، تأیید می شوند.
- سنجه ۲. قبل از القای بیهوشی به هر بیمار، موارد مندرج در استاندارد، بررسی و توسط تکنسین بیهوشی و متخصص بیهوشی، تأیید می شوند.



۱۵) مراقبت های مادر و نوزاد

۱۴-۱) بیمارستان از پذیرش بر اساس تریاژ در بلوک زایمان اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. پذیرش براساس تریاژ در بلوک زایمان با استفاده از روش مدون ابلاغی و با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۴-۲) بیمارستان از مدیریت بیماران پرخطر در بلوک زایمان اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. روش اجرایی "مدیریت بیماران پرخطر در بلوک زایمان" با استفاده از دستورالعمل های ابلاغی تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۴-۳) بیمارستان از مراقبت های معمول از مادران باردار در بلوک زایمان اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. روش اجرایی "مراقبت های معمول از مادران باردار" با استفاده از دستورالعمل های ابلاغی تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۴-۴) بیمارستان از آموزش به مادران درخصوص مراقبت از خود و نوزادش اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. روش اجرایی "آموزش به مادران درخصوص مراقبت از خود و نوزادش" با استفاده از دستورالعمل های ابلاغی تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند

۱۴-۵) بیمارستان از رعایت اندیکاسیون های انجام سزارین اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. خط مشی و روش اجرایی "اطمینان از رعایت اندیکاسیون های انجام سزارین" با استفاده از دستورالعمل های ابلاغی تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند

۱۴-۶) بیمارستان از چگونگی دسترسی به آمپول روگام در موقع مناسب اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. روش اجرایی "چگونگی دسترسی به آمپول روگام" با استفاده از دستورالعمل های ابلاغی تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۴-۷) بیمارستان از شناسایی صحیح نوزاد در اتاق زایمان (تعیین هویت صحیح نوزاد و تکمیل اطلاعات مربوطه بلافاصله بعد از زایمان) اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. روش اجرایی "شناسایی صحیح نوزاد در اتاق زایمان (تعیین هویت صحیح نوزاد و تکمیل اطلاعات مربوطه بلافاصله بعد از زایمان)" با استفاده از دستورالعمل های ابلاغی تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۴-۸) بیمارستان از مراقبت های معمول نوزاد اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. روش اجرایی مراقبت های معمول نوزاد با استفاده از روش مدون ابلاغی بر اساس بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در بیمارستان و قبل از ترخیص^۱ و مراقبت نوزاد از نظر تغذیه با شیر مادر بر اساس کتاب حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان های دوستدار کودک (دوره آموزشی ۲۰ساعته برای کارکنان بیمارستان ها) و مجموعه راهنمای آموزشی مادران باردار برای شیردهی تدوین شده است، و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند

۱۴-۹) بیمارستان از امنیت و ایمنی نوزاد اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. روش اجرایی "امنیت و ایمنی نوزاد"^۲ تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۴-۱۰) بیمارستان از پایش مادر تا ۲ ساعت پس از زایمان در بلوک زایمان اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. روش اجرایی "پایش مادر تا ۲ ساعت پس از زایمان"^۲ تدوین^۲ و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۴-۱۱) برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد رعایت می شود.

سنجه. براساس روش مشخص برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول انجام می شود.

^۱ به شماره ۱۰۰/۱۱۳۰ مورخ ۹۰/۸/۹

^۲ با رعایت حداقل های مورد انتظار و بر اساس بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در بیمارستان و قبل از ترخیص به شماره ۱۰۰/۱۱۳۰ مورخ ۹۰/۸/۹



۱۴-۱۲) بیمارستان از رعایت دستورالعمل بیمارستان دوستدار کودک اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. روش اجرایی "رعایت دستورالعمل بیمارستان دوستدار کودک و اجرای ده اقدام تغذیه موفق با شیر مادر" با رعایت حداقل های مورد انتظار^۱ و با استفاده از دستورالعمل های ابلاغی تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۴-۱۳) ارزیابی بدو ورود مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان (اورژانس و غیر اورژانس) توسط پزشک متخصص زنان انجام میشود.

سنجه. محدوده زمانی اولین ارزیابی مادران باردار این بلوک (مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان) (اورژانس - غیر اورژانس)** توسط پزشک متخصص زنان (یا زیدنت زنان در مراکز آموزشی) مشخص شده است. (از زمان درخواست مستند ویزیت پزشک توسط ماما/کارورز/زیدنت زنان در این بخش مطابق گزارش مامائی یا تریاژ تا ثبت اولین دستورات پزشکی در پرونده بیمار) و براساس آن اقدام می شود.^۲

۱۴-۱۴) آموزش های نحوه زایمان به مادران باردار قبل از زایمان ارائه می شود.

سنجه. توضیحات و آموزش های نحوه زایمان، روش های کاهش درد زایمان، اهمیت و چگونگی برقراری تماس پوست با پوست مادر با نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد به مادر باردار و همراهان وی توسط ماما ارائه می شود.

۱۴-۱۵) بر اساس دستورات پزشکی و برنامه مراقبتی نتایج در پرونده مادر باردار ثبت می شود.

سنجه. ماما بر اساس برگه دستورات پزشکی و برنامه مراقبتی مددجو، اقدام نموده و نتایج حاصله را حداقل در رابطه با ثبت علائم حیاتی، کنترل صدای قلب جنین و پیشرفت انقباضات، میزان جذب و دفع و پیگیری انجام به موقع آزمایش ها، ثبت انجام تماس پوست با پوست و مدت آن، ثبت شروع تغذیه با شیرمادر و مدت آن و سایر اقدامات لازم با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی مددجو ثبت می نماید.

۱۴-۱۶) پارتوگراف تکمیل شده (برگه ثبت نموداری روند لیبر) در پرونده هر مادر باردار بستری در اتاق لیبر وجود دارد.

سنجه ۱: یک برگ پارتوگراف^۳ در پرونده هر مادر باردار بستری در اتاق لیبر موجود بوده و تکمیل گردیده است.
سنجه ۲: در هر زایمان یک نفر کارشناس مامائی واجد گواهی احیای پایه نوزاد از بخش زایمان به عنوان مسوول انحصاری نوزاد حضور دارد.^۴
سنجه ۳: حداقل یک نفر واجد گواهی احیای پیشرفته نوزاد در تمام شیفت های بلوک زایمان در کلیه ساعات شبانه روز و تمامی روزهای هفته در بیمارستان حضور دارد.
سنجه ۴: در زایمان های پر خطر (زایمان های دارای عوامل خطر بارداری و زایمان هایی که نیاز به عملیات احیای نوزاد را پیش بینی مینماید) یک پزشک که واجد گواهی احیای پیشرفته نوزاد است در اتاق زایمان حضور دارد. (راهنمای بالینی احیای نوزاد فصل دوم مدیریت نیروی انسانی) انتقال به مراقبت های اورژانس

۱۴-۱۷) آموزش های لازم در زمینه مراقبت های مادر و نوزاد به شیوه ای ساده و قابل درک ارائه می شود.

سنجه ۱: در زمان انتقال، عامل زایمان آموزش های لازم را در خصوص مراقبت های مادر به بیمار ارائه و به صورت شفاهی به زبان قابل درک به وی توضیح می دهد
سنجه ۲: در زمان انتقال عامل زایمان آموزش های لازم را در خصوص مراقبت های نوزاد به صورت مکتوب (یک کپی از آن به امضای بیمار و پزشک ماما در پرونده بیمار نگهداری می شود) به بیمار ارائه و به صورت شفاهی به زبان قابل درک به وی توضیح می دهد

۱۴-۱۸) بیمارستان شرایط شیردهی و امکانات مورد نیاز مادران را فراهم می کند.

سنجه ۱: اتاق آموزش و شیردهی، امکانات لازم برای مادران در بخش زنان و زایمان و مادرانی که نوزاد و شیرخوار زیر دوسال بستری در بخش نوزادان، NICU و کودکان دارند، وجود دارد.
سنجه ۲: در بخش زنان و زایمان، به مادر زایمان کرده غذا و میان وعده داده می شود شامل مادری که در ساعات شب زایمان می کند و نیز امکان اقامت ۲۴ ساعته مادران در کنار کودک (اتاق استراحت، تخت، یخچال، امکان استحمام، دسترسی به غذا و مایعات، دسترسی به مراقبت پزشکی در صورت نیاز، دسترسی به صندلی راحتی و زیرپایی، امکان ملاقات پدر، دسترسی به تلفن) وجود دارد.
سنجه ۳: امکان استفاده از شیردوش برقی و وسایل نگهداری و خورانش شیر دوشیده شده و وسایل استریل کردن ظروف مربوطه وجود دارد

^۱ بر اساس بخشنامه های شماره ۱۰۰/۹۳۴ مورخ ۹۱/۶/۲۰ و ۴۰/۱۷۱۷۱۹ مورخ ۴۰/۸/۲۵ تدوین

^۲ بخشنامه شماره ۴۰/۶۶۲۲ مورخ ۹۱/۵/۱۶

^۳ ابلاغ شده وزارت بهداشت طی نامه شماره ۴۰/۱۵۹۵۰ به تاریخ ۱۳۹۰/۶/۲

^۴ نامه شماره ۱۰۰/۱۱۳۰ مورخ ۹۰/۸/۹



۱۴-۱۹، اتاق معاینه در ورودی بلوک زایمان وجود دارد

سنجه. اتاق معاینه در ورودی بلوک زایمان وجود دارد.

۱۴-۲۰) مدیریت درد در بخش زایمان با ملاحظات اختصاصی برنامه ریزی و انجام می شود.

سنجه. روش اجرایی "مدیریت درد در بخش زایمان" تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند

غیر قابل استناد
<http://treatment.tbzmed.ac.ir/>



ج. مدیریت امور پرستاری

۱۶) مدیریت امور پرستاری

مشارکت در سیاستگذاری ها و برنامه ریزی های بیمارستان

۱-۱۵) نیازسنجی و احراز صلاحیت منابع انسانی پرستاری بخش های درمانی انجام می شود.

سنجه ۱. دفتر مدیریت پرستاری نسبت به محاسبه و برآورد منابع انسانی مورد نیاز اقدام می نماید.
سنجه ۲. مدیر پرستاری صلاحیت نیروهای پرستاری جدیدالورود را بررسی و در صورت تایید نسبت به بکارگیری و چینش آنها در بخش های درمانی اقدام می نماید.

۲-۱۵) نیازهای بخش های درمانی از نظر منابع مالی و فیزیکی مختلف تعیین و به مسئولین مربوط اعلام می شود.

سنجه ۱. دفتر پرستاری بودجه سالیانه لازم را بر اساس برنامه های عملیاتی و فعالیت های پرستاری مربوط، برآورد و ردیف های صرف بودجه را به صورت مکتوب در خواست نموده و پس از تصویب آن، عملیاتی می نماید.
سنجه ۲. نیازهای اعلام شده از سوی سرپرستاران، برای اجرای وظایف کاری تعیین شده توسط دفتر مدیریت پرستاری اولویت بندی، درخواست و پیگیری لازم به منظور تامین منابع به عمل می آورد.

۳-۱۵) سیاست های آموزشی* برای بیماران/همراهان و کادر پرستاری تعیین و ابلاغ می شود.

سنجه ۱. سیاست های آموزشی کارکنان پرستاری حداقل سالیانه یکبار، تعیین و بصورت مکتوب به کلیه بخش ها و واحدهای مرتبط ابلاغ گردیده و بر اجرای آن نظارت می شود.
سنجه ۲. سیاست های آموزشی برای بیماران/همراهان به بخش های درمانی بصورت مکتوب ابلاغ می شود و دفتر پرستاری بر اجرایی شدن این سیاست ها نظارت می نماید.

نظارت بر نحوه اداره بخش های درمانی

۴-۱۵) دفتر مدیریت پرستاری بر نحوه اداره امور بخش ها نظارت می نماید.

سنجه ۱. روش اجرایی نظارت بر اداره امور بخش های درمانی تدوین، مسئولین پرستاری* از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. دفتر مدیریت پرستاری بر اساس روش مشخص اطمینان حاصل می نماید که "ارزیابی اولیه پرستاری" توسط سرپرستاران کنترل گردیده و بر اساس آن مداخلات اصلاحی برای بهبود عملکرد سرپرستاران انجام می شود.
سنجه ۳. دفتر مدیریت پرستاری "روش ثبت صحیح اقدامات و مراقبت های پرستاری" را حداقل سالی یکبار بازنگری و به کارکنان پرستاری ابلاغ می نماید و اطمینان حاصل می نماید که عملکرد پرستاران توسط سرپرستاران ارزیابی شده و بر اساس آن مداخلات اصلاحی برای بهبود عملکرد سرپرستاران انجام می شود.
سنجه ۴. دفتر مدیریت پرستاری مراجع "استانداردهای مراقبتی پرستاری" را حداقل سالیانه یکبار، مشخص و به پرستاران ابلاغ می نماید و بر اساس آن، پایش و تحلیل عملکرد را انجام و با مشارکت سرپرستاران مداخلات اصلاحی را طراحی نموده و بر اجرای آن نظارت می نماید.
سنجه ۵. روش اجرایی مشخصی برای نحوه تشویق و فعالیت های انضباطی در مورد کارکنان پرستاری موجود بوده، کارکنان و مسئولین بخش ها از آن اطلاع داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۵-۱۵) دفتر مدیریت پرستاری از پاسخگویی و اجرای صحیح وظایف محوله کارکنان پرستاری، اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. سرپرستاران، عملکرد پرستاران بخش را در زمینه "ارزیابی های اولیه پرستاری" پایش و کنترل نموده و با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی را برای بهبود عملکرد آنها تدوین و اجرا می نماید.
سنجه ۲. سرپرستاران، عملکرد پرستاران بخش را در زمینه "روش ثبت صحیح اقدامات و مراقبت های پرستاری" پایش و کنترل نموده و با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی را برای بهبود عملکرد آنها تدوین و اجرا می نماید.
سنجه ۳. سرپرستاران، عملکرد پرستاران بخش را برای اجرای "استانداردهای مراقبتی پرستاری" پایش و کنترل نموده و با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی را برای بهبود عملکرد آنها تدوین و اجرا می نماید.



نظارت بر ارتباطات درون و برون سازمانی

۱۵-۶) دفتر مدیریت پرستاری بر نحوه مدیریت تخت، اعزام و انتقال بیماران در داخل و خارج بیمارستان نظارت می نماید.

۱. گزارش سوپروایزری در ۲۴ ساعت گذشته در ارتباط با مدیریت تخت تحلیل و در صورت نیاز مداخلات اصلاحی پیشنهاد و اجرا می شود.
۲. دفتر مدیریت پرستاری بر روند انتقال، اعزام و مشاوره خارج از بیمارستان بیماران مطابق با روش اجرای مشخص بیمارستان، نظارت می نماید.
۳. مستندات مربوط به آمادگی و نوبت دهی بیماران در واحدهای پاراکلینیک، در اختیار سرپرستاران بخش ها قرار دارد.

غیر قابل استناد
<http://treatment.tbzmed.ac.ir/>



د. مدیریت دارو و تجهیزات

۱۷) مدیریت دارویی

دستری به خدمات دارویی

۱۶-۱) بیمارستان از دستری به دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی مورد نیاز بیمار اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. روش اجرایی نحوه ارائه خدمات دارویی، ملزومات و تجهیزات مصرفی مورد نیاز بیماران در تمام ساعات شبانه روز تدوین شده است و همه کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.

