



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت درمان  
دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان  
اداره ارزشیابی مراکز درمانی کشور

# استادزدهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران

استادزدهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران

زیر نظر:

دکتر سید حسن امامی رضوی - دکتر محمودرضا محقق - دکتر سید سجاد رضوی

مشاوران فنی و اجرایی:

دکتر سید محمد صادق مهدوی - دکتر حسن کرانی

مؤلفان (به ترتیب حروف الفبا):

غلامعلی جعفری، صمد خلیفه گری، خدیجه دانایی، دکتر پریسا دولتشاهی  
دکتر مژده رمضانی، مهندس راحله روحپرور، عطیه صباغیان پیرو، پرستو عابدینی سلیم آبادی  
نعمت اله عباس گودرزی، دکتر لیلاکیکوسی آرانی، دکتر حمید مهربانی فر





# استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران

## زیر نظر:

دکتر سیدحسین امامی رضوی

دکتر محمودرضا محقق

دکتر سیدسجاد رضوی

## مشاوران فنی و اجرایی:

دکتر سیدمحمد صادق مهدوی

دکتر حسن کرانی

## مؤلفان (به ترتیب حروف الفبا):

غلامعلی جعفری، صمد خلیفه‌گری، خدیجه دانایی، دکتر پریسا دولتشاهی،  
دکتر مزده رمضانی، مهندس راحله روحپرور، عطیه صباغیان پیرو، پرستو عابدینی سلیم آبادی،  
نعمت‌اله عباس گودرزی، دکتر لیلا کیکاوسی آرنی و دکتر حمید مهربانی فر

## همکاران امور اجرایی:

فرشته بابایی، سمانه کیا و بهمن اعتصامی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

اداره ارزشیابی مراکز درمانی

سرشناسه: غلامعلی جعفری، صمد خلیفه‌گری، خدیجه دانایی، دکتر پریسا دولتشاهی، دکتر مژده رمضانی، مهندس راحله روحپور، عطیه صباغیان پیرو، پرستو عابدینی سلیم‌آبادی، نعمت‌اله عباس‌گودرزی، دکتر لیلا کیکاوسی آرانی و دکتر حمید مهربانی فر؛  
عنوان و نام پدیدآور: استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران/ [برای] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان، اداره ارزشیابی مراکز درمانی  
مشخصات نشر: تهران: مرکز نشر صدا، ۱۳۸۹  
مشخصات ظاهری: ۳۳۲ ص.: مصور.  
شابک: ۰-۲۸۲-۳۵۹-۹۶۴-۹۷۸  
وضعیت فهرست‌نویسی: فیپا.  
موضوع: استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران  
شناسه افزوده: ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان، اداره ارزشیابی مراکز درمانی  
رده‌بندی کنگره: RA۹۶۵/۸/الف ۱۳۸۹  
رده‌بندی دیویی: ۳۶۲/۱۱  
شماره کتابشناسی ملی: ۲۲۶۰۷۴۳

## استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران

### دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

خدمات طراحی، چاپ و نشر: مرکز نشر صدا

صفحه‌آرایی: لیلا پور فولادی

نظارت فنی: محمدزاهد احمدی

نوبت چاپ: اول (۱۳۸۹)

شمارگان: ۵۰۰۰ نسخه

قیمت: ندارد

ISBN: 978-964-359-282-0

شابک: ۰-۲۸۲-۳۵۹-۹۶۴-۹۷۸

«حق چاپ برای دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان محفوظ است.»



تهران - تقاطع خیابان ولی‌عصر و مطهری، خیابان منصور، شماره ۲۴  
تلفن: ۸۸۵۳۴۲۹ و ۸۸۵۳۴۰۳ - دورنگار: ۸۸۷۱۳۶۵۳

# باتشکر و تقدیر ویژه از راهنمایی ها و همکاری های

دکتر حمید رواقی، دکتر سید محمد سادات، دکتر سعید گودرزی،  
دکتر علیرضا مظهري، دکتر امید براتی و دکتر حسین صمدی نیا

## سازمان های همکار

مراکز و دفاتر مرتبط وزارت متبوع

## دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشارکت کننده در فاز یک اجرای استاندارد های اعتبار بخشی (به ترتیب حروف الفبا):

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (سابق)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران،  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

## و سایر دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

## انجمن های علمی مرتبط

## بیمارستان های فاز یک اجرای استاندارد های اعتبار بخشی بیمارستانی (پیشگامان اعتبار بخشی) (به ترتیب حروف الفبا):

بیمارستان امام حسین (ع) تهران، بیمارستان امام رضا (ع) اسلام شهر استان تهران، بیمارستان بقیه... الاعظم (عج) تهران، بیمارستان بهارلو تهران  
بیمارستان پارس تهران، بیمارستان ساسان تهران، بیمارستان شهید دکتر چمران تهران، بیمارستان میلاد تهران

## و سایر بیمارستان های کشور

## اساتید و صاحب‌نظرانی که از راهنمایی‌های ارزشمندشان در تدوین نسخه نهایی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بهره‌برده‌ام (به تفکیک واحدها و بخش‌ها):

### مدیریت و رهبری

دکتر محمودرضا محقق، دکتر امید براتی، دکتر سیدمحمدصادق مهدوی، دکتر بهرام معظمی، دکتر سیدمحمداسماعیل هاشمی، دکتر مهدی جعفری، دکتر خسرو صادق‌نیت، دکتر محمد آقاجانی، دکتر حمید جمالی، مهندس محمدرضا رسولی، زهرا یوسفی راد، محمدحسین امراللهی، مولود علیجانی، بهاره جفایی، رضا کاشف، فروزان حبیبی، فاطمه نوروزی، نادر صفری، حسن باقری، محمود معصومی، جواد حیدری، حمیرا ناصری، زهرا قاضی، لیدا مبینی، شکرانه تقی‌زاده، علیرضا دهلوی، علیرضا خواجه، حمید سیروس مهر، معصومه پیمان‌پور، دکتر محمدتقی فتحعلیان، دکتر سیدمهدی موسوی، علی حسین‌زاده، فرهود محمدزاده، حسین مرزبان و امام محمد دوجی

### حقوق گیرنده خدمت

دکتر علیرضا باقری، دکتر علیرضا پارساپور، شهلا خواندکار، مولود علیجانی، شیرین کاکاوند، سمیرا رضوانی‌زاده، ثریا نجفی گشتی، کنایون پورمحمدی، منصور سلطانی، زینب پرورده، فریبا محمدی، دکتر فاطمه سلطان ناظم، فرشته عدالت‌پژوه، زهره پاک‌خو، اعظم گیوری، زهره طاعتی، شهلا افشانی، هما قدس، منصوره جعفرزاده، فرشته فقیهی، خدیجه گودرزی، نسرين معینی، آذر محمودی، داوود امین‌نسب، فاطمه پیرمحمدی، فاطمه عباسی، دکتر حمیدرضا خصالی، خدیجه رضایی، فرح بابایی، گیتی وکیلان، محبوبه کریمی، مهدی ذهبی و زهره کوهی رستم‌کلایی

### اورژانس

آذر نبوی، دکتر مرتضی عبدوس، دکتر نادر توکلی، مهدی ذهبی، لیلا خیراتی، شهناز نوذری، فرامرز بهادرخان، دکتر فاطمه سلطان ناظم، زهرا گرجی، میترا درویش، داود امین‌نسب، محمود قهری، فاطمه معروف خان، مریم سیاه‌تیری، دکتر فریبا پاکزاد افشار، شهنازسادات حسینی، معصومه عسگرزاده، مرجان مستشار نظامی، بهارک مرادی، بهجت کبیریان، حمیدرضا حاتم‌آبادی، علی بهرامی، علیرضا نیک‌جو، مهدی شریفیان، محمد جعفرپور، شهلا سهیلی فرد، علی مرادی حقیقی، زهرا نیک بابایی، دکتر سادات سیدباقر مداح، راضیه جعفری، فریبا فتاحی، احسان مقدسیان، علی حسین‌زاده، انیس عباسی، مرتضی رضایی، محمدرضا ترابی، دکتر مجید مزینانی، شکرانه تقی‌زاده، علی بهرامی، مهدی شریفیان، زهره کوهی رستم‌کلایی، دکتر ندا مهرداد و دکتر علی تقی زاویه

### مراقبت‌های ویژه (ICU)

دکتر فروردین فرهمند، دکتر مهران کوچک، زهرا قدمعلی، آذر طل، دکتر مجید مختاری، محمدهادی پاکی، فرزانه اقبال‌طلب، نادر حسین‌زاده، محمدرضا سبزواری، حمیرا خلیلی‌پور، فاطمه شهسواری، آذر محمودی، شکرالله صدرالدینی، اصغر شهباز، هما زیودار، محبوبه ورشوکی، دکتر مریم طباطبایی، شیرین لطفی، زهرا نیک بابایی، مهدی ذهبی، زهره کوهی رستم‌کلایی، زیبا بزاز جاوید، نادر حسن‌نژاد، زهرا جوانمردی، دکتر صمد تقوی، دکتر عارفی، دکتر راهب داودی، دکتر کوروش محسنی، انسیه‌سادات باقری، علی مرادی حقیقی، احسان مقدسیان، حسن اشرفی فرد، فریدون ایری، فریبا فتاحی، علیرضا دهلوی، دکتر مجید حسینی، حسن سلیمانی مایانی، شکرانه تقی‌زاده و سعید عباسی

