

فرآیند انجام تصویربرداری

مرکز درمانی آموزشی ولی عصر (عج) اراک



دستور تصویربرداری توسط پزشک
(رادیوگرافی، سی تی اسکن، سونوگرافی)

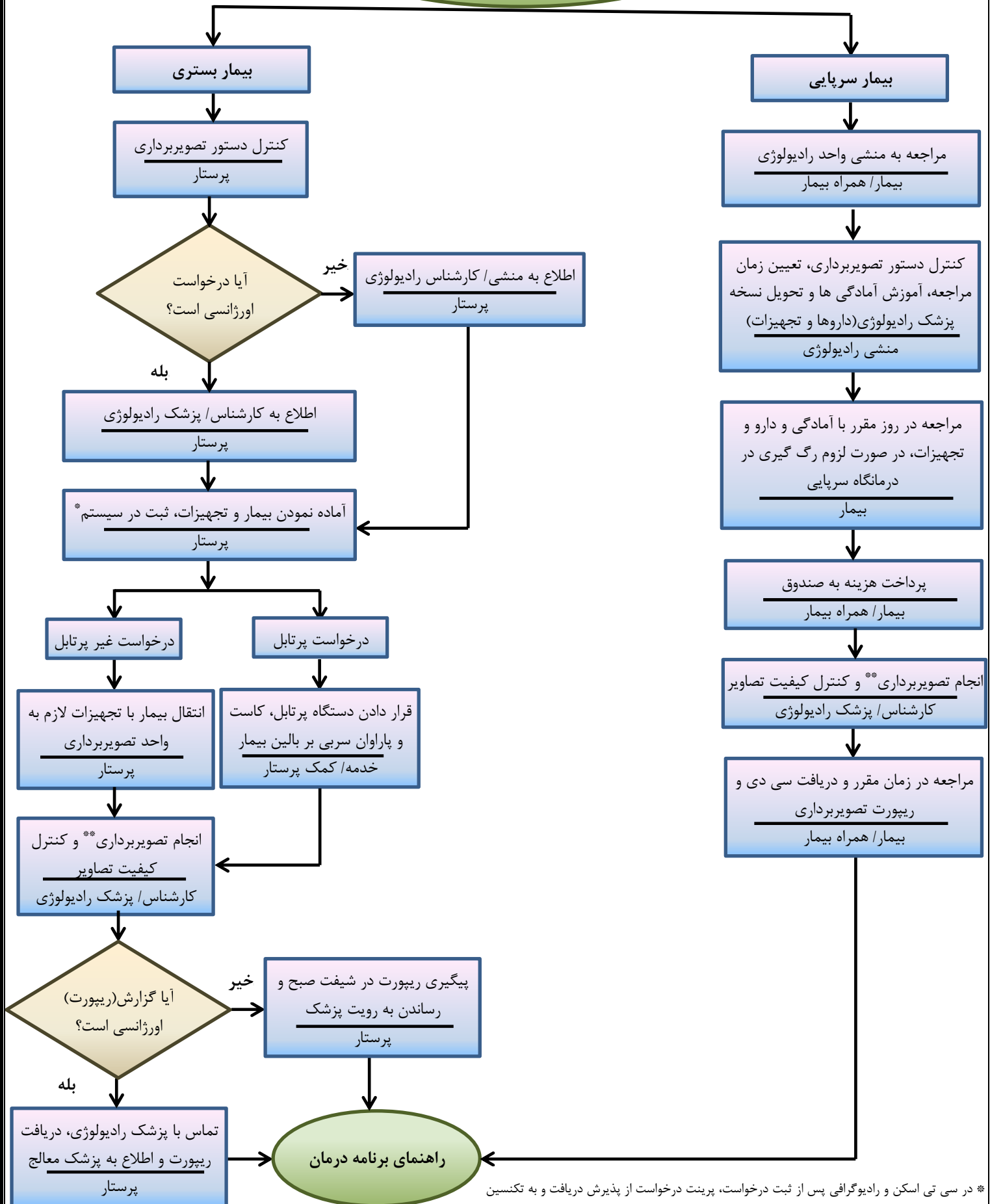
تاریخ اولین ابلاغ: ۹۸/۷/۱۳

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۶/۲۵

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۷/۱۳

تاریخ بازنگری بعدی: ۹۹/۶/۲۵

کد سند: PS/LM/۰۶/۰۰



* در سی تی اسکن و رادیوگرافی پس از ثبت درخواست، پرینت درخواست از پذیرش دریافت و به تکنسین رادیولوژی تحویل می شود. ** در سونوگرافی گزارش بلافاصله پس از انجام ثبت و تحویل می شود.