سنجه ۲. خدمات دارویی، ملزومات و تجهیزات مصرفی برای بیماران بستری و مراجعین اورژانس به صورت شبانه روزی تامین می شود.

سنجه ۳. لیست داروهای ضروری بر مبنای نام ژنریک فهرست بندی، به تایید کمیته دارو و درمان بیمارستان رسیده و به همه گروه های درمانی و پزشکان اطلاع رسانی شده است.

سنجه ۴. بر اساس فهرست داروهای ضروری این دارو ها موجود هستند و این فهرست حداقل سالی یکبار به روز رسانی می شود.

سنجه ۵. روش اجرایی نحوه مدیریت کمبود دارویی در مقاطع زمانی موقت تدوین شده است و همه کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.

سنجه ۶. روش اجرایی ممنوعیت ارجاع بیماران و همراهان جهت تامین دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی تدوین شده است و همه کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.

۱۶-۲) انبارش ایمن دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی صورت می پذیرد.

سنجه ۱. روش اجرایی انبارش ایمن و مناسب دارو ها تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نماید.

سنجه ۲. داروهای پر خطر و سیتو توکسیک با شرایط ایمن آماده سازی می گردند.

سنجه ۳. داروهای یخچالی در یخچال هایی که در فواصل زمانی مشخص دمای آنها کنترل و ثبت می شود نگهداری می شوند.

سنجه ۴. داروهای مخدر در انبار داروخانه در یک قفسه قفل دار محفوظ هستند.

سنجه ۵. انبار داروخانه و فضای عمومی داروخانه دارای فضای فیزیکی مشخص و مجزا از سایر بخشها و واحدها بوده و از دستری های غیر مجاز محفوظ می باشند.

۱۶-۳) نسخه پیچی دارو تحت نظارت مسئول فنی و براساس دستور کامل و صحیح پزشک انجام می شود.

سنجه ۱. پزشک دستور دارویی را بصورت خوانا با ذکر نام کامل دارو، شکل دارو، قدرت دارو* راه مصرف و زمان مصرف را در پرونده بیمار ثبت می نماید.

سنجه ۲. انتقال اطلاعات دستورات دارویی از پرونده بیمار به سامانه HIS بیمارستان به درستی انجام می شود و مدیر دارویی کنترل های لازم را در خصوص اطمینان از صحت و دقت درخواست ها اعمال می نماید و در صورت وجود عدم انطباق اقدام اصلاحی با هماهنگی مسئولین مربوطه انجام می دهد.

سنجه ۳. نسخه پیچی دارو تحت نظارت مسئول فنی و براساس دستور پزشک انجام می شود و مدیریت داروی دسترسی به امکان تغییر درخواست را ندارد.

۱۶-۴) توزیع دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی بصورت برنامه ریزی شده انجام می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی نحوه توزیع دارو ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نماید.

سنجه ۲. حمل و نقل دارو ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی بخش ها از انبار دارویی تا بخش های بالینی بصورت ایمن و با رعایت اصول نگهداری آنها انجام می شود.

سنجه ۳. دارو و ملزومات مصرف نشده، مرجوع و به صورت ایمن به انبار دارویی عودت می شود.

سنجه ۴. تحویل دارو ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی صرفا به افراد ذیصلاح تعیین شده در بخش های بالینی صورت می پذیرد.



۱۶-۵) بیمارستان از مصرف صحیح دارو ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. روش اجرایی مدون اصول استفاده از ملزومات و تجهیزات پزشکی یک بار مصرف تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نماید.

سنجه ۲. روش اجرایی اصول استفاده از انواع داروهای Multiple dose تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نماید.

سنجه ۳. مدیر دارویی بیمارستان در خصوص کیفیت نگهداری و میزان موجودی دارویی بخشها به تفکیک نوع دارو آگاهی داشته و بصورت منظم نظارت میدانی می نماید.

سنجه ۴. فهرست داروهای پر خطر و سیتو توکسیک برای هر یک از بخش ها تدوین و این داروها با نشان گذاری های هشداردهنده و شرایط ایمن، در یک قفسه قفل دار محفوظ هستند.

سنجه ۵. داروهای مخدر در انبار داروخانه در یک قفسه قفل دار محفوظ و مصرف آنها بصورت مستند در بخش تحت کنترل می باشد و مدیر دارویی بر مصرف این داروها نظارت دارد.

ارزیابی و پشتیبانی

۱۶-۶) روند تجویز و مصرف دارو^۱ DUE ملزومات و تجهیزات مصرفی بصورت مستمر ارزیابی می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی مدون ارزیابی روند تجویز و مصرف دارو تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نماید.

سنجه ۲. فارماکوپه دارویی بیمارستان تدوین، به تمامی گروه های درمانی و پزشکان اطلاع رسانی شده و یک نسخه از فهرست دارویی بیمارستانی (فرمولاری) در هر بخش موجود است.

سنجه ۳. روش اجرایی مدون برای مدیریت تجویز خارج از فارماکوپه دارویی بیمارستان تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نماید.

سنجه ۴. معرفی و آموزش لازم در خصوص داروهای جدید، توسط مدیریت دارویی برای تمامی گروه های درمانی و پزشکان انجام می شود.

سنجه ۵. فارماکوپه تجهیزات پزشکی مصرفی بیمارستان تدوین، به تمامی گروه های درمانی و پزشکان اطلاع رسانی شده و یک نسخه از آن در هر بخش موجود است.

سنجه ۶. روش اجرایی مدون برای مدیریت تجویز خارج از فارماکوپه تجهیزات پزشکی مصرفی بیمارستان تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نماید.

۱۶-۷) دستورات دارویی خود به خود متوقف شونده شناسایی و رعایت می شود.

سنجه. فهرست داروهای مشمول دستورات خود به خود متوقف شونده مشخص شده و کارکنان بر اساس آن اقدام و مدیریت داروی بر اجرای صحیح آن نظارت می نماید.

۱۶-۸) بیمارستان دارای یک سیستم فراخوان دارویی در موارد نیاز به جمع آوری (ریکال) دارومی باشد.

سنجه. روش اجرایی مدون فراخوان دارویی (ریکال) تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نماید.

۱۶-۹) انهدام داروهای تاریخ مصرف گذشته مطابق دستورالعمل مربوط انجام می شود.

سنجه. انهدام داروهای تاریخ مصرف گذشته مطابق دستورالعمل مربوط با تدوین صورتجلسه برای هر مورد با حضور مسئول فنی انجام می شود.

۱۶-۱۰) بازنگری داروهای تجویز شده برای بیمار توسط متخصص داروسازی بالینی انجام می شود.

سنجه. متخصص داروسازی بالینی حداقل در بخشهای ویژه داروهای تجویز شده را بازنگری کرده و نظریه خود را در پرونده بیمار ثبت مینماید.

۱۶-۱۱) خطاهای دارویی بصورت برنامه ریزی شده کنترل می شود.

سنجه. روش اجرایی مدون مدیریت خطاهای دارویی تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نماید.

۱۶-۱۲) مدیر دارویی به اطلاعات بیماران دسترسی دارد.

سنجه. مسئول فنی داروخانه حداقل به اطلاعات، نام، جنس، وزن، سن، هر نوع حساسیت یا آلرژی، تشخیص فعلی، نتایج آزمایشگاهی و داروهای تجویز شده بیمار دسترسی دارد.



۱۸) مهندسی پزشکی

مدیریت و برنامه ریزی

۱۷-۱) نگهداری و به روز رسانی شناسنامه تجهیزات پزشکی انجام می شود.

سنجه. روش اجرایی نگهداری و به روز رسانی شناسنامه تجهیزات پزشکی تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.*

۱۷-۲) کنترل کیفی تجهیزات پزشکی (کالیبراسیون) انجام می شود.

سنجه. روش اجرایی کنترل کیفی تجهیزات پزشکی تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۷-۳) اقتصاد سنجی و نظارت بر به روز بودن و افزایش بهره وری تجهیزات پزشکی انجام می شود.

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۷-۴) آموزش فنی کارکنان بخش مهندسی پزشکی و کاربران انجام می شود.

سنجه ۱. آموزش فنی کارکنان بخش مهندسی به صورت برنامه ریزی شده انجام می شود.
سنجه ۲. آموزش فنی کاربران برای استفاده صحیح و ایمن دستگاه ها به صورت برنامه ریزی شده انجام می شود.

۱۷-۵) اسقاط تجهیزات پزشکی مطابق با ضوابط ابلاغی انجام می شود.

سنجه. اسقاط تجهیزات پزشکی مطابق با ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می شود.

۱۷-۶) انبارش تجهیزات پزشکی غیر مصرفی مطابق ضوابط ابلاغی انجام می شود.

سنجه. انبارش تجهیزات پزشکی غیر مصرفی مطابق ضوابط ابلاغی انجام می شود. اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می شود.

۱۷-۷) سرویس و تعمیرات تجهیزات پزشکی به صورت برنامه ریزی شده انجام می شود.

سنجه. روش اجرایی سرویس و تعمیرات تجهیزات پزشکی تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۷-۸) سیستمی برای جمع آوری تجهیزات پزشکی معیوب (ریکال) پیش بینی شده است.

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

مستندات تجهیزات پزشکی

۱۷-۹) مستندات و راهنماهای کاربری تجهیزات پزشکی بر روی دستگاه نصب می باشد.

سنجه ۱. مستندات تجهیزات پزشکی شامل نام دستگاه، محل استقرار، مارک، مدل، شرکت نمایندگی و کد شناسه* در کنار مشخصات کنترل کیفی یا روی دستگاه نصب شده است.

سنجه ۲. راهنمای دقیق نحوه استفاده از تجهیزات پزشکی با ذکر جزییات (User manual) که از سوی شرکت سازنده یا وارد کننده تهیه شده است در بخش مهندسی پزشکی موجود است.

سنجه ۳. بخش مهندسی پزشکی بر اساس راهنمای فوق الذکر، دفترچه راهنمای نگهداری و کاربری خلاصه شده ای را به زبان فارسی تهیه نموده و در دسترس کاربران قرار می دهد.

۱۷-۱۰) راهنماهای سرویس تجهیزات پزشکی تهیه شده است.

سنجه. فهرست تجهیزات و راهنمای سرویس که از سوی شرکت وارد کننده یا تولید کننده اجازه سرویس دوره ای به بخش مهندسی پزشکی بیمارستان داده شده، در این بخش موجود است.

۱۷-۱۱) راهنماهای کاربری سریع تجهیزات پزشکی به زبان فارسی تهیه شده است.



سنجه. در بخش ها/ واحد های بیمارستان راهنماهای تصویری کاربری سریع تجهیزات برای روشن و خاموش کردن و کاربردهای متداول و شایع تهیه شده و در کنار دستگاه (با پوشش قابل شستشو برای ضد عفونی در مواقع ضروری) یا در پوشه ای در محل کاربری دستگاه ها موجود است.

۱۷-۱۲) دستورالعمل ها، چک لیست های نگهداری پیشگیرانه کاربری و فنی تجهیزات پزشکی به روز رسانی می شود.

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

۱۷-۱۳) شنا سنامه تجهیزات پزشکی مطابق قالب مورد تأیید اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه می شود.

سنجه. فایل الکترونیک یا فیزیک شناسنامه کامل تجهیزات پزشکی حداقل شامل نام دستگاه، محل استقرار، مارک، مدل، شرکت نمایندگی و کد شناسه در بخش مهندسی پزشکی موجود است.

۱۷-۱۴) خرید تجهیزات پزشکی غیر مصرفی بیمارستان مطابق ضوابط ابلاغی برنامه ریزی شده است

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

سنجه ۲. مسئول یا نماینده ای از بخش مهندسی پزشکی در جلسات تصمیم گیری خرید تجهیزات پزشکی بیمارستان حضور دارد و نظرات کارشناسی خود را ارائه می نماید.

نگهداشت تجهیزات پزشکی و امکانات لازم

۱۷-۱۵) برنامه مکتوب خدمات پس از فروش و نگهداری دستگاه ها اجرا می شود.

سنجه. برنامه مکتوب خدمات پس از فروش و نگهداری دستگاه ها از جمله نگهداری پیشگیرانه مطابق با ضوابط مدیریت نگهداشت اداره کل تجهیزات پزشکی اجرا می شود.

۱۷-۱۶) برنامه کنترل کیفی تجهیزات پزشکی توسط شرکت های دارای صلاحیت، موجود است.

سنجه ۱. بیمارستان برنامه سرویس (مطابق ضوابط خدمات پس از فروش تجهیزات پزشکی) و نگهداری دستگاه ها را با استفاده از ضوابط نگهداشت تجهیزات ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی که دسترسی به آن از طریق سایت www.imed.ir امکان پذیر می باشد، دانلود نموده و بر اساس آن عمل می نماید.

سنجه ۲. گزارش های تعمیرات، سرویس و نگهداری تجهیزات جهت طراحی و بکارگیری مداخلات اصلاحی از جمله آموزش کاربران، تجدید نظر در خرید از شرکت های مختلف مورد استفاده قرار می گیرد.

سنجه ۳. لیست شرکت های دارای صلاحیت مورد تأیید اداره کل تجهیزات پزشکی یا نمایندگی شرکت سازنده در این بخش برای کنترل کیفی و برنامه کنترل کیفی زمان بندی شده (به عنوان بخشی از برنامه نگهداشت) موجود است و بر اساس آن عمل می شود.

۱۷-۱۷) سوابق تعمیرات انجام شده برای کلیه تجهیزات، موجود است.

سنجه. سوابق تعمیرات تجهیزات پزشکی در بخش مهندسی پزشکی نگهداری می شود...

۱۷-۱۸) قرارداد های سرویس و نگهداری تجهیزات پزشکی مطابق با چارچوب ابلاغی منعقد می شود.

سنجه. بخش مهندسی پزشکی قراردادهای سرویس و نگهداری تجهیزات پزشکی را برای دستگاه های حیاتی و سرمایه ای* با استفاده از ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی و بر اساس آن عمل می نماید.

۱۷-۱۹) دسترسی به خدمات تعمیر اضطراری، یا تأمین تجهیزات پزشکی پشتیبان در کوتاه ترین زمان میسر است.

سنجه. روش اجرایی تأمین تجهیزات پشتیبان در کوتاه ترین زمان ممکن و در طول شبانه روز و ایام تعطیلات با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۷-۲۰) سوابق سرویس دوره ای بر روی تمام تجهیزات نصب می باشد.



سنجه. سوابق سرویس های دوره ای فنی و کاربری * بر اساس برنامه نگهداری پیشگیرانه در بخش مهندسی پزشکی موجود است و برچسب تاریخ آخرین سرویس دوره ای انجام شده و همچنین تاریخ سرویس دوره ای بعدی بر روی تمام تجهیزات نصب می باشد.

غیر قابل استناد
<http://treatment.tbzmed.ac.ir/>



۵. پیشگیری و بهداشت

۱۹) بهداشت محیط

کنترل کیفیت آب بیمارستان

۱۸-۱) کیفیت آب بیمارستان با استانداردهای کشوری آب آشامیدنی مطابقت دارد.

سنجه ۱. کلر سنجی به صورت روزانه و متناوب با کیت های کلر سنجی مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (کیت کلر سنج از شرکت های دارای مجوز از اداره کل تجهیزات پزشکی که لیست آنها در سایت اداره مذکور موجود است تهیه شود) انجام می گیرد.
سنجه ۲. آزمایشات میکروبی و شیمیایی* آب مطابق دستورالعمل انجام شده و سوابق آن موجود است.

۱۸-۲) مخزن ذخیره آب با شرایط بهداشتی برای تأمین آب بیمارستان به مدت حداقل ۲۴ ساعت در مواقع بحران وجود دارد.