### مراقبت‌های ویژه قلبی (CCU)

آتوسا مسعودی، زهرا کی، شراره صابری مقدم، شهین تقی‌نیا، فریبا کربلائیلو، رخساره قندهاری، منیژه حسینی، آذر محمودی، دکتر محمدمهدی پیغمبری، مریم رضایی، دکتر طاهره سموات، میکائیل عباس‌زاده، ویدا یارمحمد توسلی، فاطمه پیرمحمدی، معصومه مکین، محمدرضا فتحی، صغری عباپاف، دکتر فرهاد حشمتی، احسان مقدسیان، حسن اشرفی فرد، فرهود محمدزاده، عبدالستار گری نورانی، طاهره فلاحتی‌نژاد، شکرانه تقی‌زاده، زهرا نیک بابایی، دکتر راهب داودی، نادر حسن‌نژاد، شیرین لطفی و دکتر کوروش محسنی

### مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU)

آذر طل، دکتر مریم طباطبایی، فاطمه پیرمحمد، فرانک خدایاری، زیور شیخی، دکتر رادفر، فروغ ترابیان، معصومه کمین، زهره مهرآیین، آذر محمودی، فاطمه فقیه‌زاده، پروین خاکی، دکتر سیدابوالفضل افجه، معصومه تفرشی، نادر حسن‌نژاد، وحیده صادقی، حسن اشرفی فرد، زهرا جوانمردی، طاهره مختاریان، شکرانه تقی‌زاده، زهرا نیک بابایی و زیبا بزاز جاوید

### جراحی

ثریا میثاقی، مینا ابراهیم‌نژاد، طاهره سمیعی، صغری میرابی، هما قدس، رضا واحدی، شهناز گودرزی، دکتر شهره محمدی، اقدس نظریان، دکتر حامد اخوی‌زادگان، زهرا چراغی، ربابه رضضانی، مینا جوهری، سعید امامی، منیره جعفری، آذر محمودی، دکتر احمد خالق‌نژاد طبری، فاطمه آزاد، حسین تقویان، علیرضا مرادی، داود امین‌نسب، سایل آقایی، صمد تقی‌پور، سعید عباسی، زهره کوهی رستم‌کلایی، احسان مقدسیان، علی یوسف‌زاده، جواد بای، شکرانه تقی‌زاده، زهرا نیک بابایی و آتوسا جعفری

### بیهوشی و اتاق عمل

دکتر سیدمهدی قیامت، دکتر سیدجواد نصیری، فرناز اشجع اردلان، زیبا نقدعلی، داود امین‌نسب، حبیب ابراهیمی، احمد علی پارسه، ثریا میثاقی، مصطفی عیش‌آبادی، پروانه سرداری، حسین فارسی، سکینه وهاب‌پور، ولی فریادرس، حسین دانش‌نژاد، مختار مفارتنی، اکبر پرده یاقوت، معصومه داودی، بنفشه خدام، مریم‌سادات گوشه، محمد رزازان، شکرانه تقی‌زاده، دکتر فرهاد حشمتی، ندا مهرداد، مسعود بیدختی، سکینه وهاب‌پور، علیرضا مرادی، احسان مقدسیان، حسن اشرفی فرد، ناصر رتوف، احمد سمیعی، راضیه جعفری، مهدی ذهبی، ناهید نیک‌پور، محمدرضا میرصابری، زهرا نیک بابایی و آذر ابدی

### شیمی‌درمانی

دکتر سید اسد... موسوی، مرضیه گیلاسی، دکتر نسرين عباسی، توران نوروزلو، فرشته عدالت‌پژوه، ناهید علی محمدی، دکتر مرتضی طباطبایی فر، پروین پیغمبرلو، فرانک خدایاری، ماریا سعیدی، زهره کوهی رستم‌کلایی، دکتر رشید رضضانی، محدثه بهرامی‌نژاد، مهری گلچین، زهرا ناظمیان، حسین همتیان، فریبا فتاحی، زیبا بزاز جاوید، احسان مقدسیان، خانم نجف‌زاده، شکرانه تقی‌زاده و فاطمه آلبویه

### بلوک زایمان

فریبا میرزایی، فرحناز محمدی سعادت، ربابه علایی، فاطمه خجک‌نژاد، خاطره محبوبی، حاجیه جعفری پرده‌دستی، فائزه مریم تجلی، محبوبه عقیقی، مریم فریور، سوسن سعیدوندیان، لیلا هادی‌پور جهرمی، فرح بابایی، سعیده حجازی، معصومه قاسمی، نسرين شمایل، لیلا وفایی‌نژاد، گلناز اعتمادی‌فر، اورانوس مرعشی، دکتر زهرا ذنوبی، دکتر سکینه مویده محسنی، سهیلا موسایی، شهره تاشی، فاطمه همتی، آسیه تخت روان، نادر حسن‌نژاد، احسان مقدسیان، وحیده صادقی، آرزو گوهرنسب، زیبا بزاز جاوید و فاطمه شاهمرادی

## کودکان

دکتر بهرام دلاور، سرور بابایی، زهرا سلطانی سیه‌رود، پروین خاکی، گلناز اعتمادی‌فر، شهناز رستم‌پور، مریم خوانین‌زاده، زهرا محمودیان، لادن امامی، پریسا بانی، حمیده اثنا‌عشری، فروغ مولا، دکتر سهیلا خزاعی، دکتر حمید لرنژاد، سوسن سعدوندیان، مریم فریور، مریم ریاحی، دکتر علی تقی‌زاده، آذر ابدی، احسان مقدسیان، انیس عباسی، منیره یازرلو، شکرانه تقی‌زاده، علیه نرگسی، زهرا نیک بابایی و صغری عباباف

## روانپزشکی

دکتر منا ارشادی، دکتر فیروزه جعفری، دکتر فرحناز رجایی، دکتر مرضیه توکلی، زهرا فاخر، جواد کیا، حبیب کبیر عبدی، شیوا شاه‌زیدی، دکتر آرش میراب‌زاده، فرید امامی، دکتر سامرند سلیمی، دکتر بابک ثابت، مصطفی حمدیه، ناصر کریمی راد، سید اسد... موسوی، علی مرادی حقیقی، زهرا نیک بابایی، مهدی ذهبی، زهره کوهی رستم‌کلایی، احسان مقدسیان، خانم نجف‌زاده، شکرانه تقی‌زاده، صغری عباباف، شیوا مختارزاده و حاتم احمدوند

## تصویربرداری

بهمن ذوالفقاری، سیدمهدی نصیری مقدم، فرزانه حسینی‌نژاد، لیلا شهبازی، زهرا زرین‌آبادی، حمسه، نسیم حاجی‌زاده، مینا خدادی، دکتر محتوم شهنازی، دکتر ایرج هنربخش، حسن نجفی، دکتر صداقت، منوچهر شهبازی، آنوسا حاجوی، حسن شاطری، علی یوسف‌زاده، سیدمهدی حسینی، محمدحسین عطار جعفری، مهدی شیخ، زهرا نیک بابایی و عطاء... گلدسته

## آزمایشگاه

نسرین بزرگری، دکتر سعید سمیعی، سیده‌افروز عظیمی، فریدون قاسمی، غلامحسین صمدی، نقی پورتنقی، سهیلا خلیلی، امیر خسروی، محمدجواد سلان‌پور، شهرام نوشین، سید حمیدرضا هاشمی، دکتر حامد یحیی‌زاده، دکتر نوش‌آفرین صفادل، فرهاد طاهری، راحله عباد نظامی، دکتر چنگیز خلیلی، دکتر سعید مهدوی، دکتر سیامک میراب سمیعی، دکتر مرجان رهنمای فرزانی، دکتر پریسا داهیم، دکتر صغری انجرائی، دکتر فریناز راشد مرندی، دکتر کتایون خداوردیان، دکتر جلال راستی، دکتر علی‌اصغر آیت‌اللهی، فرزانه محمدی ضیاء، فرید کرمی، محمد حجازی، دکتر بهزاد میلی، رجبعلی بادامچی، داود امین‌نسب، مرتضی عبدالوند، نورمحمد کریمی، محمد صابری، دکتر حمیدرضا کازرونی، منیژه نباتی و شهلا سهیلی‌فرد

## طب انتقال خون

دکتر مریم حسینی، دکتر آرزینا چگینی، دکتر سهیلا ناسی‌زاده، دکتر صدیقه امینی، سیده‌افروز عظیمی، نسرین پولادی، محمدرضا گرایلی، حمیدرضا برزگریان، محسن احمدنیا، نقی پورتنقی، امیر خسروی، غلامحسین صمدی، منیژه نباتی، زهرا حشمتی، محمد حجاری، محمدسین عطار جعفری، مرتضی عبدالوند، نورمحمد کریمی، محمد صابری، دکتر علی‌اصغر آیت‌اللهی، منیژه نباتی و شهلا سهیلی‌فرد