فرآیند انجام تصویربرداری

مرکز درمانی آموزشی ولی عصر (عج) اراک

شناسنامه فرآیند انجام تصویربرداری

کد سند: PS/LM/۰۶/۰۰	تاریخ اولین ابلاغ: ۹۸/۷/۱۳	تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۷/۱۳	
نوع فرآیند: اصلی	تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۶/۲۵	تاریخ بازنگری بعدی: ۹۹/۶/۲۵	
هدف: تسهیل و تسریع در تشخیص بیماری و برنامه ریزی جهت درمان، ارتقای ایمنی بیمار در مراحل تشخیص و درمان، اثربخشی اقدامات تشخیصی			
اهداف استراتژیک مرتبط: ارتقاء و بهبود مستمر کیفیت خدمات درمانی، آموزشی و پژوهشی، افزایش میزان رضایتمندی مراجعین و بیماران، افزایش درآمد خالص بیمارستان و ارتقاء بهره وری، حفظ و ارتقای ایمنی بیمار			
محدوده فرآیند: بخش های بستری، بخش اورژانس، اتاق عمل، درمانگاه سرپایی، کلینیک تخصصی، واحد تصویربرداری (بیماران بستری و سرپایی)			
صاحب فرآیند: پزشکان، پرستاران، کارکنان واحد تصویربرداری			
ورودی: دستور تصویربرداری برای بیماران			
خروجی: نتیجه تصویربرداری (راهنمایی جهت برنامه درمان)			
ناظر فرآیند: ریاست و مدیریت بیمارستان، مسئول فنی رادیولوژی			
منابع و ملزومات: انسانی (پزشکان، پرستاران، کارکنان واحد تصویربرداری، متصدیان صندوق و پذیرش، بیماران) تجهیزاتی (نسخه دستور تصویربرداری پزشک، پرونده پزشکی، فرم های آمادگی قبل از تصویربرداری، رایانه، کاست و سایر تجهیزات تصویربرداری)			
شاخص ها: تعداد تصویربرداری های انجام شده، متوسط تعداد تصویربرداری های انجام شده برای هر بیمار			
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:	ابلاغ کننده:
واحد بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد تصویربرداری	دکتر شیما هدایتی فر (مسئول فنی واحد تصویربرداری)	تیم مدیریت اجرایی بیمارستان	دکتر بهنام محمودیه (ریاست بیمارستان)

فرآیند انجام تصویربرداری

مرکز درمانی آموزشی ولی عصر (عج) اراک

شناسنامه شاخص تعداد تصویربرداری های انجام شده برای بیماران							
تاریخ اولین ابلاغ: ۹۷/۴/۱۴		تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۲/۲۸		کد سند: FO/LM/۰۷/۰۱		نوع فرآیند: اصلی	
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۲/۲۰		تاریخ بازنگری بعدی: ۹۹/۲/۲۰		عنوان شاخص		دامنه شاخص	
تعداد		ماهانه		-		کلید بخش های بستری بخش اورژانس اتاق عمل بیماران سرپایی	
تعداد تصویربرداری های انجام شده برای بیماران		معیار هدف		دوره جمع آوری		واحد اندازه گیری	
نوع شاخص		موضوع شاخص		مبنای تعیین شاخص		ساختاری	
فرآیندی		پیامدی		بالینی		غیر بالینی	
مدیریتی		مدیریتی		برنامه استراتژیک		برنامه بهبود کیفیت	
رضایتمندی		اثربخشی		کارایی		دسترسی عادلانه	
ایمنی		به موقع بودن خدمات		فرآیندهای اصلی		برنامه ای	
عملکردی		حیطه انتخابی شاخص		ابعاد کیفی شاخص		نحوه گزارش دهی	
مسئول پایش و اندازه گیری شاخص		فرد مسئول جمع آوری داده		منبع گرد آوری داده		نحوه گزارش دهی	
واحد بهبود کیفیت		سوپروایزر رادیولوژی مسئول آمار اطلاعات سلامت		HIS		سوپروایزر رادیولوژی و مسئول آمار اطلاعات سلامت • واحد بهبود کیفیت • کمیته پایش و سنجش کیفیت (تحلیل) • کمیته تیم مدیریت اجرایی (گزارش)	
تعریف شاخص		تعداد کل تصویربرداری های انجام شده برای بیماران در طول یک ماه					
تعریف صورت شاخص		تعداد کل تصویربرداری های انجام شده برای بیماران در مدت یک ماه					
تعریف مخرج شاخص		-					
فرمول شاخص		تعداد کل تصویربرداری های انجام شده برای بیماران در مدت یک ماه					
نحوه ارایه بازخورد		تناوب ارایه بازخورد		تناوب تحلیل شاخص		نحوه ارایه بازخورد	
برگزاری جلسه - گزارش کتبی		سه ماهه		ماهانه		برگزاری جلسه - گزارش کتبی	
تهیه کننده		تایید کننده		تصویب کننده		تهیه کننده	
واحد بهبود کیفیت		تیم مدیریت اجرایی بیمارستان		دکتر بهنام محمودیه (ریاست بیمارستان)		واحد بهبود کیفیت	