سنجه. آب مورد نیاز بیمارستان حداقل برای ۲۴ ساعت در مخزن اختصاصی ذخیره و در گردش می باشد و ماهیانه از نظر آلودگی میکروبی روزانه روزانه از نظر کلر باقی مانده بررسی می شود و سوابق آن موجود است.

بهداشت آشپزخانه و مواد غذایی

۱۸-۳) آشپزخانه و فضاهای پشتیبانی آن نظیر اتاق های استراحت و سالن غذاخوری دارای معیارها و شرایط بهداشتی هستند.

سنجه ۱. واحد بهداشت محیط در فواصل زمانی تعیین شده، بهداشت آشپزخانه و مواد غذایی را^۱ ارزیابی و گزارش تحلیل نتایج در کمیته بهداشت محیط بیمارستان مطرح و اقدامات اصلاحی برنامه بهبود کیفیت اجرا می شود.
سنجه ۲. تمام پنجره های آشپزخانه توری سالم دارند.
سنجه ۳. جهت استفاده کارکنان آشپزخانه اتاق استراحت دارای معیارهای بهسازی و متناسب با تعداد کارکنان، سرویس بهداشتی مستقل، حمام دارای شرایط بهداشتی، رختکن و جاکفشی فراهم شده است.
سنجه ۴. سالن های غذا خوری و محل سرو غذا^۲ مطابق آیین نامه مربوطه است.

۱۸-۴) آشپزخانه از گردش کار و چیدمان مناسب برخوردار است.

سنجه. انبار، آماده سازی، محل پخت، محل توزیع و ظرفشویی توالی و چیدمان مناسب دارد و مسیر یک طرفه تمیز به کثیف رعایت می شود.

۱۸-۵) آماده سازی، جابجایی، انبار کردن، تهیه و توزیع غذا، ایمن، بهداشتی و مطابق با ضوابط مقررات می باشد.

سنجه ۱. روش اجرایی "کسب اطمینان از حمل و نقل، آماده سازی، جابجایی، انبار کردن، تهیه، طبخ و توزیع و سرو غذا برای بیماران، به شیوه ایمن، بهداشتی" مطابق با ضوابط و مقررات تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. طبخ غذا در فضای مجزا از محل آمادسازی صورت می گیرد.
سنجه ۳. بیمارستان از تالی های گرم خانه دار مخصوص توزیع غذا یا آسانسور های مخصوص حمل مستقیم غذا از آشپزخانه به داخل بخش ها، برخوردار است و غذا ها با دمای مناسب بین بیماران و همراهان آن ها توزیع می شود و کنترل تصادفی و دقیق درجه حرارت غذا به روشی بهداشتی توسط کارشناس بهداشت محیط انجام می گیرد.
سنجه ۴. تمام مواد غذایی فاسد شدنی^۲، در یخچال و یا سردخانه مناسب نگهداری و غذای پخته و خام و شسته و نشسته در یخچال در کنار هم نگهداری نمی شوند.

۱۸-۶) ضوابط بهداشتی مربوط به بهداشت ابزار و لوازم کار رعایت می شود.

سنجه. ابزار، لوازم و ظروف مورد استفاده دارای شرایط بهداشتی مطابق آیین نامه^۲ است.

۱۸-۷) بیمارستان از مواد غذایی مجاز، استفاده می نماید..

سنجه. بیمارستان از مواد غذایی بسته بندی مجاز و محصولات واحد های تولیدی دارای پروانه های معتبر بهداشتی استفاده می نماید.

^۱ براساس "چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان برابر ضوابط و مقررات آیین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی، ابلاغی مورخ ۱۳۹۲/۳/۱۸

^۲ مطابق آیین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی، ابلاغی مورخ ۱۳۹۲/۳/۱۸



۱۸-۸) شستشو و گندزدایی در مرحله آماده سازی غذا مطابق دستورالعمل های ابلاغی انجام می شود.

سنجه ۱. موادی مصرفی که در تهیه غذا بکار می رود مطابق دستورالعمل آماده می شوند.

سنجه ۲. میوه و سبزیجات خام مصرفی مطابق دستورالعمل سالم سازی سبزیجات آماده مصرف می شوند.

۱۸-۹) اصول بهداشتی در ارائه مواد غذایی برای بیماران بستری در بخش های ویژه* و ایزوله رعایت می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی "رعایت اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذا به بیماران بستری در بخش های ویژه، شامل تمامی موارد مرتبط از جمله پوشش کارکنان توزیع کننده، تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. بیمارستان جهت جلوگیری از انتقال عفونت از طریق ظروف غذا^۲ از ظروف یک بار مصرف مورد تأیید، برای بیماران اتاق های ایزوله و واحدهای عفونی استفاده می نماید.

۱۸-۱۰) اصول بهداشتی در انبار / سردخانه مواد غذایی رعایت می شود.

سنجه ۱. انبار / سردخانه اختصاصی برای نگهداری مواد غذایی موجود است و نگهداری مواد غذایی در انبارها و سردخانه مطابق آیین^۱ است.

سنجه ۲. تمام مواد و فرآورده های غذایی بالاتراز سطح زمین نگهداری می شوند.

سنجه ۳. مواد شوینده جدا از مواد غذایی نگهداری می شوند.

سنجه ۴. ثبت درجه حرارت یخچال ها و فریزرهای نگهداری مواد غذایی دوبار در روز (صبح و عصر) انجام می شود.

سنجه ۵. مکانیسم های ایمن و تمام خودکار برای ورود و خروج به یخچالها، فریزرها و سردخانه ها وجود دارد درب یخچال از داخل قفل نمی شود و داخل یخچال کلیدی جهت توقف سرد کننده وجود دارد.

۱۸-۱۱) آبدارخانه بخش ها و واحدهای مختلف، دارای شرایط بهداشتی است.

سنجه. شرایط آبدارخانه بخش ها و واحد های مختلف بیمارستان مطابق آیین نامه^۱ است.

۱۸-۱۲) اصول بهداشتی در مکان های فروش مواد غذایی در بیمارستان رعایت می شود.

سنجه. شرایط محل فروش مواد غذایی (نظیر بوفه و تریا) در داخل بیمارستان مطابق آیین نامه اجرایی^۱ است. و مواد غذایی مجاز عرضه می شود.

۱۸-۱۳) اصول بهداشتی در حمل و نقل مواد اولیه غذایی رعایت می شود.

سنجه. مواد غذایی صرفاً به وسیله و ساینده مخصوص حمل و نقل مواد غذایی دارای شماره مجوز درج شده بر روی وسیله نقلیه* به صورت برچسب صادره از معاونت بهداشتی، مطابق آیین نامه اجرایی^۱ حمل می گردند.

۱۸-۱۴) اصول شناسایی خطرات و کنترل خطرات مواد غذایی رعایت می شود.

سنجه. اصول شناسایی خطرات و کنترل خطرات مواد غذایی^۳ (HACCP) در بیمارستان اجرا و سوابق آن در واحد بهداشت محیط موجود است.

۱۸-۱۵) اصول بهداشتی نحوه تردد به آشپزخانه رعایت می شود.

سنجه ۱. محدودیت تردد برنامه ریزی شده و از ورود افراد متفرقه به داخل آشپزخانه جلوگیری می شود.

سنجه ۲. امکانات، تسهیلات لازم برای جلوگیری از انتقال آلودگی از کفش ها در ابتدای ورودی به واحد هایی نظیر محل طبخ، انبار و سردخانه مواد غذایی وجود دارد و رعایت می شود.

کنترل بهداشت بخش ها و واحدهای مختلف بیمارستان

۱۸-۱۶) ارزیابی مستمر بهداشت محیط در کل فضاهای فیزیکی بیمارستان برنامه ریزی و اجرا می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی مدون "ارزیابی های مستمر بهداشت محیط بیمارستان" تدوین و همه کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.

^۱ مطابق دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی، شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹ و آیین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی، ابلاغی مورخ ۱۳۹۲/۳/۱۸
^۲ با توجه به بخشنامه مقام عالی وزارت شماره ۳۹۴۲۷۰ مورخ ۸۷/۱۰/۵

^۳ Hazard Analysis and Critical Control Points



سنجه ۲. چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان^۱ توسط کارکنان واحد بهداشت محیط در فواصل زمانی برحسب نوع فعالیت در بخش ها و واحدهای مختلف بیمارستان و روش اجرایی ارزیابی های بهداشت محیط بیمارستان، تکمیل می شود.

سنجه ۳. در ارزیابی های مستمر بهداشتی حداقل موارد ذیل مورد ارزیابی قرار می گیرد و سوابق آن در واحد بهداشت محیط موجود است. بخش های بستری، اتاق های ایزوله، بخش عفونی و بخش های مراقبت ویژه، بخش های اتاق عمل، جراحی سرپایی، اتاق کار کشیف، فضاهای تمیز، اتاق تزریقات و پانسمان، واحدهای پارکلینیک و داروخانه، بخش اورژانس، مکانهای نگهداری موقت پسماند در بخش ها و جایگاه نگهداری موقت پسماند، سرویس های بهداشتی در بخش های مختلف بیمارستان، بخش استریلیزاسیون، رختشویخانه، فضاهای پشتیبانی و اداری؛ و آشپزخانه

سنجه ۴. گزارش تحلیل چک لیست های مذکور در کمیته بهداشت محیط بیمارستان مطرح شده و اقدام اصلاحی/برنامه بهبود اجرا می شود. بیمارستان ارائه می شود.

۱۷-۱۸) اصول بهداشتی در سردخانه بیمارستان رعایت می شود.

سنجه. سردخانه جسد در بیمارستان در محل مناسب با شرایط بهداشتی، دور از انظار عمومی و ارتباط مناسب با بخشها جانمایی گردیده و تسهیلات نظافت و گند زدایی سطوح و تجهیزات در مجموعه سردخانه جسد وجود دارد، مطابق با مقررات بهداشتی مرتبط با کنترل عفونت، ماده ۲۴ آیین نامه نحوه تاسیس و بهره برداری بیمارستان در این مجموعه رعایت می شود.

۱۸-۱۸) اصول بهداشتی کف، دیوار و سقف در تمامی بخش ها/واحدهای بیمارستان رعایت می شود.

سنجه. کف، دیوار و سقف کلیه قسمت های بیمارستان مطابق ضوابط بهداشتی* می باشد.

۱۸-۱۹) اصول بهداشتی پنجره در تمامی بخش ها/واحدهای بیمارستان رعایت می شود.

سنجه. پنجره های تمامی قسمت های بیمارستان مطابق ضوابط بهداشتی* می باشد.

۱۸-۲۰) صلاحیت بهداشتی کارکنان در واحد های مرتبط با مواد غذایی، استریلیزاسیون، پسماند، رختشویخانه احراز می شود.

سنجه ۱. تصویرگواهینامه "دوره ویژه بهداشت عمومی" برای کارکنان تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی، استریلیزاسیون مرکزی، مدیریت پسماند و رختشویخانه بر اساس دستورالعمل ها و قوانین و معتبر از نظر زمان و مرجع صادر کننده در واحدهای مذکور وجود دارد

سنجه ۲. تصویر کارت بهداشتی معتبر از نظر زمان و مرجع صادر کننده برای تمامی کارکنانی که در تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی در بیمارستان مشارکت دارند در محل قابل رویت محل خدمت کارکنان مذکور نصب شده است

۱۸-۲۱) مسیرهای ورود و خروج تجهیزات و لوازم اتاق عمل تداخل ندارند.

سنجه ۱. مسیرهای ورود و خروج، تجهیزات و لوازم اتاق عمل با هم تداخل ندارند.

سنجه ۲. امکانات لازم برای انتقال تجهیزات و لوازم اتاق عمل به صورت جداگانه برای وسایل استریل و غیر استریل وجود دارد.

سنجه ۳. تهویه و هوای اتاق های عمل دارای شرایط بهداشتی است و به فیلتر های اولیه و نهایی هپا (HEPA) مجهز می باشد.

۱۸-۲۲) مسیرهای کثیف و تمیز در همه قسمتهای مربوطه رعایت می شوند.

سنجه ۱. مسیرهای کثیف و تمیز حداقل در بخش اتاق عمل، استریلیزاسیون مرکزی، رختشویخانه و آشپزخانه رعایت می شوند.

سنجه ۲. جانمایی اتاق استریلیزاسیون مرکزی و ارتباط مناسب آن با اتاق های عمل و بخش های ویژه رعایت شده است.

سنجه ۳. محل شستشوی پوتین ها، کفش ها و امثالهم در اتاق های عمل با شرایط بهداشتی وجود دارد.

۱۸-۲۳) اصول بهداشتی در نظافت، شستشو و گندزدایی رعایت میشود.

سنجه ۱. روش اجرایی "نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی بخش ها و واحدها" تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. روش اجرایی "نظافت و گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس" تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۳. کتابچه / مجموعه راهنمای گندزدایی با اطلاعات به روز رسانی شده، شامل روش های فیزیکی و شیمیایی* مورد استفاده در بیمارستان مشتمل بر روش صحیح استفاده، احتیاط های انجام کار، غلظت موردنیاز و طبقه ساخت محلول های رقیق گندزدایی شیمیایی، توسط واحد بهداشت محیط تهیه شده و کارکنان مرتبط از محتویات آن مطلع هستند و بر اساس آن عمل می نمایند.



سنجه ۴. برچسب گذاری محلول های گندزدایی انجام می گیرد.

سنجه ۵. برگه راهنمای استفاده گندزدا مطابق دستورالعمل ارائه شده از سوی معاونت غذا و دارو تهیه شده و بر روی ظروف حاوی این مواد چسبانده می شود.

۱۸-۲۴) در بخش ها محل مشخصی برای نگهداری و شستشوی وسایل نظافت وجود دارد.

سنجه. در بخش ها محل مشخصی برای تی شویی و نگهداری و شستشوی وسایل نظافت به صورت مجزا از اتاق کثیف وجود دارد.

۱۸-۲۵) تمهیدات لازم برای پیشگیری و کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان صورت می گیرد.

سنجه. روش اجرایی "پیشگیری و کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان" تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۱۸-۲۶) کنترل مصرف دخانیات در بیمارستان رعایت می شود

سنجه. اصول کنترل دخانیات^۲ رعایت می شود.

۱۸-۲۷) محلی ایمن برای ذخیره روزانه گندرها در بخش ها / واحدها وجود دارد.

سنجه. در هر بخش / واحد محل مشخصی برای نگهداری و ذخیره روزانه مواد نظافت و گندزدا رقیق شده وجود دارد و کارکنان واحد خدمات در مواقعی که این مواد مورد استفاده قرار نمی گیرند مجدداً به این مکان منتقل می نمایند.

۱۸-۲۸) شبکه جمع آوری فاضلاب بیمارستان از نظر تناسب با نیازها، با اصول فنی و بهداشتی مطابقت دارد.

سنجه ۱. بیمارستان مطابق تفاهم نامه وزارت نیرو و وزارت بهداشت* و راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی عمل می نماید.

سنجه ۲. پساب خروجی تصفیه خانه بیمارستان با استانداردهای اعلام شده از سوی سازمان حفاظت محیط زیست مطابقت دارد.

۱۸-۲۹) کنترل حشرات و جانوران موذی با رعایت نکات بهداشتی انجام می شود.

سنجه ۱. برنامه کنترل حشرات و جانوران موذی با استفاده از روش های تلفیقی با تاکید بر آشپزخانه، رختشویخانه و واحد استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل، انبارها، محل انجام فعالیت های ساختمانی بکار گرفته می شود.