## فیزیوتراپی

عبدالرضا زاهدی، سیدمحمد سید رضی، محمد رسولی، محمدرضا جمال‌زاده، پروین بی‌لفت، محمدتقی پناهی، حمیدرضا پورجعفری، سوسن ادیبی‌زاده، محمدعلی سفیدگری، دکتر افشین کریم‌زاده، تینا اصلانی مقدم، دکتر کیوان دوآتگران، رضا روشن‌پژوه، زهرا میرسلیمی، شهرزاد آتش‌زا، محمد اکبری، محمدحسین نریمانی، علی یوسف‌زاده، امین رضوانی، زهرا نیک بابایی، اسماعیل ابراهیمی و حمید تقی‌پور

## واحد کنترل عفونت

نارملا ربیع‌زاده، سودابه جعفرآردی، ریحانه کبیری موحد، شهلا خاوندکار، آذر آستانی، - پزشکی، ایمان بهروج، سودابه رضایی، طاهره رنجی، دکتر حدیثه هوسمی، انوشیروان سلطانی، دکتر سیدمحمسن زهرایی، رقیه موسایی، دکتر علی مجیدپور، زهره سادات سیدحسینی، مرتضی مؤمنی، زهرا خانزاده، حاجیه جعفری و جواد سلیمانی

## آنژیوگرافی

عزیزا... گروسی، روح... فردوسی، میترا خلیفه، سحر هزارخانی، زهرا زرین‌آبادی، حمسه، لیلا شهبازی، فاطمه محمدی، محبوبه مؤمنی، محمود بهشتی، زهرا موسی‌پور، فرزانه حسینی‌نژاد، فراهانی، مه‌ری مختار، سیده‌معصومه معافی، علی سری‌پور، دکتر محمد آقاجانی، مهدیه خان‌محمدی، محمدکاظم کاظمی، دکتر طاهره سموات، نسرین کریم‌زاده، مجید مهدویان، دکتر نادیا کپیور، دکتر فرهاد حشمتی، آذر ابدی، زهرا نیک بابایی، نادر حسن‌نژاد، صغری عباباف و داود امین‌نسب

## دیالیز

لادن ساتراپ، لیلا رحمانی، سارا بیگی، دکتر خدیجه مالمر، دکتر نسرین عباسی، ناصر طبخی، دکتر حمید رجلانی، نصرت شرف‌الدین، زهرا اسمعیل طلائی، محمد طهماسبی، اصغر شهباز، فاطمه محمودی آزاد، دکتر رزینا ابوالقاسمی، پادنا اسلامیه، زهرا عباسی، دکتر خجسته حسینی‌نژاد، رقیه مصلح، دکتر سیداطهر تارا، آرزینا جنتی، صغری عباباف، علی مرادی حقیقی، زهرا نیک بابایی، مهدی ذهبی، جواد مقدسیان، خانم نجف‌زاده، حسین دبیر، آذر محمودی، مریم حسینی، پروین کرامتی‌فر، شکرانه تقی‌زاده و علی مرادی حقیقی

## مدیریت پرستاری

بتول کاظمی، فرشته پژمان آریز، زهرا قاضی، محمدرضا سبزواری، غلامحسن نوروزی، ابوالفضل جارینی، حمیرا ناصری، ثریا مینائی، زهره کوهی رستم‌کلایی، انیس ناوند، فریده گلی، عبدا... ثقفی، طاهره نعیم‌آبادی، نوشین رزاقی فرد، گیتی وکیلان، دکتر سادات سیدباقر مداح، راضیه جعفری، فریبا فتاحی، جواد مقدسیان، خانم نجف‌زاده، سهیلا فیلی اسکویی، آذر محمودی، انیس عباسی، شکرانه تقی‌زاده، مهدی ذهبی، دکتر ندا مهرداد، جواد حیدری، لیدا مبینی و هانیه عطایی

## مدیریت دارویی

دکتر عباس تشکری، دکتر ابوالحسن اخوان، دکتر علی‌اکبر آبیاری، دکتر عزیز وفا، دکتر کتابون مهدوی میلانی، دکتر هاله متین‌رخ، دکتر فاطمه ایزدپناه، دکتر مسعود شیبانی وزیری، دکتر مهری محمدی، دکتر گیتی حاجبی، دکتر خیرا... غلامی، دکتر حسین خلیلی، دکتر مجتبی مجتهدزاده، دکتر فرانک فهیمی، دکتر فریبرز فرساد، دکتر مجید شهرتی، دکتر منصور رستگارپناه، دکتر زاهد پاشا، مهدی ذهبی، دکتر مسعود نساج، علیرضا داداشی و زهرا نیک بابایی

## بهبود کیفیت

فرامرز بهادرخان، بهاره جفایی، اصغر شهباز، محمد صادقی، محمدجواد حسین‌پور فرد، طاهره نعیم‌آبادی، راضیه صدیق، مولود علیجانی، موناظهرانی‌نژاد، زهرا یوسفی راد، حمید شریعتمدار تهرانی، کامیار نوریان شمیرانی، علی مرادی حقیقی، زهرا نیک بابایی، مهدی ذهبی، احسان مقدسیان، خاطره اعتصام، انیس عباسی، خدیجه لقایی، افشین صفاهایی و شکرانه تقی‌زاده

## فناوری اطلاعات

سیمین درایه، محسن کیان دوست، دکتر رضا طالبی، مهدی امام جمعه، احمد مصطفایی، عبدالرضا لاجوردی، اکرم کاوه، شهیار رکنی، عادل فرحانی، فاطمه حاجی علی عسگری، مهدیه خان محمدی، محمدجواد علی اکبر نوحی، دکتر حسین ریاضی، دکتر احسان بی طرف، مهندس سجاد مروجی، اسماعیل ابراهیمی، انیس عباسی، راحی ابراهیمی، دکتر الهام معظم، حسین همتیان و لیلا برون

## مدارک پزشکی

دکتر مرجان قاضی سعیدی، دکتر احسان بیطرف، بهمن میناوند، مهندس سجاد مروجی، دکتر زهرا میدانی، مرضیه معراجی، صفیه ایلاتی خانقلی، محبوبه میرزایی، سیمین درایه، صدیقه باطنی، نرگس پاک، احمد مصطفایی، حسین زاهدی فر، علیرضا توکلی، احمد کوه زارع، سکینه قیم، مریم مطلوبی، ظاهره شریفی فرد، اکرم کاوه، لیلا عباسی، ملیحه چیدری، مرجان منفرد، شهربانو پهلوانی، علیرضا داداشی، محسن دکه چی، هانیه عطایی، آسیه تخت روان، راحی ابراهیمی، اکرم واحدی، حلیمه سمیعی نسب، زهرا نیک بابایی، رفعت زاهدی فر، مهدی امام جمعه، عطیه عبدوس، سارا ساکی پور و زهرا روزبهی

## مهندسی پزشکی

دینا زیادلو، اسماعیل ابراهیمی، مهندس محمد طهماسبی، محمود منصوری، زهرا یوسفی راد، دکتر اردشیر ممتاز منش، شهریار ارسیلو، روح... مزینانی، بنا فتی زاده، رامین شریفی، مجتبی اکرمی، مهدی صفری، شکر... صدرالدینی، شیرین شادکام، مهندس سیامک دماوندی، صفیه دانشگر، دکتر حسین صفوی، اصغر بکرانی، مهندس مهین آسمانی، مهندس منصوره محمودی گریک، محمدصادق رحیمی، حسین صفدری و محمد اسماعیلو

## منابع انسانی

پریوش آجودانی، بهناز صالحی، هما قدس، مرضیه جنت، دکتر فاطمه سلطان ناظم، فرامرز بهادرخان، معصومه پرویزی شاد، مسعود حمیدیان، سلیم آخوندزاده مهاجر، سیده افروز عظیمی، مهرداد نادری، سیدحسین سیدمحسنی، مریم ابولی، مهدی تیموری، ابوالقاسم قاسم زاده، راضیه صدیق، ماندانا بهبودی، محمد اسماعیلو، مصطفی جواد قدم، مریم حسنی، عبدالستار گری نورانی، رحیم حاتمی نژاد، دکتر محمدتقی فتحعلیان و انسیه سادات باقری

## مدیریت دفع پسماند

مهندس فریبا ملک احمدی، مهندس ناهید حسن زاده، مهندس نعمت... سیف، مهندس آمنه ببری، مهندس محمدرضا وثیقی، مهندس مسعوده فائزی، مهندس جمشید طلایی، مهندس احمدرضا شجری، مهندس محسن صدیق، مهندس معصومه نعلبند مجد، مهندس فاطمه سلطان، مهندس ملیحه مظلومی، مهندس لیلا محسنی، مهندس مرضیه نداف پور، مهندس جواد سلمانی، مهندس محمد اعظم شاطرزاده، مهندس مریم حسنی، مهندس سیدمحسن علوی نیا، مهندس سلیمان شریفعلی زاده و مهندس علیرضا مرادی

## بهداشت محیط

مهندس فریبا ملک احمدی، مهندس ناهید حسن زاده، مهندس نعمت... سیف، مهندس آمنه ببری، مهندس محمدرضا وثیقی، مهندس مسعوده فائزی، مهندس جمشید طلایی، مهندس سیداحمدرضا شجری، مهندس محسن صدیق، مهندس معصومه نعلبند مجد، مهندس فاطمه سلطان ناظم، مهندس ملیحه مظلومی، مهندس لیلا محسنی، مهندس مرضیه نداف پور، مهندس حاتم احمدوند، مهندس جواد سلمانی، مهندس محمد اعظم شاطرزاده، مهندس مریم حسنی، مهندس وحیده صادقی، مهندس سیدمحسن علوی نیا، مهندس سلیمان شریفعلی زاده و مهندس مسعود بیدختی