فرآیند انجام تصویربرداری

مرکز درمانی آموزشی ولی عصر (عج) اراک

شناسنامه شاخص متوسط تعداد تصویربرداری انجام شده برای هر بیمار							
تاریخ اولین ابلاغ: ۹۷/۴/۱۴		تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۲/۲۸		کد سند: FO/LM/۰۸/۰۱		نوع فرآیند: اصلی	
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۲/۲۰		تاریخ بازنگری بعدی: ۹۹/۲/۲۰		عنوان شاخص		دامنه شاخص	
معیار هدف		دوره جمع آوری		واحد اندازه گیری		عنوان شاخص	
-		ماهانه		تعداد		متوسط تعداد تصویربرداری انجام شده برای هر بیمار	
موضوع شاخص		مبنای تعیین شاخص		نوع شاخص		ساختاری	
مدیریتی		برنامه استراتژیک		پیامدی		فرآیندی	
غیر بالینی		برنامه ای		کارایی		رضایتمندی	
بالینی		عملکردی		ایمنی		اثربخشی	
به موقع بودن خدمات		فرآیندهای اصلی		رضایتمندی		اثربخشی	
دسترسی عادلانه		برنامه ای		رضایتمندی		اثربخشی	
کارایی		عملکردی		رضایتمندی		اثربخشی	
فرد مسئول جمع آوری داده		منبع گرد آوری داده		نحوه گزارش دهی		مسئول پایش و اندازه گیری شاخص	
سوپروایزر رادیولوژی سلامت		HIS		سوپروایزر رادیولوژی و مسئول آمار اطلاعات سلامت و بهبود کیفیت کمیته پایش و سنجش کیفیت (تحلیل) کمیته تیم مدیریت اجرایی (گزارش)		واحد بهبود کیفیت	
تعداد کل تصویربرداری های انجام شده برای بیماران به تعداد کل بیماران در طول یک ماه		تعداد کل تصویربرداری های انجام شده برای بیماران در مدت یک ماه		تعداد کل بیماران در همان ماه		تعریف شاخص	
تعداد کل تصویربرداری های انجام شده برای بیماران در مدت یک ماه		تعداد کل بیماران در همان ماه		تعداد کل تصویربرداری های انجام شده برای بیماران در مدت یک ماه		تعریف صورت شاخص	
تعداد کل تصویربرداری های انجام شده برای بیماران در مدت یک ماه		تعداد کل بیماران در همان ماه		تعداد کل تصویربرداری های انجام شده برای بیماران در مدت یک ماه		تعریف مخرج شاخص	
تعداد کل تصویربرداری های انجام شده برای بیماران در مدت یک ماه		تعداد کل بیماران در همان ماه		تعداد کل تصویربرداری های انجام شده برای بیماران در مدت یک ماه		فرمول شاخص	
نحوه ارایه بازخورد		تناوب ارایه بازخورد		تناوب تحلیل شاخص		تهیه کننده	
برگزاری جلسه - گزارش کتبی		سه ماهه		ماهانه		واحد بهبود کیفیت	
تهیه کننده		تایید کننده		تصویب کننده		تهیه کننده	
واحد بهبود کیفیت		تیم مدیریت اجرایی بیمارستان		دکتر بهنام محمودیه (ریاست بیمارستان)		تهیه کننده	