سنجه ۲. برنامه کنترل حشرات و جانوران موذی بر اساس جدول زمان بندی منظم برای تمام بخش ها / واحدهای بیمارستان توسط شرکت های دارای مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سموم مجاز برای سمپاشی و مبارزه با حشرات و جانوران موذی انجام می شود.

سنجه ۳. مستندات ارائه اطلاعات فرمولاسیون سموم مورد استفاده، نوع ماده موثر و غلظت مورد نیاز مصرف، نحوه کاربرد، پادزهر و اقدامات احتیاطی لازم در مواجهه با این ترکیبات توسط شرکت خدمات دهنده به بیمارستان موجود است.

بهداشت پرتوها

۱۸-۳۰) اقدامات بهداشت و حفاظت پرتویی واحدهای پرتو پزشکی تشخیصی - درهانی در بیمارستان انجام می شود.

سنجه ۱. واحد بهداشت محیط با هماهنگی کارشناس بهداشت پرتوهای معاونت بهداشتی، بهداشت و حفاظت پرتویی واحدهای پرتو پزشکی (پرتو تشخیصی - پرتو درمانی) اعم از حفاظت بیمار، همراه بیمار، پرسنل و محیط را با بهره گیری از آیین نامه اجرایی قانون حفاظت در برابر اشعه و در قالب برنامه های بهداشت پرتوهای معاونت بهداشتی و استفاده از مندرجات قسمت پرتو پزشکی "چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان" را در بازه زمانی حداقل ۶ ماه یکبار بررسی و تکمیل می نماید، گزارش تحلیل چک لیست های مذکور در کمیته بهداشت محیط بیمارستان مطرح شده، پیشنهادات اصلاحی به تیم مدیریت ارشد بیمارستان تحویل می شود.

سنجه ۲. واحد بهداشت محیط با هماهنگی کارشناس بهداشت پرتوهای معاونت بهداشتی، تمامی مدارک و تاییدیه های واحدهای پرتو پزشکی مستندات کنترل کیفی، مجوز کار با اشعه، پرونده های بهداشتی پرسنل پرتوکار، قرارداد فی ما بین بیمارستان و واحد پسمانداری سازمان انرژی اتمی، نتایج بازدیدها و دزیمتری های ادواری و مستمر انجام شده را با بهره گیری از آیین نامه اجرایی^۳ و در قالب برنامه های بهداشت پرتوهای معاونت بهداشتی کنترل و گزارش تحلیلی مستندات مذکور در کمیته بهداشت محیط بیمارستان مطرح شده و همراه پیشنهادات اصلاحی به تیم مدیریت ارشد بیمارستان تحویل نموده است.

^۱ طبق دستورالعمل نحوه طبقه بندی و برچسب گذاری مواد شیمیایی ابلاغ شده طی نامه شماره ۵۳۷۷۳/س مورخ ۱۳۸۸/۷/۴

^۲ مطابق قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب شورای اسلامی مورخ ۱۳۸۵/۶/۱۵ و ماده ۷ آیین نامه اجرایی آن

^۳ آیین نامه اجرایی قانون حفاظت در برابر اشعه مصوب ۱۳۶۸/۰۲/۰۲



۲۰) مدیریت پسماندها

۱۹-۱) بیمارستان برای کاهش میزان تولید پسماند دارای برنامه عملیاتی است.

- سنجه ۱. برنامه عملیاتی کاهش میزان تولید پسماند، در بیمارستان اجرا می شود.
سنجه ۲. بیمارستان دارای برنامه عملیاتی مدیریت پسماند پزشکی ویژه^۱ می باشد.

۱۹-۲) تفکیک، جمع آوری و نگهداری موقت درون بخش ها طبق ضوابط انجام می شود.

- سنجه ۱. روش اجرایی "تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی"، تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. روش اجرایی "تفکیک در مبدا پسماندهای تیز و برنده"، تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۳. Safety Box برای پسماندهای تیز و برنده و ظروف جمع آوری پسماندهای عفونی کیسه و سطل زرد رنگ در اتاق بیماران، راهروها و سالن های عمومی وجود ندارد و در موارد لزوم به همراه ترالی به بالین بیمار آورده می شود.
سنجه ۴. هر بخش دارای ظروف مستحکم Safety Box مناسب^۲ جهت دفع پسماندهای تیز و برنده^۱ می باشد.
سنجه ۵. روش اجرایی "تفکیک در مبدا شیمیایی و دارویی"، تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۶. روش اجرایی "تفکیک پسماند در مبدا عادی" تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۷. روش اجرایی "تفکیک پسماند در مبدا رادیواکتیو و پرتوزا"، تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۸. روش اجرایی "جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخش ها"، تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۹. دستور کار اجرایی یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته^۳ رعایت می شود.

۱۹-۳) جمع آوری و حمل و نقل بهداشتی از بخش تا جایگاه موقت نگهداری پسماند در بیمارستان طبق ضوابط انجام می شود.

- سنجه ۱۰. روش اجرایی "جمع آوری و حمل و نقل بهداشتی از بخش تا جایگاه موقت نگهداری پسماند در بیمارستان طبق ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماند های پزشکی و پسماندهای وابسته"، تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

۱۹-۴) تصفیه و دفع بهداشتی طبق ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماند های پزشکی و پسماندهای وابسته انجام می گیرد.

- سنجه ۱. روش اجرایی "بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده" تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. روش اجرایی "دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی" تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۳. ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته در خصوص پسماندهای شیمیایی - دارویی در بیمارستان رعایت می شود و بیمارستان در خصوص حمل و نقل و دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی به سایت های ویژه یا مراکز مجاز دارای مجوز از مراجع ذیربط دارای قرارداد معتبر می باشد.
سنجه ۴. در رابطه با پسماندهای پرتو زا و رادیواکتیو^۴ اقدام می شود کارشناس بهداشت محیط بیمارستان با نظارت کارشناس مسئول بهداشت پرتوهای معاونت بهداشتی دانشگاه مربوطه موظف به پیگیری حسن اجرای مفاد قانون فوق می باشد.

۱۹-۵) محلی مناسب در بخش برای شستشو و گندزدایی سطل های زباله وجود دارد.

- سنجه ۱. محل مناسب جهت شستشو و گندزدایی سطل های زباله داخل بخش^۵ وجود دارد.
سنجه ۲. تمامی تسهیلات و ظروف نگهدارنده پسماند مطابق ماده ۳۰ در بیمارستان رفع آلودگی و گندزدایی میشود.
سنجه ۳. روش اجرایی "کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها" تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

۱۹-۶) برنامه نظارت بر عملکرد دستگاه های بی خطر ساز پسماند انجام می گیرد.

^۱ مطابق ماده ۱۲ بخشنامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵

^۲ مطابق استاندارد ملی ایران به شماره ۸۵۰۲

^۳ به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ د مورخ ۹۴/۱۰/۰۷

^۴ مطابق قانون حفاظت در برابر اشعه مصوب سال ۱۳۶۸ مجلس شورای اسلامی

^۵ بر اساس بخشنامه شماره ۳۰۰/۱۲۳۲۰ مورخ ۹۰/۱۲/۲



سنجه. روش اجرایی "نظارت بر عملکرد دستگاه های بی خطر ساز پسماند" تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

۱۹-۷) آموزش علمی و عملی اصول بهداشت محیط به کارکنان انجام می گیرد.

سنجه. روش اجرایی "آموزش علمی و عملی اصول بهداشت محیط به کارکنان با نگاه ویژه به موضوع تفکیک و بی خطر سازی پسماند" تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

۱۹-۸) یک لیست از انواع پسماندهای پزشکی ویژه (خطرناک) و محل تولید آنها موجود است.

سنجه ۱. یک لیست از انواع پسماندهای پزشکی ویژه * که نیاز به مراقبت دارند با ذکر محل تولید (بخش ها و واحدهای مربوطه) در این واحد و همچنین در بخش ها / واحدها موجود است و لیست مذکور به تفکیک محل تولید در اختیار بخش ها و واحدهای مربوطه قرار گرفته و اقدامات احتیاطی لازم در خصوص مدیریت ایمن دفع آن^۱ انجام می شود.

سنجه ۲. لیست پسماندهای پزشکی ویژه به تفکیک محل تولید در اختیار بخش ها و واحدهای مربوطه قرار گرفته و اقدامات احتیاطی لازم در خصوص مدیریت ایمن دفع آن^۱ انجام می شود.

۱۹-۹) کد بندی رنگی پسماند های تفکیک شده مشخص شده است و تمامی پسماندها برچسب گذاری می شوند.

سنجه. کد بندی رنگی پسماندهای تفکیک شده و برچسب گذاری پسماندهای تفکیک شده^۱ رعایت می شود.

۱۹-۱۰) محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق ضوابط در بیمارستان موجود است.

سنجه ۱. محل نگهداری موقت پسماندها در بیمارستان^۱ است.

سنجه ۲. برای کاربر دستگاه بی خطر ساز سرویس بهداشتی مجزا (شامل دستشویی، توالیت و حمام) و محل استراحت با شرایط بهداشتی^۲ پیش بینی شده است.

سنجه ۳. زمان نگهداری پسماندها در اتاقک، مطابق ماده^۱ ۴۵ رعایت می شود.

۱۹-۱۱) بی خطر سازی پسماندهای عفونی، تیز و برنده با روش های غیر سوز مورد تایید وزارت بهداشت انجام می شود

سنجه ۱. بیمارستان دارای دستگاه بی خطر ساز فعال* و مورد تایید وزارت بهداشت** است و اظهار نامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده^۳ تکمیل می شود.

سنجه ۲. حجم دستگاه^۴، متناسب با مقدار پسماند عفونی و تیز و برنده تولید شده است و توزین پسماندها^۱ انجام می شود.

۱۹-۱۲) ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه بی خطر سازی پسماند انجام می شود.

سنجه ۱. ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه بی خطر سازی پسماندها^۵ انجام می شود.

سنجه ۲. ارزیابی میکروبی، مکانیکی و شیمیایی دستگاه بی خطر ساز^۶ انجام می شود.

۱۹-۱۳) اعضاء و اندامهای قطع شده ی بدن و جنین مرده، مطابق ضوابط، جمع آوری و دفع می گردند.

سنجه. در رابطه با اعضا و اندام قطع شده بدن و جنین مرده مطابق بخشنامه^۷ اقدام می شود.

۱۹-۱۴) بیمارستان ممنوعیت بازیافت پسماندهای پزشکی را رعایت می نماید.

سنجه. ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی مطابق ماده^{۱۳} (قانون مدیریت پسماند^۱) در بیمارستان رعایت می شود.

^۱ بر اساس بخشنامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵

^۲ مطابق آیین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی

^۳ مطابق بخشنامه مقام محترم وزارت به شماره ۱۰۰/۱۱۳۶ مورخ ۹۰/۸/۱۰

^۴ مطابق با دستورالعمل شماره ۳۰۰/۱۷۲۵۸۳ مورخ ۸۹/۹/۱۶

^۵ بر اساس بخشنامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ و دستورالعمل وزارتی شماره ۳۰۰/۲۶۶۷ مورخ ۹۰/۹/۸

^۶ بر اساس دستورالعمل شماره ۳۰۰/۲۶۶۷ مورخ ۹۰/۹/۸ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

^۷ بخشنامه آراستان ها به شماره ۸۷۰۷۵/ب مورخ ۸۹/۵/۹ و بخشنامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵



۲۱) استریلیزاسیون

برنامه ریزی و اجرا

۲۰-۱) چرخه زمان، دما و فشار دستگاه های استریل کننده توسط کاربران CSSD و بخش مهندسی پزشکی کنترل می شود.

- سنجه ۱. چرخه زمان، دما و فشار دستگاه های استریل کننده توسط کاربران CSSD و بخش مهندسی پزشکی در بازدیدهای دوره ای ارزیابی و کنترل می شود.
- سنجه ۲. برچسب هر بسته ای که استریل می شود حاوی موارد ذیل می باشد:
- شماره ای که نشان دهنده دستگاه استریل کننده باشد
 - تاریخ استریل کردن
 - شماره سیکل (چرخه) بارگذاری استریل کننده
 - مشخص کردن فرد مسئول پاک سازی، بسته بندی و جمع کردن و بارگذاری بسته
 - تاریخ انقضاء استریل
 - نام محتوای بسته یا ست یا وسیله

۲۰-۲) بیمارستان از روش های دستی یا اتوماتیک شستشو و تمیز کردن محیط، ابزار و وسایل اطمینان حاصل می نماید.

- سنجه ۱. روش اجرایی شستشوی دستی یا اتوماتیک و تمیز کردن محیط، ابزار و وسایل تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۲. روش اجرایی تمیز کردن و پیشگیری از تثبیت آلودگی از سطح اقلامی قبل از استریلیزاسیون مجدد تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.
- سنجه ۳. تجهیزات مولد آب پرفشار برای شستشو و هوای پرفشار برای خشک کردن استفاده می شود.
- سنجه ۴. روش اجرایی بسته بندی بر اساس دستورالعمل اتوکلاو اداره کل تجهیزات پزشکی تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.

۲۰-۳) بیمارستان از روش های اجرایی گندزدایی مناسب و مطابق ابزارهای با قابلیت استفاده مجدد اطمینان حاصل می نماید.

- سنجه. روش اجرایی گندزدایی مناسب و مطلوب تمام ابزارهای جراحی با قابلیت استفاده مجدد و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۲۰-۴) بیمارستان از گندزدایی و استریل کردن اقلام حساس به حرارت با استفاده از تجهیزات استریل کننده با حرارت پایین و یا استریل سرد* اطمینان حاصل می نماید.

- سنجه ۱. روش اجرایی گندزدایی و استریل کردن اقلام حساس به حرارت تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۲. در صورت استفاده از محلول استریل کننده، جهت اطمینان از صحت عملکرد و اعتبار محلول، از سوآپینگ استفاده می نماید.
- سنجه ۳. در صورت استفاده از محلول استریل کننده، تاریخ آماده سازی محلول و تاریخ انقضای مصرف محلول حاضر روی ظرف حاوی آن ثبت شده است.
- سنجه ۴. ساخت محلول از مایع استریل کننده، مخلوط کردن و به کارگیری آن در شرایط تهیه مناسب و ایمن صورت می گیرد و کارکنان در مخلوط کردن و به کارگیری سیستم استریل کننده سرد/ ضد عفونی نهایی، آموزش دیده اند.

۲۰-۵) بیمارستان از بازخوانی (Recall) ابزار و وسایل استریل از بخش ها اطمینان حاصل می نماید.

- سنجه. روش اجرایی بازخوانی (Recall) تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.

۲۰-۶) مراقبت از وسایل استریل شده با شرایط ایمن انجام می شود.

- سنجه ۱. هرگونه جابجایی، وسایل استریل شده با استفاده از جعبه های در بسته، تریالی های کم‌مدار، کانتینرهای درب دار انجام می شود.
- سنجه ۲. نگهداری و انبار داری. تمام وسایل استریل شده به صورت جداگانه و مستقل از سایر تجهیزات و وسایل، در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه ها و جعبه هایی با سطوح صاف و با خلل و فرج و بر اساس دستورالعمل اتوکلاو انجام می شوند.

۲۰-۷) بیمارستان از استریل کردن فوری (Flash) اطمینان حاصل می نماید.

- سنجه. روش اجرایی استریل کردن فوری (Flash) تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.



۲۰-۸) تفکیک وسایل و فضاهای فیزیکی کثیف، تمیز و استریل، در بخش CSSD انجام می شود.