## بهداشت حرفه ای

دکتر فریده گلبابایی، دکتر رامین مهرداد، دکتر غلامرضا پوریعقوب، دکتر رضا عزتیان، دکتر محمدحسین ابراهیمی، دکتر لحنیا افشاری صالح، دکتر منصوره مشکئی، دکتر الهام میرزاحمدی، مهندس فاطمه فلکی، مهندس فریبا ملک احمدی، زهرا یوسفی راد، مهدی بهرام بیگی، محسن صدیق، معصومه نعلبند مجد، حاتم احمدوند، مسعود بیدختی، جواد سلمانی، سیدمحسن علوی نیا، باباقلی فخری دانشلی برون، مهندس فاضله کتایون مدیری، مهندس مشفق و خانم نوروزلو

## تدارکات

رحمت زهرایی، حسین فارسی، مهدی برقی داریان، سعید آزادی، جلال فتح آبادی، سیدابوالفضل موسوی، اعظم فلاح، عطاء... گلدسته، جواد سلمانی، خاطره اعتصام و حسن دبیر

## ساختمان

علی اصغر نقش بند، زهرا یوسفی راد، مهندس مهدی صفایی، محمدرضا طالع سندیانی، بابک دلاورنیا، امید کاوسی نژاد، رضا برون، آذر آستانی، هاجر جهان بین، داریوش منوچهری، سعیده توتونچیان، لیلا محنت گر، فاطمه ژیلا صفاری، علی علی شاه بابا، معصومه کمین، حسن رجبی، علیرضا نبی زاده، مهندس محسن اویسی، جواد سلمانی، زهرا حشمتی و محمدصادق رحیمی

## تأسیسات

علی اصغر نقش بند، لیلا محنت گر، داریوش منوچهری، محمدرضا طالع سندیانی، امید کاوسی نژاد، بابک دلاورنیا، سیده مهدی فخاری، مهندس مهدی صفایی، مجید امینی، زهرا یوسفی راد، مهدی تیموری، محمدرضا یعقوبی، هاجر جهان بین، معصومه کمین، علی علی شاه بابا، محمدرضا شهرستانی، ولی... تهرانی، حسن رجبی، محسن اویسی، شهریار پیغانی اصل و محمدصادق رحیمی

## آتش نشانی

سیدحسین میرحسینی، پروانه سان احمدی، زهرا یوسفی راد، امید کاوسی نژاد، بابک دلاورنیا، منصور ساجدی، سیده مهدی فخاری، کیومرث جلیلی، رضا منصوری، علیرضا نبی زاده، حسن رجبی، جواد مقدسیان، مهندس علی عابدینی فنودی، شهریار پیغانی اصل و محمدصادق رحیمی

## رختشویخانه

مهندس فریبا ملک احمدی، مهندس ناهید حسن زاده، مهندس نعمت... سیف، مهندس آمنه ببری، مهندس محمدرضا وثیقی، مهندس مسعوده فائزی، مهندس جمشید طلایی، مهندس سیداحمدرضا شجری، مهندس محسن صدیق، مهندس معصومه نعلبند مجد، مهندس فاطمه سلطان، مهندس ملیحه مظلومی اصغرزاده، مهندس لیلا محسنی، مهندس مرضیه نداف پور، هاجر جهان بین، حاتم احمدوند، پروین کرامتی فر، مهندس جواد سلمانی، مهندس محمد اعظم شاطرزاده، مهندس سیدمحسن علوی نیا، جمشید هلاکو، مسعود بیدختی، زیبا بزاز جاوید، منوچهر شهبازی، مرتضی مؤمنی و مهدی الوندی

## بخش خدمات استرلیزاسیون مرکزی

هما قدس، فرخنده جعفری جاوید، ثریا رجبی، مهندس فریبا ملک احمدی، مهندس ناهید حسن زاده، دینا زیادلو، سعید انصاری، محمد شادرخ، مهندس محمد طهماسبی، پروانه سرداری، فرناز اشجع اردلان، مژگان بختیار مبارکه، معصومه داودی، زهرا فلاحی، علی مرادی حقیقی، زهرا نیک بابایی، مهدی ذهبی، دکتر ندا مهرداد، جواد سلمانی، علی یوسف زاده، احمد سمیعی، شکرانه تقی زاده، معصومه رحیمی، فریده عرب عابری، مرتضی مؤمنی، داود امین نسب، سودابه رضائیه، اعظم السادات میریان، اعظم اثیری و معصومه عباس آبادی

## تغذیه

زهرا احمدی، سهیل ارشادی فر، شکوفا باقری نیا، معصومه حسینی، یاسمن آلتون تاش، نجیبه شکوه امیری، جمشید تاجیک، زهرا سراجیان تهرانی، خدیجه رضایی، عصمت منصوری، بهروز مهربان، دکتر سعید حسینی، دکتر محمدجواد حسین زاده، دکتر محمدتقی فتحعلیان، جواد سلمانی، سوری راغبی، امان محمد دوجی، صفیه دانشگر و زهرا نیک بابایی

## کمیته ها

پروانه سرداری، حسین فارسی، زهرا یوسفی راد، بهاره جفایی، انوشیروان سلطانی و سیدکریم قدیمی





## واحد | بخش

## صفحه

۱۳	۱. مدیریت و رهبری
۲۱	۲. حقوق گیرنده خدمت
۲۷	۳. بخش اورژانس
۳۷	۴. بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)
۴۹	۵. بخش مراقبت‌های ویژه قلبی (CCU)
۶۱	۶. بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU)
۷۳	۷. بخش جراحی
۸۵	۸. بیهوشی و اتاق عمل
۹۷	۹. شیمی درمانی
۱۰۹	۱۰. بلوک زایمان
۱۲۱	۱۱. بخش کودکان
۱۳۱	۱۲. بخش روانپزشکی
۱۴۳	۱۳. بخش تصویربرداری
۱۵۳	۱۴. آزمایشگاه
۱۶۳	۱۵. طب انتقال خون
۱۷۱	۱۶. بخش فیزیوتراپی
۱۷۹	۱۷. واحد کنترل عفونت
۱۸۵	۱۸. بخش آنژیوگرافی
۱۹۷	۱۹. بخش دیالیز
۲۰۹	۲۰. واحد مدیریت پرستاری
۲۱۷	۲۱. بخش مدیریت دارویی
۲۲۵	۲۲. واحد بهبود کیفیت
۲۳۳	۲۳. واحد فناوری اطلاعات
۲۳۹	۲۴. واحد مدارک پزشکی
۲۴۹	۲۵. واحد مهندسی پزشکی
۲۵۵	۲۶. واحد مدیریت منابع انسانی
۲۶۱	۲۷. واحد مدیریت دفع پسماند
۲۶۷	۲۸. واحد بهداشت محیط
۲۷۵	۲۹. واحد بهداشت حرفه‌ای
۲۸۱	۳۰. واحد تدارکات
۲۸۷	۳۱. ساختمان
۲۹۳	۳۲. واحد تأسیسات
۲۹۹	۳۳. آتش‌نشانی
۳۰۵	۳۴. واحد رختشویخانه
۳۱۱	۳۵. بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی
۳۱۹	۳۶. واحد تغذیه
۳۲۵	۳۷. کمیته‌ها
۳۲۹	فهرست استانداردهای ضروری ایمنی بیمار
۳۳۱	منابع

# سخن وزیر

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی سلامت مردم، همواره در تلاش است تا با شناخت دقیق نیازها و مخاطرات سلامت افراد و جوامع و بهره‌گیری از شیوه‌های نوین و علمی سیاست‌گذاری و تصمیم‌سازی، مؤثرترین راهکارها را در راستای تحقق اهداف سلامت به‌کار گیرد. اطمینان از ارائه خدمات کیفی و ایمن، به‌عنوان یکی از کارکردهای اصلی نظام سلامت، از اهمیت و اولویت خاصی برخوردار است و طبعاً سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و کنترل مناسب در این زمینه، دقت نظر و تأمل ویژه‌ای را می‌طلبد.

در این راستا، معاونت درمان وزارت متبوع، طی دو دهه اخیر با بهره‌گیری از دستورالعمل ارزشیابی بیمارستان‌های کشور، در جهت ساماندهی این حوزه گام‌های مؤثری برداشته و اکنون با توجه به تغییرات و پیشرفت‌های چشمگیر در حوزه مدیریت خدمات سلامت و شواهد علمی فراوانی که نشانگر اهمیت پرداختن به ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت خدمات بیمارمحور است، بازنگری این دستورالعمل، ضرورتی تردیدناپذیر به‌شمار می‌رود.

بسیار خرسندم که اکنون در سایه درایت متولیان امر، نظام بهداشت و درمان کشور، شاهد تحولی عظیم در روند ارزشیابی مراکز درمانی بوده و همکاران معاونت درمان در پی تلاش‌های گسترده و ارزشمند، با بهره‌گیری از جدیدترین و معتبرترین شواهد علمی روز دنیا و تجربه و دانش ارزشمند داخلی و با جلب همکاری و مشارکت خبرگان امر در سطح کشور، تدوین استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایوان را به‌اتمام رسانده‌اند.