سنجه ۱. تفکیک کامل فضاهای فیزیکی قسمت های کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی انجام و نشانه گذاری شده است، به نحوی که وسایل مورد استفاده در هر یک از سه فضای کثیف، تمیز و استریل، منحصراً در همان قسمت استفاده می شوند.
سنجه ۲. مسیر عبور یک طرفه از محیط کثیف به تمیز و استریل و نشانه گذاری جهت جداسازی محیط تمیز و کثیف و استریل رعایت می شود.
سنجه ۳. فضایی که اتوکلاو/ استریل کننده در آن قرار دارد، از محلی که سایر فعالیتهای بخش در آن انجام می شود جدا می باشد.

۲۰-۹) سیستم رهگیری برای مشخص کردن وسایل و تجهیزات استریل به کار برده شده برای بیمار وجود دارد.

سنجه. روش اجرایی سیستم رهگیری برای مشخص کردن وسایل و تجهیزات استریل به کار برده شده برای بیمار تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.

۲۰-۱۰) ثبت سوابق کنترل کیفیت دستگاه استریل کننده انجام می شود.

سنجه. ثبت کاغذی / الکترونیک موارد مشروحه ذیل برای هر دستگاه استریل کننده موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری می شود.

- شماره کد مخصوص هر استریل کننده
- نتایج انجام آزمون های روزانه
- نتایج آزمون های اسپور
- هر نمودار یا پرینت دستگاه، که زمان مواجهه و درجه حرارت را ثبت کرده باشد
- نام مسئول هر بار بارگذاری
- هر نوع اقدام و خدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه (PM) و آزمون های کالیبراسیون

۲۰-۱۱) کنترل کیفی آب CSSD مطابق دستورالعمل انجام می شود.

سنجه. کنترل کیفی آب CSSD مطابق دستورالعمل راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی کشور انجام می شود.

ارزیابی های شیمیایی و بیولوژیکی

۲۰-۱۲) اقدامات مربوط به استریل سازی حداقل در موارد زیر پایش و مستند می شود:

سنجه ۱. آزمون بووی- دیک، روزانه قبل از شروع کار دستگاه بر روی استریل کننده های دارای سیکل پری و کیوم انجام می گیرد.
سنجه ۲. آزمون اسپور به صورت هفتگی برای استریل کننده انجام می شود.
سنجه ۳. آزمون اسپور در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده و پس از هر بار تعمیر کلی انجام می شود.

۲۰-۱۳) شاخص های بیولوژیک و شیمیایی در دستگاه های استریل کننده استفاده می شود.

سنجه ۱. آزمون اسپور در هر بار جای گذاری اسباب و تجهیزات حاوی ایمپلنت در دستگاههای استریل کننده، انجام می شود.
سنجه ۲. شاخص های شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته یا پک استریل استفاده می شوند.
سنجه ۳. شاخص های شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته یا پک استریل استفاده می شوند.



۲۲) واحد رختشویخانه

مدیریت خدمات رختشویخانه

۲۱-۱) جمع آوری، شستشو، خشک کردن، دوخت و ذخیره، لباس ها و ملحفه ها مطابق موازین بهداشتی انجام می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی "جمع آوری و تفکیک لباس ها و ملحفه های کثیف" تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. روش اجرایی "جابه جایی لباس ها و ملحفه های آغشته به مواد آلوده خطرناک یا مایعات بدن" تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۳. روش اجرایی "رعایت موازین کنترل عفونت در هنگام کار با لباس ها و ملحفه های آلوده" تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۴. روش اجرایی "رعایت موازین پیشگیری از عفونت های منتقله از راه خون برای اجسام تیز و برنده جا مانده در لباس ها و ملحفه های کثیف" تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۵. بیمارستان تدارکات کافی برای اطمینان از تأمین مواد شوینده و گندزدا رختشویخانه دارد.
سنجه ۶. نظارت بر کاربرد صحیح، مواد شوینده و گندزدا در رختشویخانه انجام می شود.
سنجه ۷. درجه حرارت شستشوی ماشین های رختشویی برای تمامی البسه و ملحفه ها و سایر پارچه ها متناسب با جنس، نوع آنها و دستورالعمل کارخانه رعایت می شود
سنجه ۸. کنترل کیفیت شستشو شامل اندازه گیری درجه حرارت آب، زمان شستشو ماشین های رختشویی انجام می شود.
سنجه ۹. دوخت و رفوی لباس ها و ملحفه ها "تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۱۰. روش اجرایی "ذخیره، توزیع و تحویل لباس ها و ملحفه های تمیز" تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۲۱-۲) ترالی حمل لباس ها، ملحفه و اقلام پارچه ای تمیز و کثیف کاملاً از یکدیگر مجزا و قابل تشخیص هستند.

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

۲۱-۳) سرویس و خدمات نگهداری ماشین های رختشویی و خشک کن ها دستگاه ها انجام می شود.

سنجه. روش اجرایی "سرویس و خدمات نگهداری ماشین های رختشویی و خشک کن ها شامل قطعات مورد معاینه در طی سرویس و خدمات دوره ای دستگاه ها" تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

شرایط بهداشت محیط رختشویخانه

۲۱-۴) شرایط بهداشت محیط رختشویخانه بر اساس مصوبات وزارت بهداشت است.

سنجه ۱. جهت اطمینان از رعایت ضوابط ومقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و شرایط مندرج در فصل هشتم آیین نامه تا سیس بیمارستان، قسمت رختشویخانه "چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان را در فواصل زمانی تعیین شده از سوی بیمارستان تکمیل می شود.
سنجه ۲. گزارش تحلیل چک لیست های مذکور در کمیته بهداشت محیط بیمارستان مطرح شده و به همراه پیشنهادات اصلاحی به تیم مدیریت ارشد بیمارستان ارائه می شود و پیشنهادات تایید شده مراجع ذی صلاح بیمارستان (واحد بهداشت محیط، کمیته مربوطه و تیم مدیریت ارشد بیمارستان) توسط مسئول بهداشت محیط بیمارستان پیگیری شده و به نتیجه رسیده است.
سنجه ۳. محل استقرار رختشویخانه و مسیر ارتباطی آن با بخش های مختلف بیمارستان مناسب است.
سنجه ۴. کف سالن رختشویخانه سالم، بادوام، قابل شستشو، غیر قابل نفوذ به آب و بدون ترک خوردگی است.
سنجه ۵. دیوارهای رختشویخانه سالم، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، تمیز، روشن، قابل شستشو و ضدعفونی، بدون خلل و فرج، تا ارتفاع حداقل ۱/۸ متر از کف از جنس مقاوم و صیقلی است.
سنجه ۶. سقف رختشویخانه سالم، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، تمیز و به رنگ روشن می باشد.



سنجه ۷. در صورت وجود پنجره در رختشویخانه تمامی پنجره ها مجهز به توری سیمی ضد زنگ، بدون شکستگی و شکاف هستند
سنجه ۸. مساحت رختشویخانه متناسب با حجم کار بیمارستان است.
سنجه ۹. محل استراحت با شرایط بهداشتی برای کارکنان رختشویخانه وجود دارد.

۲۱-۵) امکانات و تسهیلات بهداشتی، مطابق ضوابط بهداشت محیط در رختشویخانه موجود است.

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

۲۱-۶) شرایط بهداشتی و ایمنی تأسیسات، تجهیزات و ماشین آلات واحد رختشویخانه مطابق مصوبات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

سنجه. نصب و راه اندازی تأسیسات، تجهیزات و ماشین آلات این واحد بر اساس توصیه های کارخانه سازنده، انجام می شود.

۲۱-۷) جهت شستشو لباس و ملحفه ها منحصراً از ماشین های رختشویی صنعتی استفاده میشود.

سنجه. جهت شستشو منحصراً از ماشین های رختشویی صنعتی استفاده می شود که ظرفیت آن متناسب با برآورد حجم کار و تعداد تخت بیمارستانی محاسبه شده از سوی بیمارستان است.

۲۱-۸) حداقل یک دستگاه لباسشویی تمام اتوماتیک موجود است.

سنجه. حداقل یک ماشین لباسشویی تمام اتوماتیک موجود است که براساس برآوردهای ظرفیت مورد نیاز بیمارستان خریداری شده است.

۲۱-۹) دستگاه اتوی برقی رختشوی خانه، سوئیچ خودکار قطع جریان برق وجود دارد.

سنجه. دستگاه اتوی برقی دارای سوئیچ خودکار قطع جریان برق است.

۲۱-۱۰) میزان لباس ها و ملحفه ها و سایر اقلام پارچه ای به درستی برآورد می شود.

سنجه. روش اجرایی "اطمینان از اینکه میزان لباس، ملحفه و اقلام پارچه ای در زمان بالاترین ضریب اشغال تخت و شرایط بحرانی پاسخگوی نیاز است و لباس در سایزها و اندازه های متفاوت متناسب با مراجعین مختلف بیمارستان موجود است" تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۲۱-۱۱) نظام سرجمع داری اموال برای لباس ها و ملحفه های موجود در انبار موجود است.

سنجه ۱. نظام سرجمع داری اموال به منظور تفکیک لباس ها و ملحفه های در گردش از لباس ها و ملحفه های موجود در انبار موجود است.

سنجه ۲. محل نگهداری و ذخیره لنت نمیز از نظر قفسه بندی، دسته بندی و عدم تداخل با لنت کثیف دارای شرایط بهداشتی است.

۲۱-۱۲) محیط رختشویخانه از نظر نور، سروصدا، رطوبت، تهویه و دما مناسب می باشد.

سنجه ۱. محیط رختشویخانه از نظر نور مطابق ضوابط و مقررات مندرج در آئین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان می باشد.

سنجه ۲. محیط رختشویخانه از نظر میزان صدا مطابق ضوابط و مقررات مندرج در آئین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان می باشد.

سنجه ۳. محیط رختشویخانه از نظر رطوبت مطابق ضوابط و مقررات مندرج در آئین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان می باشد.

سنجه ۴. محیط رختشویخانه از نظر دما مطابق ضوابط و مقررات مندرج در آئین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان می باشد.

سنجه ۵. محیط رختشویخانه از نظر تهویه هوا مطابق ضوابط و مقررات مندرج در آئین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان می باشد.

۲۱-۱۳) محدودیت مواد آشامیدنی، خوردنی و یا استعمال دخانیات در داخل محیط رختشویخانه رعایت می شود.

سنجه. هیچگونه ماده آشامیدنی، خوردنی و یا دخانیات در داخل محیط رختشویخانه خورده، آشامیده و یا استعمال نمی شود.

۲۱-۱۴) محدودیت تردد به داخل واحد رختشویخانه رعایت می شود.

سنجه. افراد متفرقه حق ورود به داخل واحد رختشویخانه را ندارند.



۲۳) بهداشت حرفه ای و طب کار

مدیریت و سازماندهی

۲۲-۱) بهداشت حرفه ای، اختیارات لازم برای مدیریت و کسب اطمینان از اجرای برنامه ایمنی و سلامت شغلی است.

سنجه. بهداشت حرفه ای دارای اختیارات واگذار شده به منظور مدیریت و کسب اطمینان از اجرای صحیح برنامه ایمنی و سلامت شغلی در بیمارستان است.

۲۲-۲) مدیریت مواجهه و کنترل عوامل زیان آور فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیک، استرس شغلی، محیط کار انجام می پذیرد.

سنجه ۱. اندازه گیری، ارزیابی، ارزشیابی و کنترل عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار (روشنایی، ارتعاش، پرتوهای غیر یونیزان، میدان های الکتریکی و مغناطیسی، صدا، شرایط جوی*) متناسب با فعالیت بخش ها و واحدهای مختلف در بیمارستان انجام می گیرد.

سنجه ۲. اندازه گیری، ارزیابی، ارزشیابی و کنترل عوامل زیان آور شیمیایی* محیط کار (گازها و بخارات شیمیایی، گرد و غبار، دود و دمه) متناسب با فعالیت بخش ها و واحدهای مختلف انجام می گیرد.

سنجه ۳. اندازه گیری، ارزیابی، ارزشیابی و کنترل عوامل زیان آور بیولوژیک* محیط کار متناسب با فعالیت بخش ها و واحدهای مختلف انجام می گیرد.

سنجه ۴. اندازه گیری، ارزیابی، ارزشیابی و کنترل عوامل زیان آور استرس شغلی* محیط کار متناسب با فعالیت بخش ها و واحدهای مختلف انجام می گیرد.

سنجه ۵. اندازه گیری، ارزیابی، ارزشیابی و کنترل عوامل ارگونومیک محیط کار متناسب با فعالیت بخش ها و واحدهای مختلف انجام می گیرد.

سنجه ۶. بررسی، ارزشیابی و اقدامات اصلاحی و بهسازی سیستم های تهویه متناسب با فعالیت های بخش ها و واحدهای مختلف انجام می شود.

سنجه ۷. تعیین، تامین و توزیع وسایل حفاظت فردی با رعایت حداقل های استاندارد برای کارکنان بخش ها و واحدهای مختلف انجام می گیرد.

سنجه ۸. سازمان نسبت به شناسایی، اجرا و کنترل ایمنی و سلامت شغلی همه گروههای ذینفع از جمله پیمانکاران، تامین کنندگان، مشتریان و بازدید کنندگان از محیط کار اقدام نموده است.

۲۲-۳) مدیریت مخاطرات شغلی* متناسب با فعالیت بخش ها و واحدهای مختلف انجام می شود.

سنجه ۱. ارزیابی و ارزشیابی مخاطرات شغلی متناسب با فعالیت بخش ها و واحدهای مختلف بر اساس روش اجرایی مدون انجام می شود.

سنجه ۲. مدیریت کنترل مخاطرات شغلی شناسایی و ارزیابی ها شده در محیط کار انجام می شود.

سنجه ۳. بیماری های شغلی به تفکیک هر بخش و واحد شناسایی و ارزیابی شده و کارکنان مرتبط در خصوص این بیماری ها و روش های پیشگیری از آنها آموزش دیده اند و بر اساس آن عمل می کنند.

سنجه ۴. ثبت، بررسی و تحلیل حوادث و شبه حوادث شغلی، شکواییه ها و نظرات بهداشت حرفه ای و طب کار در کلیه واحدهای مختلف انجام می شود.

سنجه ۵. اقدامات اصلاحی و کنترلی برای پیشگیری از وقوع حوادث و شبه حوادث در چارچوب زمانی تعیین شده انجام می شود.

سنجه ۶. تحلیل گزارش ها انجام و اقدامات اصلاحی، در چارچوب زمانی تعیین شده از سوی این واحد پیگیری و اجرا می شوند.

سنجه ۷. مدیریت تغییر مانند تغییر در ساختار سازمان، پرسنل، فرآیندها یا هر تغییری که منجر به کاهش و کنترل مخاطرات شغلی شود لحاظ میشود.

۲۲-۴) مدیریت ایمنی مواد شیمیایی در بیمارستان انجام می شود.

سنجه ۱. کتابچه / مجموعه راهنمای استفاده از مواد شیمیایی مورد استفاده در بیمارستان شامل فهرست به روز رسانی شده مواد، روش استفاده صحیح و ایمن از مواد مذکور، کاربردها، محدودیت ها، اثرات بهداشتی، زیست محیطی و شناسنامه آنها موجود است و کارکنان مرتبط از محتویات راهنما مطلع هستند و بر اساس آن عمل می نمایند.

سنجه ۲. برچسب گذاری مواد شیمیایی^۱ انجام می گیرد.

سنجه ۳. استفاده صحیح از برگه های اطلاع رسانی در خصوص ایمنی مواد^۲ (SDS) انجام می گیرد.