مدل اعتباربخشی به‌عنوان یکی از معتبرترین مدل‌های ارزیابی مبتنی بر کیفیت و ایمنی با برخورداری از مقبولیت جهانی روزافزون در بخش سلامت، هماهنگ با سایر اولویت‌های وزارت متبوع همچون حاکمیت بالینی، ایمنی بیمار و منشور حقوق بیمار، همگام با استانداردهای اعتباربخشی آموزشی و توجه به زیرساخت‌های پژوهشی به‌ویژه در زمینه رعایت ایمنی و حقوق بیمار و ارتقای کیفیت خدمات، راهی نو جهت کسب اطمینان از عملکرد مناسب سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت را فراسوی دست‌اندرکاران این حوزه قرار داده‌است و از این رو، اجرای آن برای تمام بیمارستان‌های کشور الزامی است.

در اینجا، لازم می‌دانم از زحمات و تلاش‌های ارزشمند جناب آقای دکتر سیدحسین امامی رضوی معاون محترم درمان و همکارانشان در دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت متبوع، تقدیر و سپاسگزاری نمایم.

امید است به یاری خداوند متعال و در سایه توجهات حضرت ولی عصر(عج)، با اهتمام جدی دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های سراسر کشور در زمینه اجرای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی، در کوتاه‌ترین زمان ممکن موجبات ارتقای سطح کیفی و اثربخشی و ایمنی خدمات سلامت در سطح کشور فراهم آید.

**دکتر مرضیه وحید دستجردی**

**«وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»**

# پیش‌گفتار

طی سال‌های اخیر، متولیان نظام سلامت در کشورهای مختلف جهان به‌منظور افزایش کیفیت و ایمنی خدمات درمانی و مدیریت بهینه آنها روش‌های متعددی را به‌کار گرفته‌اند که در یک نگاه کلی می‌توان آنها را در دو گروه اصلی مورد بررسی قرارداد: ۱) مدل‌هایی که با ارزیابی خارج سازمانی مبتنی بر کیفیت، تعهد سازمان را به ارتقای کیفیت افزایش می‌دهند، و ۲) شیوه‌هایی که به مدیریت کیفیت در سازمان کمک می‌کنند.

در این میان، اعتباربخشی از گروه اول و حاکمیت بالینی از گروه دوم، از جایگاه ویژه‌ای در بخش سلامت برخوردار هستند؛ چراکه توسط صاحب‌نظران عرصه سلامت و براساس نیازهای خاص این بخش طراحی شده‌اند و از این‌رو به مقوله ایمنی و بیمارمحوری در کنار ارتقای کیفیت خدمات توجه ویژه‌ای داشته و هر دو بر تعهد سازمان به اجرای استانداردهای عالی خدمت تأکید می‌نمایند. از این‌رو، این معاونت با بهره‌گیری هم‌زمان و هماهنگ هر دو مدل مذکور سعی دارد تا از یک سو، بر توانمندی سازمان‌ها جهت ارائه خدمات ایمن، کیفی، مبتنی بر شواهد علمی روز و شرایط بومی کشور، بیفزاید و از سوی دیگر با ارزیابی خارج سازمانی آنان براساس استانداردهای شفاف و همسو، بر تعهد و پاسخگویی سازمان‌های مذکور تأکید نماید.

برنامه موجود، تحولی عظیم در مدیریت خدمات سلامت کشور است که پیوند مدیریت ارشد با ارائه خدمات مؤثر پزشکی را فراهم می‌نماید و نوعی ژرف‌اندیشی در زمینه مدیریت بیمارستانی و کیفیت و ایمنی خدمات مراقبتی به‌شمار می‌رود.

برنامه اعتباربخشی مراکز بهداشتی‌درمانی، در اولین گام، استانداردهای به‌روز، برگرفته از آخرین منابع قابل استفاده در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه و منطبق با شرایط بومی، معیارهای مذهبی، فرهنگی، اقتصادی و در چارچوب قوانین کشوری را با عنوان **استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران** در اختیار متولیان امر قرارداد و امید است که در مراحل آتی با گسترش این برنامه به تمامی مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت بستری و سرپایی، گامی اساسی در جهت کسب اطمینان از ارائه خدمات کیفی و ایمن و تقویت پاسخگویی در نظام سلامت بردارد.

در پایان، از ریاست محترم شورای سیاست‌گذاری و همکاران ایشان به واسطه نقش مهمی که در هماهنگی و تسریع روند بررسی و ابلاغ استانداردهای مذکور ایفا نمودند، سپاسگزاری نموده و از زحمات و تلاش تمام دست‌اندرکاران، به‌ویژه جناب آقایان دکتر سیدسجاد رضوی، دکتر محمودرضا محقق و مشاورین فنی و اجرایی طرح، جناب آقایان دکتر سیدمحمدصادق مهدوی، دکتر حسن کرانی و همکاران اداره ارزشیابی مراکز درمانی کشور، تشکر و قدردانی می‌نمایم و توفیق آنان را از ایزد منان آرزو مندیم.

**دکتر سیدحسن امامی رضوی**  
**«معاون درمان»**

# مقدمه

دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای عمل به مأموریت اصلی خود که اعمال نظارت و کنترل جهت اطمینان از ارائه خدمات مراقبتی کیفی، ایمن و مبتنی بر شواهد علمی روز است، ضمن سیاستگذاری در راستای اهداف عالی نظام سلامت، جایگزینی مدل اعتباربخشی را به جای ارزشیابی مراکز درمانی کشور، از سه سال پیش در دستور کار خود قرار داده است. اعتباربخشی به منظور ایجاد اعتماد عمومی از وجود و اجرای فرآیندهای مبتنی بر استاندارد و در نظر گرفتن پیامدهای سلامت، به عنوان یک ابزار سیستماتیک و هدفمند، جهت تأمین ایمنی بیمار، همراهان و کارکنان و بهبود مستمر کیفیت تمام خدمات قابل ارائه در بیمارستان، مدیران و رهبران نظام سلامت را در عمل به وظایف خطیر خود در حوزه مراقبتی یاری می‌نماید.

روند تدوین استانداردهای اعتباربخشی با مرور متون مرتبط آغاز و با تهیه پیشنویس استانداردهای ملی، برگزاری سمپوزیوم‌های متعدد، اخذ دیدگاه‌های کارشناسان و صاحب‌نظران بالینی و غیربالینی این حوزه و اجرای آزمایشی در بیمارستان‌های پایلوت ادامه یافت و با تهیه نسخه نهایی استانداردها با در نظر گرفتن بازخورد اجرای استانداردها در بیمارستان‌های پایلوت و بهره‌گیری از مشارکت صاحب‌نظران، معاونت‌ها و دفاتر مرتبط وزارت متبوع، دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، ایران (سابق)، انجمن‌های علمی و بیمارستان‌های پایلوت پایان پذیرفت.

در اینجا، ضمن تبریک به خانواده بزرگ بهداشت و درمان کشور و تقدیر و تشکر از سرکار خانم دکتر مژده رضائی و همکارانشان در اداره ارزشیابی مراکز درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که با صرف بیش از ۲۰ هزار نفر ساعت کار کارشناسی و تلاش شبانه‌روزی، نقطه عطفی در نظام ارزشیابی ایجاد نموده و در به ثمر رساندن استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران، نقشی کلیدی ایفا نموده‌اند، امید آن دارم که با تلاش مجدانه دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های سراسر کشور در اجرای استانداردهای ابلاغی به مقصود نهایی که ارتقای مستمر کیفیت و تضمین ایمنی گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت می‌باشد نائل شویم.

در پایان، از تمام صاحب‌نظران و اساتید گرانقدر خواهشمند است، با ارسال دیدگاه‌ها و نظرات خود، ما را در ارتقا و بازنگری آتی مجموعه حاضر یاری رسانند.

دکتر سیدسجاد رضوی  
«مدیر کل دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان»

# مدیریت و رهبری





# مدیریت و رهبری

## ۱. استانداردهای حاکمیتی<sup>۱</sup>

- ۱-۱. شرح وظایف تیم حاکمیتی، حداقل شامل موارد ذیل است:
  - تعیین سیاست‌ها و خط‌مشی‌های کلان بیمارستان به صورت شفاف و واضح
  - بررسی برنامه‌ها و پیشنهادهای ارائه‌شده از سوی تیم مدیریت اجرایی بیمارستان و تصویب موارد مورد قبول
  - کسب اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با قوانین، مقررات و استانداردهای نهادهای ناظر و سیاستگذار
  - کسب اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با مأموریت، اهداف، برنامه‌ها و آیین‌نامه‌های داخلی سازمان
  - کسب اطمینان از رعایت حقوق گیرندگان خدمت و کارکنان بیمارستان
  - کسب اطمینان از تأمین و تخصیص مناسب منابع جهت انجام برنامه‌های مصوب
  - کسب اطمینان از اجرای اقدامات برنامه‌ریزی‌شده در جهت پیشگیری و ارتقای سلامت در چهار حیطه گیرندگان خدمت، کارکنان، محیط بیمارستان و جامعه از طریق مشارکت با مسئولان ارشد جامعه
  - کسب اطمینان از اجرای اقدامات برنامه‌ریزی‌شده در جهت حفظ و سالم‌سازی محیط زیست
  - کسب اطمینان از وجود ساختار سازمانی مستند و شفاف که روابط و سطوح مسئولیت‌ها و اختیارات را مشخص کرده‌باشد.
  - کسب اطمینان از وجود برنامه‌های مناسب برای استخدام، انتصاب، ابقا، توجیه، آموزش و توسعه مستمر تمام کارکنان (از جمله اعضای تیم مدیریت اجرایی بیمارستان)
  - کسب اطمینان از استفاده بهینه منابع فیزیکی، انسانی و مالی در بیمارستان
  - کسب اطمینان از بازنگری منظم آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و خط‌مشی‌های داخلی بیمارستان (حداقل سالانه)
- ۲-۱. جلسات تیم حاکمیتی به‌طور منظم و حداقل فصلی برگزار شده و صورت‌جلسات و مصوبات آن ثبت می‌گردند تا مطابق آنها عمل گردد.
- ۳-۱. توجیه اعضای جدید تیم حاکمیتی، مطابق برنامه توجیهی مستند، صورت می‌گیرد.

## ۲. استانداردهای اجرایی

- ۱-۲. شرح وظایف تیم مدیریت اجرایی، حداقل شامل موارد ذیل است:
  - تدوین برنامه استراتژیک ۳ تا ۵ ساله بیمارستان
  - بازنگری برنامه استراتژیک بیمارستان (حداقل سالانه)
  - نشر بیانیه رسالت بیمارستان در تمامی قسمت‌ها به نحوی که تمام کارکنان از آن آگاهی داشته‌باشند.
  - تعیین ایمنی بیمار و ارتقای مستمر کیفیت به‌عنوان اولویت‌های استراتژیک بیمارستان و نظارت بر اجرای آن در قالب برنامه عملیاتی در کل بیمارستان
  - تخصیص منابع به بخش‌ها و واحدها به‌منظور دستیابی به اهداف استراتژیک سازمان.
  - نظارت بر اجرای برنامه عملیاتی مناسب در کل بیمارستان برای بهبود کیفیت و ایمنی بیمار و دستیابی به اهداف استراتژیک بیمارستان

۱. در صورتی که تیم مدیریت ارشد بیمارستان دارای دو بخش مجزای حاکمیتی و اجرایی باشد، این استانداردها مربوط به بخش حاکمیتی (هیأت امنا، شورای راهبری، مجمع یا هر گروه متناظر آن در بیمارستان)، خواهد بود. در صورتی که بیمارستان فاقد بخش حاکمیتی مجزا باشد، مسئولیت اجرای این استانداردها در مواردی که مغایرت قانونی وجود نداشته‌باشد، بر عهده رئیس، مدیر عامل یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان خواهد بود.

- مشارکت در تدوین برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار
  - نظارت بر تعیین و تحلیل شاخص‌های کلیدی عملکرد و انجام اقدامات اصلاحی براساس آنها در تمام بخش‌ها و واحدهای بیمارستان از جمله واحدهای برون‌سپاری شده
  - کسب اطمینان از انجام اقدامات لازم درخصوص گزارش‌های ارزیابی و یا سازمان‌های قانونگذار از جمله اعتباربخشی
  - انتصاب یکی از مدیران میانی بیمارستان به‌عنوان هماهنگ‌کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر
  - انتصاب یکی از کارکنان با اختیارات مناسب به‌عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان
  - بازدید منظم مدیریتی به‌منظور ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقای فرصت‌ها
- ۲-۲. جلسات تیم مدیریت اجرایی به‌طور منظم و لااقل ماهانه برگزار شده و صورتجلسات و مصوبات آن ثبت می‌گردند تا مطابق آنها عمل گردد.
- ۳-۲. توجیه اعضای جدید تیم مدیریت اجرایی، مطابق برنامه توجیهی مستند صورت می‌گیرد
- ۴-۲. تیم مدیریت اجرایی بیمارستان اعضای ثابتی دارد که حداقل شامل افراد ذیل است:
- رئیس، مدیر عامل یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان
  - مدیر بیمارستان یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان
  - مدیر پرستاری
  - معاون درمان یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان
  - معاون آموزشی یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان (در بیمارستان‌های غیرآموزشی مدیر بهبود کیفیت)
  - مسئول واحد فناوری اطلاعات، مدیر امور مالی بیمارستان و مدیر بهبود کیفیت در بیمارستان‌های آموزشی، بدون حق رأی و به‌عنوان مشاور، در جلسات تیم مدیریت اجرایی حضور دارند.
- ۳-۱. رئیس بیمارستان از جهت تحصیلات و تجربه، به‌ترتیب ارجحیت دارای شرایط ذیل است:
- دارا بودن مدرک تحصیلی دکترا در یکی از گرایش‌های مدیریت در رشته‌های مرتبط با امور سلامت و حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
  - دارا بودن مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی به همراه تحصیلات دانشگاهی مدیریت در رشته‌های مرتبط با امور سلامت و حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
  - دارا بودن مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی به همراه مدرک Mini MBA<sup>۱</sup> مدیریت بیمارستانی مورد تأیید وزارت بهداشت و حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۳-۲. رئیس بیمارستان به‌صورت تمام‌وقت<sup>۲</sup> در این پست انجام وظیفه می‌نماید.

۳. رئیس،  
مدیر عامل (یا)  
مسئول پست  
متناظر آن در  
بیمارستان)

1. Master of Business Administration

۲. در بیمارستان‌های هیأت امنایی آموزشی، رئیس بیمارستان و معاونین وی یا مسئولان پست‌های متناظر، به‌صورت تمام‌وقت جغرافیایی فعالیت می‌نمایند.



## ۴. مدیر

بیمارستان یا  
مسئول پست  
متناظر آن در  
بیمارستان

۴-۱. مدیر بیمارستان از نظر تحصیلات واجد شرایط ذیل است:

- دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی، کارشناسی ارشد یا دکترا در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (رشته اداره امور بیمارستان‌های سابق) و به ترتیب ۴، ۳ و ۲ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۴-۲. مدیر بیمارستان به صورت تمام وقت در این پست انجام وظیفه می‌نماید.

## ۵. مدیریت

فعالیت‌های  
آموزشی و  
پژوهشی  
(با تبعیت از)  
استانداردهای  
اعتباربخشی  
آموزشی  
معاونت  
آموزشی وزارت  
(متبوع)

۵-۱. مدیریت ارشد بیمارستان در رابطه با موارد ذیل اطمینان حاصل می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها درخصوص چارچوب ارائه خدمات توسط فراگیران، با تبعیت از قوانین، مقررات و استانداردهای اعتباربخشی آموزشی، تدوین شده است.
- مسئولیت‌ها و شرح وظایف کارآموزان و کارورزان و سایر گروه‌های تحت آموزش درخصوص مراقبت از بیماران مدون شده است.
- کارآموزان، کارورزان و دستیاران، خدمات مراقبتی را تحت نظارت افراد واجد صلاحیت (مطابق با قوانین، مقررات، استانداردهای اعتباربخشی آموزشی و خط‌مشی‌ها) ارائه می‌نمایند.
- امکانات و تسهیلات آموزشی مناسب همچون مولاژ و مرکز آموزش مهارت‌های بالینی (Skill Lab) جهت ممانعت از انجام آموزش‌های غیرضروری فراگیران بر بالین بیمار، موجود هستند.
- کارکنان بالینی و غیربالینی، به آخرین ویرایش کتب مرجع، حداقل در رابطه با رشته‌ها و تخصص‌های موجود در بیمارستان، دسترسی دارند.

۵-۲. مدیریت ارشد بیمارستان در تعامل با متولیان تصویب طرح‌های پژوهشی، در رابطه با موارد ذیل اطمینان حاصل می‌نماید:

- لحاظ‌شدن اولویت‌های پژوهشی وزارت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و شرایط خاص هر بیمارستان، منطقه و جمعیت تحت پوشش آن با نگاه ویژه به ارتقای کیفیت خدمات بالینی و غیربالینی در تصویب و اجرای طرح‌های پژوهشی
- استفاده از نتایج پژوهش‌های انجام‌گرفته در راستای ارتقای کیفیت خدمات بالینی و غیربالینی و ارتقای سطح سلامت فرد و جامعه
- رعایت قوانین، مقررات، آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و استانداردهای ابلاغی از سوی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت متبوع

۶. مدیریت  
خطر

۶-۱. بیمارستان برنامه مدیریت خطر را حداقل در موارد ذیل اجرا می‌نماید:

- مشکلات ساختمان
- از بین رفتن خدمات رایانه‌ای (بخش فناوری اطلاعات)
- خرابی تجهیزات اصلی
- کمبود یا اتمام اعتبارات
- برنامه و بیمه مسئولیت حرفه‌ای کارکنان
- غفلت و اشتباهات کارکنان

### ۷. مدیریت بحران / بلایا

- ۱-۷. بیمارستان برنامه مستند جهت مقابله با بلایا و همچنین بحران‌هایی مانند رسیدن تعداد بیمار بیش از ظرفیت بیمارستان دارد که حداقل شامل موارد ذیل است:
- فهرستی از اعضای تیم پاسخ اضطراری شامل مدیران، پزشکان، پرستاران، گروه‌های پاراکلینیک، پشتیبانی و...، با ذکر سمت آنها در زمان بروز بحران.
  - فهرستی از مراکز ارجاع که قبلاً با آنها هماهنگ شده است.
  - برنامه‌ای جهت فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین‌های تعیین شده.
  - مستندات مربوط به وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات اعضای تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز بحران.
  - چگونگی فعال‌سازی برنامه در زمان بروز بحران.
  - مستنداتی که نشان می‌دهند:
    - ◀ حداقل سالی یک بار مانورهای فرضی جهت اجرای برنامه مستند انجام می‌گیرد.
    - ◀ حداقل سالی یک بار مانور آتش‌نشانی و تخلیه، در بیمارستان انجام می‌شود.
    - ◀ اطلاع‌رسانی کامل به تمامی کارکنان بیمارستان و جلب مشارکت آنان در راستای انجام مانورها انجام می‌شود.