سنجه ۴. برنامه ایمنی شیمیایی در انبار ها (حمل و نقل، انباشت، چیدمان، توزیع، مصرف و دفع بهداشتی)

^۱ طبق دستورالعمل نحوه طبقه بندی و برچسب گذاری مواد شیمیایی ابلاغ شده طی نامه شماره ۵۳۷۷۳/س مورخ ۱۳۸۸/۷/۴

^۲ Safety Data Sheets



معاینات کارکنان

۲۲-۵) در زمان استخدام کارکنان، معاینات پزشکی بدو استخدام انجام می شود.

سنجه. معاینات پزشکی بدو استخدام، برای کارکنان انجام می شود.*

۲۲-۶) بیمارستان معاینات پزشکی دوره ای کارکنان را انجام می دهد.

سنجه ۱. معاینات پزشکی دوره ای (سالانه و در صورت لزوم در فواصل کمتر) کارکنان انجام می شود.

سنجه ۲. آزمایشات پزشکی شامل آزمایش خون مطابق دستور العمل معاینه و آزمایش های پزشکی کارکنان مراکز کار با پرتو، برای پزشکان و کارکنان انجام می پذیرد و عکس قفسه صدری و سایر آزمایشات بر اساس صلاحدید پزشک انجام می شود.

سنجه ۳. حفظ و تامین سلامت، بهداشت و ایمنی عوامل اجرایی مدیریت پسماند^۱ جهت کارکنان خدماتی مرتبط با پسماند، رعایت می شود.

۲۲-۷) معاینات بازگشت به کار، خروج از کار و معاینات اختصاصی در رابطه با سلامت شغلی انجام می شود.

سنجه. معاینات بازگشت به کار (انجام معاینات درمورد کارکنانی که بدنال غیبت بیش از سه روز از محیط کار به سبب وقوع بیماری و یا حادثه و یا هر علت دیگر مجدداً به کار بر می گردند)، معاینات خروج از کار (مانند معاینات سلامت شغلی پس از پایان دوره تعهدات قانونی یا بازنشستگی و...)، معاینات اختصاصی در رابطه با سلامت شغلی انجام می شود.



۲۴) کنترل عفونت

۲۳-۱) بهداشت دست ها مطابق بخشنامه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رعایت می شود.

- سنجه ۱. روش اجرایی بهداشت دست ها مطابق بخشنامه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شده است و کارکنان آن را رعایت می نمایند.
- سنجه ۲. اسکراب دست منطبق با آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جهت کلیه اقدامات تهاجمی انجام می شود.
- سنجه ۳. براساس چک لیست، میزان رعایت و پذیرش (compliance) بهداشت دست در تمام بخشها / واحدهای درمانی انجام می شود.

۲۳-۲) با توجه به نوع ارائه مراقبت درمانی به بیماران، از وسایل حفاظت فردی مناسب استفاده می شود.

- سنجه ۱. روش اجرایی جهت استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت از بیماران و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۲. تمام افرادی که با بیمار در تماس هستند (شامل پزشکان، پرستاران، دانشجویان، خدمه، همراهان، ملاقات کنندگان و...) از وسایل حفاظتی مناسب (با توجه به نوع مراقبت از بیمار) استفاده می نمایند.

۲۳-۳) مدیریت مواجهه شغلی برای کارکنان اجرا می شود.

- سنجه ۱. روش اجرایی مدیریت مواجهه شغلی (پیشگیری، اقدام و پیگیری پس از مواجهه) تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۲. تیم کنترل عفونت نتایج مواجهه شغلی را بررسی و اقدامات مداخله ای جهت کاهش آن را برنامه ریزی و اجرا می نماید.

روشهای اجرایی و دستورالعمل ها

۲۳-۴) روش اجرایی و دستورالعمل هایی برای کاهش خطرات ناشی از ارائه خدمات مراقبتی تدوین و اجرایی شده است.

- سنجه ۱. روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونتهای موضع جراحی یا محل نمونه برداری تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۲. روش اجرایی پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد می شود، تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۳. روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونتهای کتترهای عروقی تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۴. روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونتهای کتترهای ادراری تدوین و اجرایی شده است.
- سنجه ۵. روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت در اقدامات درمانی و اسکوپهای مربوط به بیمار تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۶. روش اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیکها شامل پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعملهای مصرف آنتی بیوتیک برای عفونتهای مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی، تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۷. روش اجرایی موارد الزام برای انجام کشت* با استفاده از دستورالعمل مدون ابلاغی تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۸. روش اجرایی ایزولاسیون، بیماران با بیماریهای واگیر احتمالی براساس انتقال میکروارگانیسم (هوایی، قطرات، تماسی) تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۹. روش اجرایی مدیریت و حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۱۰. روش اجرایی استفاده از وسایل صرفاً یکبار مصرف منطبق با دستورالعملهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.



نظام مراقبت بیماریها (Surveillance)

۲۳-۵) بیمارستان از نظام مراقبت بیماریها (جمع آوری، تجزیه و تحلیل داده، ارائه پس خواند، طراحی مداخلات و اجرای آنها در قالب برنامه ها و طرح های عملیاتی زمان بندی شده) پیروی می نماید.

۱. روش اجرایی شناسایی و گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی تدوین* و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می شود.
۲. اطلاعات از طریق نرم افزار گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی در ایران (NNIS) بصورت ماهیانه گزارش دهی می شود.
۳. بررسی و تحلیل روند عفونتهای بیمارستانی را به صورت منظم انجام می دهد.
۴. بررسی و تحلیل مقاومت میکروبی را به صورت منظم انجام می دهد.
۵. مداخلات لازم برای کاهش خطر عفونتهای بیمارستانی را انجام می دهد.
۶. اثربخشی اقدامات انجام شده در کاهش خطر عفونتهای بیمارستانی را ارزیابی می نماید.

گزارش و پایش شاخص های کنترل عفونت

۲۳-۶) گزارش بیماریهای واگیر، غیر واگیر و موارد جدید، مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سنجه. تیم کنترل عفونت مواردی که گزارش بیماریهای واگیر و غیر واگیر مطابق مقررات الزامی شده است، را شناسایی و به مراجع بالاتر گزارش دهی می نماید.

۲۳-۷) ممیزی کنترل عفونت از بخشها / واحدها انجام شده و نتایج به واحدها و مدیران ارشد گزارش می شود.

سنجه ۱. ممیزی کنترل عفونت از بخشها / واحدها براساس چک لیست مربوطه انجام می شود.
سنجه ۲. تیم کنترل عفونت نتایج اطلاعات عفونتهای بیمارستانی و ممیزی های انجام شده را به مدیران ارشد و مسئولین بخشها / واحدهای مربوطه گزارش می دهند.

۲۳-۸) شاخصهای لازم برای کاهش خطر عفونتهای بیمارستانی تعیین، پایش و مداخلات اصلاحی صورت می گیرد.

سنجه ۱. شاخصهای کلیدی* برای پایش عملکرد فعالیتهای کنترل عفونت تعیین و پایش می شوند.
سنجه ۲. مداخلات لازم برای ارتقاء شاخصهای کلیدی برنامه ریزی و اثربخشی آنها اندازه گیری می شود.



و. خدمات پاراکلینیک

(۲۵) آزمایشگاه

مراحل قبل از آزمایش^۱

۲۴-۱) مدیریت نمونه های آزمایشگاه با رعایت اصول کیفی به صورت برنامه ریزی شده، انجام می شود.

- سنجه ۱. فهرست آزمایشهای مستلزم ناشتایی و سایر آمادگی های لازم مشخص شده و آمادگی بیمارار متناسب با آن بررسی و اقدام می شود.
- سنجه ۲. مدت پایداری انواع نمونه و آزمایش ها تا زمان انجام آزمایش مشخص شده و رعایت می شود.
- سنجه ۳. برچسب های مناسب بر روی ظروف حاوی نمونه دارای حداقل دو نشانه برای شناسایی و تعیین هویت بیمار*، تاریخ و زمان دقیق نمونه گیری، بخش و شماره تخت و نوع یا گروه آزمایش در مورد بیمار بستری می باشد.
- سنجه ۴. براساس دستورالعمل مشخص در بخش نمونه برداری آزمایشگاه، در خصوص جمع آوری نمونه (مانند، ادرار ۲۴ ساعته، اسپرموگرام، خون مخفی در مدفوع و...) توسط بیمارار آموزش های لازم ارائه می شود.
- سنجه ۵. معیارهای پذیرش (رد و قبول) نمونه های ارسالی از سایر بخش ها و مراکز خارج از آزمایشگاه تعیین شده و بر اساس آن اقدام می شود.

۲۴-۲) مدیریت آزمایشهای ارجاعی بصورت برنامه ریزی شده انجام می شود.

- سنجه ۱. فهرست آزمایشهای فعال و ارجاعی به آزمایشگاههای طرف قرارداد مشخص شده و بر اساس آن اقدام می شود.
- سنجه ۲. ملاک انتخاب آزمایشگاه طرف قرارداد برای آزمایشهای ارجاعی مشخص شده و بر اساس آن اقدام می شود.
- سنجه ۳. نحوه کسب اطمینان مستمر بیمارستان از کیفیت عملکرد آزمایشگاه طرف قرارداد برای آزمایشهای ارجاعی تعیین شده و بر اساس آن اقدام می شود.
- سنجه ۴. قرارداد مشخصی که ارتباط و مسئولیت دو آزمایشگاه را مشخص نماید مطابق با دستورالعمل ارجاع نمونه های بالینی منعقد و مفاد آن رعایت می شود.
- سنجه ۵. روش اجرایی مشخص بسته بندی، انتقال امن و ایمن نمونه، زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات دریافت شده تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

مراحل انجام آزمایش^۲

۲۴-۳) دستورالعمل های انجام آزمایش بر اساس ضوابط ابلاغی برای همه بخش های آزمایشگاه تدوین و اجرا می شود.

- سنجه ۱. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود تدوین و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۲. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود تدوین و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۳. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه میکروبی شناسی انجام می شود تدوین و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۴. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود تدوین و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۵. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود تدوین و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۶. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه سروایمونولوژی و هورمون انجام می شود تدوین و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۷. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه PCR و ژنتیک انجام می شود تدوین و بر اساس آن عمل می شود.
- سنجه ۸. دستورالعمل نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه پاتولوژی، انجام می شود تدوین و بر اساس آن عمل می شود.

۲۴-۴) کنترل کیفیت آزمایشها در همه بخش های در آزمایشگاه به صورت برنامه ریزی شده انجام می شود.

- سنجه ۱. کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش بیوشیمی به صورت مدون و در هر نوبت کاری انجام و ضمن ثبت و تفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می آید.
- سنجه ۲. کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش هماتولوژی به صورت مدون و در هر نوبت کاری انجام و ضمن ثبت و تفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می آید.

^۱ Pre Analytical Phase

^۲ Analytical Phase



سنجه ۳. کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف در بخش میکروب شناسی به صورت مدون و در هر نوبت کاری انجام و ضمن ثبت و تف سیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می آید.

سنجه ۴. کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف در بخش بیوشیمی ادرار به صورت مدون و در هر نوبت کاری انجام و ضمن ثبت و تفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می آید.

سنجه ۵. کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف در بخش سروایمنولوژی و هورمون به صورت مدون و در هر نوبت کاری انجام و ضمن ثبت و تفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می آید.

سنجه ۶. کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف در بخش PCR و ژنتیک به صورت مدون و در هر نوبت کاری انجام و ضمن ثبت و تفسیر نتایج، در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می آید.

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

۲۴-۵) آزمایشگاه در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت شرکت می نماید.

سنجه. آزمایشگاه در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت شرکت می نماید و بر اساس نتایج بدست آمده تفسیر و اقدامات اصلاحی به عمل می آید.

۲۴-۶) کنترل کیفیت آب آزمایشگاهی انجام می شود.

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

۲۴-۷) کنترل کیفیت ابزار پایه آزمایشگاه انجام می شود.

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

مراحل پس از انجام آزمایش^۱

۲۴-۸) ۳-۱) نحوه نظارت مستمر بر تعیین و تغییر محدوده مرجع آزمایشها وجود دارد.

سنجه. روش اجرایی نظارت مستمر بر تعیین و تغییر محدوده مرجع آزمایشها تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل میشود.

۲۴-۹) نتایج آزمایش غیر طبیعی که جان بیمار در خطر باشد فوراً گزارش می شود.

سنجه ۱. محدوده هشدار یا مقادیر بحرانی^۲ آزمایشها شناسایی در معرض دید کارکنان نصب شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند.

سنجه ۲. در صورت مواجهه با مقادیر بحرانی، این موارد بلافاصله و قبل از چک مجدد به اطلاع پزشک معالج رسانیده می شوند و بیمارستان از باز بودن کانالهای ارتباطی لازم جهت اطلاع رسانی سریع در این خصوص، اطمینان حاصل می نماید.

۲۴-۱۰) مسئول فنی آزمایشگاه پس از اطمینان از همخوانی نتایج آزمایش آن را تایید می نماید.

سنجه ۱. مسئول فنی آزمایشگاه پس از اطمینان از همخوانی نتایج آن را تایید مهر و امضاء می نماید و اقدامات بعدی در برخورد با نتایج غیرطبیعی (تکرار آزمایش - انجام یا توصیه جهت انجام آزمایش های تاییدی یا تکمیلی) انجام می شود.

۲۴-۱۱) فاصله زمانی انجام آزمایشها تا پاسخ دهی در آزمایشهای روتین و اورژانس تعیین و اطلاع رسانی شده است.

سنجه ۱. فهرست آزمایشهای روتین و جدول زمان بندی پاسخ تعیین، اطلاع رسانی و براساس آن عمل می شود

سنجه ۲. فهرست آزمایشهای اورژانس و جدول زمان بندی پاسخ توسط آزمایشگاه با همکاری گروههای بالینی تعیین، اطلاع رسانی و رعایت میشود.

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

۲۴-۱۲) فضای آزمایشگاه متناسب با وظیفه تخصصی واحدهای آزمایشگاه و جلوگیری از آلودگی متقابل جداسازی شده است،

سنجه. در طراحی و چیدمان فضای آزمایشگاه مندرجات استاندارد رعایت شده است و قسمت پذیرش سرپائی در ابتدای مسیر و به صورت جداگانه و قسمت میکروب شناسی نیز با رعایت اصول جدا سازی و تهویه مناسب طراحی و تعبیه شده اند.

^۱ Post Analytical Phase

^۲ Panic Value



۲۶) تصویربرداری

پذیرش و آمادگی

۲۵-۱) اطلاعات لازم در زمان پذیرش بیمار ثبت و حین ارائه خدمات مد نظر قرار می گیرید.

سنجه. مسئول پذیرش ساعت، تاریخ، علت مراجعه، شکایت فعلی بیمار، نوع تصویر برداری، سوابق حساسیت دارویی (در موارد مداخله ای) نام پزشک درخواست کننده، و شماره تماس بیمار را در دفتر پذیرش یا فایل الکترونیک این بخش ثبت و اطلاعات مورد استفاده قرار می گیرد.

۲۵-۲) توضیحات و آموزش های لازم برای بیمار و همراهان وی برحسب مورد ارائه می شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند توضیحات و آموزش های ارائه شده به بیمار و همراهان وی برحسب مورد توسط پزشک متخصص رادیولوژی و یا کارکنان فنی بخش تصویر برداری ارائه می شود.

۲۵-۳) اطلاعات و آموزش های آمادگی بیمار قبل از انجام اقدامات تشخیصی^۱ به همه بیماران ارائه می شود.

سنجه. فرم هایی در خصوص اطلاعات و آمادگی های لازم قبل از انجام پروسیجرهای مختلف شامل وضعیت تغذیه ای تداخلات دارویی و... به صورت کتبی و به زبان ساده و قابل فهم بیماران وجود داشته و به آنها تحویل داده می شود.

تسهیلات ایمنی

۲۵-۴) بخش تصویربرداری دارای فضای مستقل و دارای هشدارهای ایمنی است.

سنجه. بخش تصویربرداری دارای فضای مستقل فیزیکی و دارای هشدارهای ایمنی لازم می باشد

۲۵-۵) در مواقعی که لازم است به بیمار بیهوشی و آرام بخشی داده شود، متخصص بیهوشی در دسترس می باشد.

سنجه. برای انجام تمام فرایندهای تصویر برداری مداخله ای، که نیازمند بیهوشی و آرام بخشی می باشند بر اساس برنامه ریزی مدون جهت حضور متخصصین بیهوشی هماهنگی لازم به عمل می آید.

۲۵-۶) فضای تفکیک شده برای آماده سازی و ریکاوری بیماران در بخش وجود دارد.

سنجه. بخش تصویر برداری فضای جداگانه ای برای آماده سازی و ریکاوری بیمارانی که نیازمند بیهوشی و آرام بخشی، مراقبت بعد از انجام تصویر برداری های مداخله ای و یا آمادگی های لازم قبل از انجام تصویر برداری های مداخله ای بوده اند را ایجاد نموده است.

۲۵-۷) اصول بهداشتی و رفاهی برای لباس بیماران رعایت می شود.

سنجه. امکانات بهداشتی مناسب جهت تعویض لباس بیماران در مواردی که نیاز به تعویض می باشد ارائه می شود.

۲۵-۸) چراغ های هشداردهنده بالای درب ورودی اتاق های تصویر برداری نصب و به درستی عمل می نمایند.

سنجه. چراغ های هشداردهنده در بالای درب ورودی اتاق های تصویر برداری وجود دارد و هماهنگ با تابش دستگاهها عمل می نمایند.

۲۵-۹) استفاده از مواد حاجب تحت کنترل های ایمنی برنامه ریزی شده است.

سنجه. روش اجرایی مدون با رعایت استانداردهای ایمن در خصوص نحوه استفاده از مواد حاجب تدوین شده است، کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

گزارش

۲۵-۱۰) گزارش های تصویر برداری توسط رادیولوژیست در زمان معین بعد از انجام تکمیل و امضاء می شود

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند گزارش تصویر برداری های تایید شده توسط رادیولوژیست حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت در پرونده بیمار قرار می گیرد.

۲۵-۱۱) پزشک، پس از انجام ارزیابی ها و اقدامات لازم، موارد مورد نیاز را در گزارش تصویر برداری بیمار ثبت می نماید.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهد که ساعت و تاریخ، شرح حال و اطلاعات بالینی بیمار و نتایج ارزیابی انجام شده و پیشنهادات و توصیه های خود را در زمینه های مراقبتی و تشخیصی در برگه گزارش تصویر برداری ثبت می شود.



۲۷) فیزیوتراپی

۱-۲۶) خدمات فیزیوتراپی با دسترسی مناسب برای بیماران وجود دارد.

سنجه. دسترسی به خدمات فیزیوتراپی توسط تأمین کننده داخلی یا برون سپاری با رعایت الزامات و استانداردهای بخش، میسر است.

۲-۲۶) در دفتر ثبت بخش فیزیوتراپی، موارد مورد انتظار ثبت می شود.

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

۳-۲۶) حداقل موارد مورد انتظار در انجام خدمات فیزیوتراپی در پرونده بیمار ثبت می شوند.

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

۴-۲۶) افراد معلول دسترسی آسان به بخش فیزیوتراپی دارند.

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



۲۸) طب انتقال خون

تهیه و آماده سازی

۱-۲۸) کلیه روش های آزمایشگاهی بانک خون با روش های معتبر و تحت کنترل برنامه ریزی می شود.

سنجه ۱. دستورالعمل انجام آزمایش های سازگاری از جمله: Antibody screening و Cross match خون و فرآورده های خونی تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. دستورالعمل انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم به روش لوله ای، و آزمایش Rh(D) به روش لوله ای، تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۳. دستورالعمل انجام آزمایش های جستجوی انتی بادی های غیرمنتظره، انجام آزمایش انتی گلوبین مستقیم تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۴. دستورالعمل تهیه سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرمز، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون، تهیه گلبول قرمز های حساس شده، تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۵. کنترل کیفی روزانه انتی سرم های مورد استفاده در بانک خون انجام می شود.

۲-۲۸) حمل و نقل خون و فرآورده های خونی در داخل و خارج بیمارستان با رعایت اصول فنی انجام می شود.

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

۳-۲۸) برچسب گذاری استاندارد بر روی کیسه های خون انجام می شود.

سنجه. پس از آماده سازی خون و فرآورده های آن جهت ارسال به بخش به منظور تزریق به بیمار، برچسبی شامل مشخصات دریافت کننده، وضعیت سازگاری با خون اهدایی و نام فرد انجام دهنده آزمایشات سازگاری و بخش مصرف کننده خون الصاق شود.

۴-۲۸) مدیریت مصرف خون و فرآورده های خونی با توجه به تاریخ انقضاء وجود دارد.

سنجه ۱. الویت مصرف خون و محصولات خونی با مواردی است که تاریخ انقضای آن نزدیک تر است بجز مواردی که به دستور پزشک و در موارد خاص خون تازه درخواست می شود.
سنجه ۲. بر اساس روش اجرایی مشخص، نگهداری خون و محصولات خونی به نحوی است که پیش از انقضای تاریخ به مصرف برسد.

۵-۲۸) کنترل کیفی دمای یخچال های بانک خون با روش خودکار انجام می شود.

سنجه ۱. ثبت دما برای تمام تجهیزات سرمایشی انجام می شود و جدول مبتنی براطلاعات تاریخ، ساعت، کارشناس مسئول چک آلارم و نتیجه ارزیابی حداقل هفتگی آلارم وجود دارد و ثبت لازم صورت می گیرد.
سنجه ۲. ثبات درجه حرارت یخچال های بانک خون از نوع اتوماتیک هستند و حداقل یک بار در روز بررسی می شود.

۶-۲۸) تزریق خون برای نوزادان و شیرخواران با سن کمتر از ۴ ماه به صورت برنامه ریزی شده انجام می شود.

سنجه. روش اجرایی درخواست و تزریق خون برای نوزادان و شیرخواران با سن کمتر از ۴ ماه تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.

۷-۲۸) پلاکتها در دما و شرایط استاندارد ذخیره میشوند.

سنجه. پلاکتها در دمای ۲۴-۲۰^oC باتکان آرام با استفاده از روتاتور ذخیره می شوند.

۸-۲۸) همه واکنشهای ناخواسته انتقال خون و محصولات خونی ثبت می شوند.

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

۹-۲۸) فرد مسئول حمل و نقل فرآورده های خونی آموزش دیده است.

سنجه. فرد مسئول حمل و نقل فرآورده های خونی دارای کارت یا گواهی نامه آموزشی معتبر و تاریخ دار از سازمان انتقال خون است.
پیگیری توزیع خون به واسطه شماره اختصاصی^۱ تسهیل می شود.

^۱ Bar coding



سنجه. داده‌های مربوط به درخواست و ثبت نتایج آزمایشات قبل از تزریق و گزارش عوارض تزریق خون ثبت رایانه‌ای شده و در نرم‌افزار و سامانه‌های الکترونیکی مورد تایید سازمان انتقال خون وارد می شود. خون و فرآورده های خونی واجد باکد (شماره اختصاصی) هستند که در صورت استفاده از بارکدخوان در بیمارستان این فرآورده ها قابل پیگیری می باشد.

۲۸-۱۰) ذوب پلاسما مطابق دستورالعمل سازمان انتقال خون صورت می گیرد.

سنجه. ذوب پلاسما مطابق دستورالعمل سازمان انتقال خون با استفاده از دستگاه ذوب پلاسما یا بن ماری جدا از سایر بخش های آزمایشگاه صورت می گیرد.

۲۸-۱۱) ارزیابی های لازم برای خون و محصولات خونی ارسالی و برگشتی از بخش انجام می شود.

سنجه. در زمان ارسال کیسه های خون و فرآورده به بخش های مصرف کننده و در زمان تحویل و دریافت آن در بخش وضعیت ظاهری کیسه از نظر وجود نشت، همولیز، لخته، کدورت، حباب گاز در کیسه و مخدوش نبودن برچسب روی کیسه بررسی می شود.

سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس)

۲۸-۱۲) در بیمارستان طرح سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس) اجرا می شود.

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

۲۸-۱۳) فرم های استاندارد نظام مراقبت (هموویژلانس) از خون در بیمارستان استفاده و به طور کامل پر می شوند.

سنجه ۱. بیمارستان از فرم های استاندارد به منظور درخواست خون و فرآورده های خونی استفاده و تمامی مندرجات آن تکمیل می شود.

سنجه ۲. بیمارستان از فرم های استاندارد نظارت بر تزریق خون و فرآورده های خونی استفاده و تمامی مندرجات آن تکمیل می شود.

سنجه ۳. فرم درخواست پلاکت فرزیس و فرم نظارت بر تزریق پلاکت فرزیس به طور کامل تکمیل می شود.

سنجه ۴. فرم درخواست خون و فرآورده های خونی در موارد اورژانس به طور کامل تکمیل می شود.

۲۸-۱۴) گزارش عوارض ناخواسته احتمالی تزریق خون به دفتر هموویژلانس سازمان انتقال خون می شود.

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

۲۸-۱۵) پزشکان هموویژلانس، پرستاران و پرسنل بانک خون دوره آموزشی هموویژلانس را می گذرانند.

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

۲۸-۱۶) برنامه های کنترل کیفی خارجی در آزمایشگاه بانک خون فعال است.

سنجه. آزمایشگاه بانک خون در برنامه کنترل کیفی های خارجی^۲ مربوط به آزمایشات ایمنوهماتولوژی شرکت نماید و سوابق آن موجود است.

۲۸-۱۷) نتایج ممیزی پایگاه انتقال خون تحلیل و اقدامات اصلاحی به عمل می آید.

سنجه. نتایج ممیزی خارجی پایگاه انتقال خون توسط مسئول فنی تحلیل و ضمن اجرای برنامه های اصلاحی نتایج مستند آن به پایگاه انتقال خون استان ارسال می شود.

۲۸-۱۸) آماده سازی بیمار برای تزریق خون به صورت برنامه ریزی شده و رعایت اصول ایمنی بیمار انجام می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی نحوه شناسایی بیمار، نحوه نمونه گیری، نحوه آماده سازی بیمار قبل از تزریق خون تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.

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

^۱ مطابق ماده ۲۱ "آیین نامه فعالیت بانک خون و بخش های مصرف کننده خون و فرآورده های آن در مراکز درمانی"



ز. مدیریت تغذیه

۲۹) تغذیه و رژیم درمانی

۲۷-۱) رژیم غذایی بیمار طبق توصیه متخصصان و کارشناسان تغذیه و تجویز پزشک معالج بیمار تنظیم می شود.

سنجه ۱. در هر نوبت کاری بر اساس دستور پزشک، فهرست بیماران نیازمند به رژیم غذایی خاص توسط پرستاران تهیه و پس از مطابقت با رژیم غذایی تنظیم شده به آشپزخانه اعلام و بر همین اساس غذای بیمار سرو می شود.
سنجه ۲. اطلاعات رژیم درمانی بیمار در سامانه HIS بیمارستان ثبت و مورد تایید کارشناس تغذیه می باشد.

۲۷-۲) ارزیابی تغذیه بیماران صورت می پذیرد.

سنجه ۱. ارزیابی تخصصی تغذیه ای حداقل برای تمام بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه بزرگسالان (ICU) توسط مشاورین تغذیه انجام می شود و در موارد نیاز برای سایر بیماران بستری نیز انجام می شود.
سنجه ۲. در خصوص مادران باردار بیمار (مانند اکلامپسی و پره اکلامپسی، دیابت و...) و اطفال بیمار ارزیابی وضعیت تغذیه بر اساس منحنی های وزن گیری و منحنی های رشد انجام گرفته و این منحنی ها در پرونده بیماران موجود است.
سنجه ۳. برای تمام بیمارانی که فرم ارزیابی تخصصی تغذیه تکمیل شده است، در صورت نیاز به ویزیت های بعدی، فرم پیگیری وضعیت تغذیه نیز تکمیل می شود.

۲۷-۳) تنوع منوی غذایی به تفکیک رژیم های غذایی درمانی برای بیمار وجود دارد.

سنجه ۱. یک فهرست متنوع (حداقل دو انتخاب در هر وعده) به تفکیک برای هر یک از رژیم های غذایی درمانی (مانند کتوژنیک، دیابتیک، کلیوی، و معمولی) موجود است و به بیماران اطلاع رسانی لازم انجام می پذیرد.
سنجه ۲. یک فهرست انتخاب غذایی در تمام وعده های غذایی وجود دارد و در وعده غذایی قبل در اختیار بیمار/ همراه وی قرار می گیرد به نحوی که منوی غذای ظهر برای شب تکرار نمی شود.
سنجه ۳. حداقل ۲ نوبت میان وعده برای کودکان، مادران باردار و بیماران دیابتیک متناسب با رژیم غذایی در نظر گرفته شده و بر اساس منوی مشخصی ارائه می شود.

۲۷-۴) اطمینان از دریافت و مصرف وعده های غذایی بیمار حاصل می شود.

سنجه. روش اجرایی مدون کسب اطمینان از صرف غذا توسط بیمار در هر وعده تدوین و کارکنان مربوطه* از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

مدیریت خدمات غذایی

۲۷-۵) بیمارستان از تامین محلول های گاوآذ با رعایت اصول بهداشتی و تغذیه ای اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. روش اجرایی مدون بکارگیری وسایل پخت و ظروف بهداشتی تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. در صورتی که در بیمارستان محلولهای گاوآذ دست ساز تهیه می شود باید فضایی مجزا، ترازو جهت توزین محلول و دستگاه مخلوط کننده وجود داشته و تحت نظر کارشناس تغذیه و توسط مسئول آموزش دیده این محلول ها تهیه شود.
سنجه ۳. در انتقال محلولهای گاوآذ دست ساز به بخش، از ظروف یکبار مصرف دربار گیاهی استاندارد استفاده می شود.

۲۷-۶) از بکارگیری وسایل پخت و ظروف مناسب و بهداشتی اطمینان حاصل می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی مدون بکارگیری و تعویض به موقع وسایل پخت تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. از ظروف یکبار مصرف آلومینیومی یا گیاهی استاندارد برای بیماران بخش های عفونی و ایزوله و برای بیماران سایر بخش ها از ظروف چینی، آرکوپال یا بلور استفاده می شود.

۲۷-۷) بیمارستان در خصوص سلامت مواد غذایی در بوفه های داخل بیمارستان اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. مواد غذایی ارائه شده در بوفه بیمارستان بر اساس برنامه ای مشخص ضوابط بخش تغذیه به صورت دوره ای توسط کارشناس تغذیه ارزیابی و کنترل می شود.

۲۷-۸) توزیع غذا به صورت برنامه ریزی شده انجام می شود.

سنجه ۱. روش اجرایی مدون نحوه توزیع غذا تدوین شده است، کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.
سنجه ۲. توزیع میان وعده ها یا غذا های گرم قبل و پس از ساعت عادی سرو غذا برای بیمار و همراه وی برنامه ریزی شده است.