### ۸. خطاها و حوادث ناخواسته

- ۱-۸. یک فرآیند زمان‌بندی شده، مستند و شفاف، برای گزارش خطاها و حوادث ناخواسته وجود دارد.
- ۲-۸. بیمارستان یک سیستم بدون تنبیه و عاری از سرزنش، به منظور فرآیند گزارش‌دهی منظم خطاها و حوادث ناخواسته ایجاد نموده است.
- ۳-۸. تمام کارکنان در رابطه با فرآیند گزارش خطاها و حوادث ناخواسته آموزش دیده‌اند.
- ۴-۸. جمع‌آوری داده‌های مربوط به خطاها و حوادث ناخواسته و تجزیه و تحلیل آنها، به منظور شناسایی راه‌های کاهش شایع‌ترین و مهم‌ترین خطاها، انجام می‌گیرد.
- ۵-۸. رویدادهای مهم و غیرمنتظره ارزیابی دقیق می‌شوند این رویدادها حداقل شامل موارد ذیل هستند:
- مرگ و میرهای غیرمنتظره
  - واکنش‌های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خون و فرآورده‌های خونی، باعث آسیب به بیمار شده‌اند.
  - خطاهای دارویی مهم که باعث آسیب به بیمار شده‌اند.
  - رویدادهای مهم بیهوشی که باعث آسیب به بیمار شده‌اند.
  - تفاوت‌های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته‌های پاتولوژی و جراحی
- ۶-۸. مستندات نشان می‌دهند مداخلات اصلاحی براساس نتایج گزارشات و ارزیابی‌های صورت گرفته، انجام می‌پذیرد.

### ۹. مدیریت مالی

- ۱-۹. یک مسئول با حداقل مدرک کارشناسی در رشته‌های مرتبط با امور مالی، برای این واحد تعیین شده است.
- ۲-۹. لیستی از تمامی کارکنان واحد مدیریت مالی شامل موارد ذیل موجود است:
- نام و نام خانوادگی
  - تلفن تماس
  - آدرس
  - سمت

### بودجه‌بندی

- ۳-۹. برنامه بودجه سال جاری بیمارستان موجود است.
- ۴-۹. برنامه بودجه ۳ سال گذشته بیمارستان موجود است.
- ۵-۹. برنامه بودجه باید درآمد و مخارج ماهانه با تمام جزئیات را دربر گیرد.

- ۶-۹. رئیس هر بخش، در تنظیم بودجه سالانه مربوط به بخش خود مشارکت فعال دارد.
- ۷-۹. در هر بخش و قسمت، برنامه بودجه مربوطه وجود دارد.
- ۸-۹. برای تمام خدمات یا بخش‌های جدید پیش از شروع کار نتایج مطالعه توجیه اقتصادی موجود است.
- ۹-۹. بخش مالی جهت تأمین بودجه نهایی، جزئیات بودجه هر بخش را نگهداری می‌نماید.
- ۱۰-۹. میزان تطبیق نتایج گزارش‌های مالی سالانه با برنامه استراتژیک بیمارستان، بررسی می‌شود.
- ۱۱-۹. تمام بخش‌ها گزارش مالی ماهانه دقیقی دریافت می‌کنند که واریانس بودجه (تفاوت بودجه پیشنهادی و صرف‌شده) را نشان می‌دهند.

### درآمد

- ۱۲-۹. در بیمارستان واحد درآمد موجود است.

### هزینه

- ۱۳-۹. در بیمارستان برنامه مدیریت هزینه موجود است.

### حسابداری و حسابداری

- ۱۴-۹. سیستم حسابداری تعهدی در بیمارستان مستقر شده است.
- ۱۵-۹. گزارش سود و زیان، حداقل هر ۳ ماه یک بار تهیه و به تیم مدیریت ارشد بیمارستان (حاکمیتی و اجرایی) گزارش می‌شود.
- ۱۶-۹. در پایان سال ترازنامه مالی تهیه و به تیم مدیریت ارشد بیمارستان (حاکمیتی و اجرایی) گزارش می‌شود.
- ۱۷-۹. سالانه حسابداری مالی داخلی به‌طور جامع و کامل اجرا می‌گردد.
- ۱۸-۹. سالانه حسابداری مالی توسط یک حسابرس خارجی که منافی در برنامه ندارد، انجام می‌شود.
- ۱۹-۹. مشروح گزارش حسابداری سال مالی جاری که توسط حسابرس خارجی انجام شده موجود است.
- ۲۰-۹. پیشنهادهای اصلاحی مندرج در گزارش حسابداری خارجی، در تیم مدیریت ارشد بیمارستان بررسی شده و موارد مورد قبول، تصویب و اجرا می‌شوند.
- ۲۱-۹. مشروح گزارش حسابداری خارجی ۵ سال گذشته موجود است.

### خط‌مشی‌ها و روش‌ها

- ۲۲-۹. یک کتابچه/مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد مدیریت و رهبری وجود دارد که روش‌های مدیریتی این بیمارستان را توصیف می‌نماید.
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای نمایه مشخص است.
- ۲۳-۹. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل برای موارد زیر موجود است:
- تهیه برنامه بودجه
  - بودجه‌بندی نهایی
  - مدیریت و رهبری
  - مدیریت منابع نقدی و تنخواه

- مدیریت بدهکاران و بستانکاران
- جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌های مالی
- اعتبار داده‌ها
- حسابرسی داخلی و خارجی
- مدیریت خطرات مالی (شامل ذخایر و منابع موجود)
- آماده‌سازی گزارش‌های مالی
- معاملات و مذاکره جهت عقد قرارداد (قیمت، در اختیار گذاشتن سهام و غیره)
- نحوه برخورد با موارد عدم رعایت مفاد قرارداد توسط پیمانکاران خارجی
- واگذاری اختیار جهت نهایی کردن قراردادها از نظر مالی و ثبت امضا
- اطمینان از رعایت استانداردها و قوانین نهادهای ناظر توسط پیمانکاران (در موارد برون‌سپاری شده).

# حقوق گیرنده خدمت





# حقوق گیرنده خدمت

- ۱-۱. منشور حقوق گیرنده خدمت در دسترس و در معرض دید گیرندگان خدمت قرار دارد.
- ۲-۱. بیمارستان به گیرنده خدمت در خصوص نام، مسئولیت و رتبه حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار، دانشجو(با ذکر رشته و پایه تحصیلی) و ارتباط حرفه‌ای آنها با یکدیگر، اطلاع‌رسانی می‌نماید.
- ۳-۱. بیمارستان با رعایت مقررات پوشش مصوب وزارت بهداشت، شناسایی رده‌های مختلف کارکنان را برای گیرندگان خدمت تسهیل می‌نماید.
- ۴-۱. بیمارستان به گیرنده خدمت در خصوص روش‌های تشخیصی و درمانی، نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص، سیر بیماری، پیش‌آگهی و عوارض آن و نیز تمام اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری گیرنده خدمت به نحو مطلوب و به میزان کافی، در زمان مناسب و متناسب با شرایط گیرنده خدمت به شیوه‌ای ساده و قابل درک اطلاع‌رسانی می‌نماید.
- ۵-۱. بیمارستان به گیرنده خدمت در خصوص نحوه دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان، اطلاع‌رسانی می‌نماید.
- ۶-۱. بیمارستان در زمان پذیرش به گیرنده خدمت و مراجعان درباره خدمات بیمارستان اعم از درمانی و غیردرمانی، ضوابط و هزینه‌های قابل پیش‌بینی، بیمه‌های طرف قرارداد بیمارستان و ضوابط آن، همچنین سیستم‌های حمایتی اطلاع‌رسانی می‌نماید.
- ۷-۱. بیمارستان به گیرنده خدمت در خصوص تمام اقدامات پژوهشی مرتبط اطلاع‌رسانی می‌نماید.
- ۸-۱. بیمارستان به گیرنده خدمت اطمینان می‌دهد که تصمیم‌گیری وی مبنی بر شرکت یا عدم شرکت در هرگونه پژوهش، تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت.
- ۹-۱. بیمارستان اطمینان حاصل می‌نماید که قوانین و مقررات مربوط به رعایت کدهای ملی اخلاق در پژوهش در رابطه با تمام طرح‌های تحقیقاتی که با موضوعات انسانی سر و کار دارد رعایت می‌شوند.
- ۱۰-۱. بیمارستان به گیرنده خدمت در خصوص خط‌مشی حفاظت از اموال گیرنده خدمت اطلاع‌رسانی می‌نماید.