ج. مدیریت اطلاعات

۳۰) مدیریت اطلاعات سلامت

مدیریت داده ها

۲۹-۱) بیمارستان از محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. روش اجرایی محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات تدوین، کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند

۲۹-۲) بیمارستان از شرایط و معیارهای دسترسی به اطلاعات بیمار (درون سازمانی، برون سازمانی) * اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. شرایط و معیارهای دسترسی به اطلاعات بیمار (درون سازمانی، برون سازمانی) * با استفاده از روش مدون ابلاغی و با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

* دسترسی به اطلاعات درون سازمانی برای مواردی چون انجام فعالیت های پژوهشی و اطلاعات برون سازمانی مانند ارسال مدارک لازم برای سازمان های بیمه گر وجود دارد.

۲۹-۳) بیمارستان از خلاصه برداری و امحاء پرونده های پزشکی پس از دوره ی زمانی تعیین شده اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. روش اجرایی خلاصه برداری و امحاء پرونده های پزشکی پس از دوره ی زمانی تعیین شده با استفاده از روش مدون ابلاغی و با رعایت حداقل های مورد انتظار^۱ تدوین شده است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۲۹-۴) بیمارستان از سازماندهی درونی پرونده های پزشکی در واحد مدیریت اطلاعات سلامت اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. سازماندهی درونی پرونده های پزشکی (مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار) با استفاده از روش مدون ابلاغی و با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۲۹-۵) بیمارستان از مدیریت طراحی و بروز رسانی فرم های بیمارستانی مورد نیاز اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. هرگونه ایجاد فرم جدید با رعایت حداقل های مورد انتظار و بر اساس "فرایند و فلوجارت طراحی و اصلاح فرم های پرونده پزشکی" ابلاغی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی^۲ صورت می پذیرد، و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۲۹-۶) حفاظت از اطلاعات پرونده های پزشکی به نحوی که دچار آسیب یا نقصان نشوند صورت می پذیرد.

سنجه. روش اجرایی حفاظت از اطلاعات پرونده های پزشکی مفقود شده و آسیب دیده با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۲۹-۷) تطبیق پرونده های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات سلامت با فهرست بیماران پذیرش شده کنترل می شود.

سنجه. روش کنترل و مطابقت پرونده های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات سلامت با فهرست بیماران پذیرش شده و با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

۲۹-۸) سیستم بایگانی پرونده های بستری، اورژانس و سرپایی موجود است.

سنجه. سیستم بایگانی پرونده های بستری، اورژانس و سرپایی متناسب با شرایط واحد مدیریت اطلاعات سلامت (فضای بایگانی، تعداد پذیرش و تریخیص و درخواست پرونده پزشکی) موجود است.

۲۹-۹) بیمارستان از کنترل خروج پرونده پزشکی و محتویات آن از واحد مدیریت اطلاعات سلامت اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. روش اجرایی ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی و محتویات آن از واحد مدیریت اطلاعات سلامت با استفاده از روش مدون ابلاغی و با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.

پذیرش بیمار و تشکیل پرونده پزشکی

۲۹-۱۰) بیمارستان برای هر بیمار (بستری، اورژانس) یک پرونده پزشکی تشکیل می دهد.

^۱ و بر اساس بخشنامه های ۱۰/۳۰۷۶۸۲ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵ و ۱۰/۱/۱۹ مورخ ۹۲/۱/۱۷

^۲ به شماره ۴۰۹/۱۱۱۶۵ مورخ ۹۳/۶/۱۷



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

*بیمار در مراجعات مختلف بستری، یک شماره پرونده پزشکی واحد دارد و در مراجعات بعدی از همان شماره استفاده می شود و در مواردی که بیمار پرونده بستری قبلی در این بیمارستان دارد با زدن علامت تیک در کادر سمت چپ بالای فرم پذیرش و ثبت تعداد دفعات مراجعه اعلام می شود که بیمار قبلا در این بیمارستان مراجعه داشته یا پزشکان در صورت نیاز، اطلاعات پرونده بستری قبلی را درخواست نموده و مورد استفاده قرار دهند و مفهوم این علامت قبلا به کارکنان بالینی اعلام شده است.

سنجه ۲. اسامی و مشخصات بیماران از دو روش شماره پرونده پزشکی و نام و نام خانوادگی در فهرست اسامی اصلی که شامل بیماران جدید و قدیم است موجود بوده و به سرعت قابل بازیابی است.

سنجه ۳. اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، و مشخصات بیمار در سربرگ سایر فرم های پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل شده است.

سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب)

۲۹-۱۱) ثبت داده ها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) با رعایت حداقل های تعیین شده صورت می گیرد.

سنجه ۱. ثبت داده های مربوط به اطلاعات شنا سنامه ای و بخش های بیمارستانی و فعالیت بخش ها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) با رعایت حداقل های تعیین شده توسط دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می شود.

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

سنجه ۳. کنترل ثبت و بروزرسانی داده های مربوط به پرسنل و پزشکان، تجهیزات پزشکی و تجهیزات سرمایه ای در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) بر اساس حداقل های تعیین شده از طرف دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واحد مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان انجام می شود.

حداقل اقلام اطلاعاتی سیستم اطلاعات بیمارستانی

۲۹-۱۲) ثبت داده ها در HIS، با رعایت حداقل های مورد نظر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی صورت می گیرد.

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

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

اصول مستند سازی پرونده بیمار

۲۹-۱۳) ثبت گزارش ها در پرونده ی بیماران^۲، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام می شود.

سنجه ۱. تمام دستورات شفاهی توسط افراد با صلاحیت (دریافت کننده و دستور دهنده)، با ذکر نام و نام خانوادگی، مهر و امضا، تاریخ و ساعت دریافت دستور و تأیید مجدد آن توسط پزشک معالج طبق قوانین و مقررات پزشکی ثبت شده است و فهرست دستورات شفاهی* موجود است.

* این فهرست توسط بخش مربوطه تهیه می شود و نسخه ای از آن در اختیار واحد مدیریت اطلاعات سلامت قرار می گیرد.

سنجه ۲. تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بیمار تاریخ و ساعت، مهر و امضا دارند و نام و نام خانوادگی و سمت ثبت کننده موجود است.

۲۹-۱۴) اطلاعات پرونده های پزشکی تکمیل می شود.

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

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

^۱ مطابق بخشنامه شماره ۱/۳۳۹۱/پ مورخ ۸۰/۸/۲۹ و بخشنامه شماره ۴۰۹/۱۸۱۱/د مورخ ۹۵/۱/۲۱

^۲ مطابق بخشنامه ی شماره ۴۰۹/۱۱۱۶۷/د مورخ ۹۳/۶/۱۷



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

فرم شرح حال

۲۹-۱۵) فرم شرح حال بیمار شامل ۱۱ مورد حداقل های تعیین شده در پرونده وی موجود است.

سنجه. فرم شرح حال شامل مشخصات دموگرافیک (جمعیت شناختی) بیمار، شکایت اصلی بیمار، تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه بیماریهای قبلی، داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات، حساسیت و ناسازگاری دارویی، سوابق فامیلی، معاینات بدنی و بررسی های بالینی، نتایج معاینات بالینی، تشخیص اولیه یا افتراقی طرح درمان در پرونده موجود است.

۲۹-۱۶) فرم خلاصه پرونده مطابق یا حداقل های تعیین شده در پرونده موجود است.

سنجه. فرم خلاصه پرونده شامل تاریخ پذیرش، تاریخ ترخیص، شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه، تشخیص نهایی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات پاراکلینیکی، سیر بیماری (در صورت فوت، علت مرگ)، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه های پس از ترخیص، امضای پزشک معالج در پرونده موجود است.

بازبینی پرونده پزشکی

۲۹-۱۷) بیمارستان برای بازبینی پرونده بیمار دارای یک فرآیند مشخص است.

سنجه ۱. واحد مدیریت اطلاعات سلامت با مشارکت نمایندگان همه تخصص های مختلف که در پرونده پزشکی، اطلاعاتی وارد کرده اند، چک لیست ممیزی *تمامی اوراق پرونده ی پزشکی را جهت اطمینان از خوانا بودن، کامل بودن محتوای پرونده پزشکی و رعایت ترتیب قرارگرفتن اوراق تهیه نموده است.

*چک لیست شامل فرم تریاژ بیمارانی که از طریق اورژانس بستری شده اند نیز می باشد.

سنجه ۲. پرونده های پزشکی قبل از ارسال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت توسط منشی بخش و بر اساس چک لیست مورد اشاره در سنجه ۱ مورد بازبینی قرار می گیرند و نتایج حاصل از بازبینی پرونده های پزشکی به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند بازخورد داده می شود.

سنجه ۳. پرونده های پزشکی پس از ارسال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت توسط این واحد و بر اساس چک لیست مجددا مورد بازبینی قرار می گیرند و نتایج حاصل از بازبینی پرونده های پزشکی به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند، بازخورد داده می شود.

سنجه ۴. بیمارستان از بررسی کمی و کیفی و رفع نقص پرونده پزشکی حداثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص اطمینان حاصل می نماید.

ذخیره و بازیابی اطلاعات

۲۹-۱۸) بیمارستان برای بایگانی پرونده بیمار دارای یک فرآیند مشخص می باشد

سنجه. واحد مدیریت اطلاعات سلامت فرآیند مدونی را برای بایگانی کردن پرونده ها تهیه نموده و کارکنان این واحد بر اساس آن عمل می نمایند.

۲۹-۱۹) بایگانی (جاری و راکد) مناسب برای نگهداری پرونده های پزشکی موجود است.

سنجه ۱. واحد مدیریت اطلاعات سلامت پرونده های پزشکی بیماران (سرپایی، بستری، اورژانس) را حداقل براساس مدت زمان های ذکر شده^۱ در قسمت بایگانی جاری و راکد نگهداری می کند.

سنجه ۲. شرایط محل نگهداری پرونده های پزشکی منطبق با راهنما *می باشد.

۲۹-۲۰) پرونده های پزشکی در طول ۲۴ ساعت توسط پرسنل آموزش دیده قابل بازیابی هستند.

سنجه. پرونده های پزشکی در تمام ساعات ۲۴ ساعت شبانه روز توسط پرسنل آموزش دیده در کمتر از ده دقیقه امکان پذیر است.

۲۹-۲۱) در زمان انتقال بیمار، اصل گزارش در پرونده بیمار در بیمارستان بایگانی می شود و رونوشتی از خلاصه گزارش انتقال به همراه بیمار انتقال می یابد.

سنجه. در موارد انتقال و اعزام بیمار، اصل گزارش انتقال در پرونده بیمار در بیمارستان بایگانی می شود.

۲۹-۲۲) بیمارستان دارای سیستم کدگذاری رنگی (Color coding) می باشد.

سنجه. بیمارستان برای ۱۸ برگ ابلاغی پرونده ها از سیستم کدگذاری رنگی استفاده می نماید.

^۱ بر اساس بخشنامه های شماره ۱۰۱/۱۹/د مورخ ۹۲/۰۱/۱۷ و ۱۰۱/۳۰۷۶۸۲ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵



کدگذاری و طبقه بندی بیماریها و اقدامات درمانی

۲۳-۲۹) کدگذاری پرونده بر اساس کتاب ICD در واحد مدیریت اطلاعات سلامت طبق دستورالعمل کشوری انجام می شود.

سنجه. برای تمامی پرونده های پزشکی، قبل از بایگانی پرونده، کدگذاری تشخیص نهایی پرونده ها براساس دستورالعمل کشوری انجام می شود.

۲۴-۲۹) کدگذاری کلیه تشخیص ها و اقدامات درمانی، طبق دستورالعمل کشوری صورت می پذیرد.

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

۲۵-۲۹) استفاده از اطلاعات کدگذاری شده تشخیصی و اقدامات درمانی برای گزارشات مدیریتی و تحقیقات صورت می گیرد.

سنجه. از اطلاعات کدگذاری شده تشخیصی و اقدامات درمانی جهت گزارش دهی در فواصل تعیین شده و انجام تحقیقات استفاده می شود.



۳۱) فناوری اطلاعات

مدیریت اطلاعات و ارتباطات

۳۰-۱) امنیت داده ها در برابر دسترسی غیر مجاز به سیستم اطلاعات بیمارستان حفظ می شود.

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

۳۰-۲) برنامه نگهداشت نرم افزارها و سخت افزارهای بیمارستان وجود دارد و اجرا می شود.

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

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

۳۰-۳) تمامی نرم افزارهای مورد استفاده بیمارستان ملزم به استفاده از کدها و تعاریف استاندارد می باشند.

سنجه. تمامی نرم افزارهای مورد استفاده بیمارستان از کدهای ابلاغی، سامانه مکسا(مرجع کدینگ سلامت ایران) استفاده می نمایند.

۳۰-۴) بیمارستان درباره خدمات و مراقبت های ارائه شده نحوه دسترسی، با استفاده از روش های نوین اطلاع رسانی می نماید.

سنجه. بیمارستان از شیوه های نوین اطلاع رسانی برای معرفی خدمات ارائه شده و نحوه دسترسی به خدمات، استفاده می نماید.

سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS)

۳۰-۵) ثبت داده ها در سیستم اطلاعات بیمارستان، با رعایت حداقل های مورد نظر وزارت بهداشت صورت می گیرد*.

سنجه ۱. ثبت داده ها در سیستم اطلاعات بیمارستان مطابق دستورالعمل ها و راهنماهای فنی سامانه پرونده الکترونیکی سلامت (سپاس) صورت می گیرد.

سنجه ۲. در قرارداد پشتیبانی سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) الزام شرکت ارائه دهند خدمت بر فراخوانی سرویس های تبادل اطلاعات با سپاس شامل سرویس های روکش اسناد بیمارستانی، نتایج تست های آزمایشگاهی، مدیریت تخت های بیمارستانی، ثبت آنفولانزا، سگته های قلبی و تب مرگ آورده شده است.

سنجه ۳. شماره ملی بیماران بستری در پرونده الکترونیکی بیمار تا زمان ترخیص ثبت می شود.

سنجه ۴. در سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) برای هر بیمار شماره های نظام پزشکی، نظام پرستاری و نظام مامائی ارائه دهندگان خدمات سلامت ثبت می شود.

سنجه ۵. تشخیص نهایی بیمار، حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از ترخیص انجام شده و در پرونده الکترونیکی بیمار با کدینگ معتبر ثبت شده است.

۳۰-۶) بیمارستان دارای گواهینامه مطابقت با استانداردهای سپاس دارای اعتبار وزارت بهداشت است.

سنجه ۱. مستندات نشان می دهند، سیستم اطلاعات بیمارستانی دارای گواهینامه مطابقت با استانداردهای سپاس معتبر از نظر زمان از وزارت بهداشت است.

سنجه ۲. تعداد پرونده های ارسالی به سپاس در ماه های مختلف، دقیقاً به تعداد بیماران بستری ترخیص شده از بیمارستان است.

۳۰-۷) بیمارستان دارای گواهینامه ارزیابی عملکردی سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

سنجه ۱. سیستم اطلاعات بیمارستان، دارای گواهی نامه ارزیابی عملکردی سیستم اطلاعات بیمارستانی معتبر از نظر زمان از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است

سنجه ۲. تجهیزات تصویربرداری بیمارستان دارای خروجی دیجیتال و مطابق استاندارد DICOM است و سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) امکان اتصال به دستگاه PACS را دارد.

۳۰-۸) دسترسی به سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS)، در همه بخش های بیمارستان وجود دارد.

سنجه. در تمامی بخش های بالینی و غیربالینی حداقل یک دستگاه رایانه متصل به سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) وجود دارد.