## ۱. دریافت اطلاعات

## ۲. مطلوبیت خدمات سلامت

- ۱-۲. بیمارستان به گیرنده خدمت، خدمات سلامت مناسب ارائه می‌نماید.
- ۲-۲. بیمارستان، در موارد اورژانس، بدون توجه به تأمین هزینه مراقبت، خدمات سلامت مناسب ارائه می‌نماید.
- ۳-۲. بیمارستان، در صورتی که ارائه خدمات سلامت مناسب در موارد اورژانس مقدور نباشد، پس از ارائه خدمات سلامت ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال گیرنده خدمت به واحد مجهز را فراهم می‌نماید.

## ۳. گروه‌های آسیب‌پذیر

- ۱-۳. بیمارستان از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، افراد ناتوان، سالمندان، بیماران روانی، گیرندگان خدمت مجهول‌الهویه، معلولان ذهنی و جسمی، افراد بدون سرپرست و دیگر جمعیت‌های در معرض خطر، به‌طور مناسب (تجهیزاتی، فیزیکی، ایمنی و درمانی) حمایت می‌نماید.

۴. گیرنده خدمت در حال احتضار
- ۱-۴. بیمارستان به گیرنده خدمتی که در مراحل پایانی زندگی است مراقبت‌های محترمانه و توأم با مهربانی و همدردی ارائه می‌نماید.
- ۲-۴. بیمارستان شرایطی فراهم می‌نماید که گیرنده خدمت در حال احتضار در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است برخوردار گردد.
۵. محرمانه بودن اطلاعات
- ۱-۵. بیمارستان اطمینان حاصل می‌نماید که تنها گیرنده خدمت، گروه درمانی، افراد مجاز از طرف گیرنده خدمت و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند، می‌توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.
- ۲-۵. بیمارستان در صورت درخواست گیرنده خدمت، تصویر تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی را در دسترس وی قرار می‌دهد.
۶. حفظ حریم خصوصی
- ۱-۶. بیمارستان، خدمات سلامت را با احترام به حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت ارائه می‌نماید.
- ۲-۶. بیمارستان تمام امکانات لازم جهت تضمین حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت را فراهم می‌نماید.
- ۳-۶. بیمارستان شرایطی را فراهم نموده است که در همه بخش‌ها به خصوص بخش‌های مراقبت ویژه، استفاده از پرسنل همگن برای ارائه خدمات به بیماران (به ویژه بانوان)، در صورت درخواست بیمار، امکان‌پذیر باشد.
- ۴-۶. در بیمارستان استفاده از پرسنل همگن، نباید مانعی برای کمک‌رسانی فوری به گیرنده خدمت و مصدومین باشد.
- ۵-۶. بیمارستان از پوشانده شدن مناطقی از بدن گیرنده خدمت که در مراحل تشخیصی و درمانی نیازی به مداخله ندارند اطمینان کسب می‌نماید.
- ۶-۶. بیمارستان استانداردهای ملی پوشش بیماران را رعایت می‌نماید.
۷. همراه گیرنده خدمت
- ۱-۷. بیمارستان به گیرنده خدمت اجازه می‌دهد تا در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد همراه داشته باشد (همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک است مگر اینکه این امر برخلاف ضرورت‌های پزشکی باشد).
۸. پاسخ به نیازهای عبادی و اعتقادی گیرنده خدمت
- ۱-۸. بیمارستان فرآیندی مکتوب برای پاسخ به درخواست‌های گیرنده خدمت در زمینه خدمات عبادی - اعتقادی را دارد و به آن عمل می‌نماید.
۹. آموزش
- ۱-۹. گیرنده خدمت آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان را دریافت می‌نماید.
۱۰. انتخاب آزادانه و مشارکت
- ۱-۱۰. بیمارستان از فراهم بودن امکان انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه و آگاهانه گیرنده خدمت مبنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع، اطمینان کسب می‌نماید.
- ۲-۱۰. بیمارستان پس از ارائه اطلاعات، با در نظر گرفتن شرایط بیمار، زمان لازم و کافی جهت تصمیم‌گیری و انتخاب در اختیار گیرنده خدمت قرار می‌دهد.
- ۳-۱۰. بیمارستان به گیرنده خدمت حق می‌دهد تا پزشک دومی را به عنوان مشاور انتخاب و از وی نظرخواهی کند.



۴-۱۰. بیمارستان از قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی کامل از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان، شخص دیگری را در معرض خطر قرار می‌دهد، اطمینان کسب می‌نماید.

۵-۱۰. بیمارستان اعلام نظر قبلی گیرنده خدمت در مورد اقدامات درمانی آتی را در زمانی که گیرنده خدمت واجد ظرفیت تصمیم‌گیری است ثبت می‌نماید و در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی، به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در اختیار ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین گیرنده خدمت قرار می‌دهد.

۱-۱۱. در بیمارستان یک لیست مشخص از اقدامات و درمان‌هایی که نیاز به اخذ رضایت کتبی از گیرنده خدمت یا ولی قانونی او دارد، در دسترس است و رضایت آگاهانه براساس آن اخذ می‌گردد، لیست مذکور حداقل شامل موارد ذیل است:

- اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و جراحی
- بیهوشی و آرامبخشی متوسط تا عمیق
- استفاده از خون و فرآورده‌های خونی
- تحقیقات

● اقدامات درمانی پرخطر (حداقل شامل: شوک درمانی، پرتودرمانی، شیمی‌درمانی، آنژیوگرافی).

۲-۱۱. بیمارستان طی فرآیندی مستند توسط کارکنان آموزش‌دیده و با مسئولیت پزشک معالج، از گیرنده خدمت، رضایت آگاهانه اخذ می‌نماید.

۳-۱۱. مستندات نشان می‌دهند، اطلاعات لازم در زمینه خطرات، محاسن و جایگزین‌های روش فعلی قبل از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از گیرنده خدمت و در صورت لزوم ولی قانونی وی، به زبان ساده و قابل درک، در اختیار گیرنده خدمت قرار می‌گیرند.

۴-۱۱. رضایت اخذشده، همراه با تاریخ، ساعت، امضا، اثر انگشت گیرنده خدمت و در صورت لزوم ولی قانونی وی بوده در پرونده گیرنده خدمت درج می‌گردد.

۵-۱۱. اگر رضایت‌نامه عمومی خدمات مراقبتی در زمان پذیرش بستری یا سرپایی، از گیرنده خدمت اخذ می‌شود، دامنه و محدودیت‌های آن به وضوح مشخص شده است.

۱-۱۲. دریافت هزینه خدمات از گیرنده خدمت، براساس قوانین و آیین‌نامه‌های موجود انجام می‌گیرد.

۲-۱۲. انجام تمام اقدامات ضروری در فوریت‌های پزشکی، بدون ملاحظات مالی و براساس قوانین جاری انجام می‌گیرد.

۳-۱۲. گیرنده خدمت در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی، قبلاً از وجود تخصص‌های لازم برای درمان، میزان تعرفه‌ها و پوشش بیمه‌های خدمات در مرکز درمانی مقصد مطلع می‌گردد و در صورت امکان حق انتخاب دارد.

## ۱۱. رضایت آگاهانه

## ۱۲. نحوه دریافت هزینه خدمات از گیرنده خدمت

۱۳-۱. فرآیند اعلام شکایات یا پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرآیند در محلی قابل رؤیت نصب شده است.  
 ۱۳-۲. بیمارستان به گیرنده خدمت اطمینان می‌دهد تا بدون ترس از مجازات و به وجود آمدن اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت، بدون ذکر نام، به صورت کتبی و شفاهی به شیوه‌ای محترمانه و با رعایت قوانین و مقررات به مقامات ذیصلاح شکایت نماید یا پیشنهاد دهد.  
 ۱۳-۳. بیمارستان در اسرع وقت به شکایت گیرنده خدمت رسیدگی می‌نماید و خسارت وارده به وی را جبران می‌نماید.

۱۳. نظام  
کارآمد  
رسیدگی به  
شکایات

۱۴-۱. بیمارستان رضایت گیرنده خدمت را مورد سنجش قرار می‌دهد.  
 ۱۴-۲. تحلیل نتایج و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن مستند شده‌اند.

۱۴. سنجش  
رضایت گیرنده  
خدمت

۱۵-۱. بیمارستان خط‌مشی‌ها و روش‌های شفاف و روشنی شامل موارد ذیل تدوین نموده و اجرا می‌نماید:

۱۵. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- حفاظت گیرنده خدمت در برابر حملات فیزیکی و صدمات روحی
- اموال گیرنده خدمت
- کنترل مناسب درد
- پذیرش همراه و فراهم نمودن امکانات رفاهی لازم
- نظارت بر خارج ساختن عضو از اهداکننده و انتقال آن.

# بخش اورژانس





# بخش اورژانس

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۲-۱. در بخش اورژانس، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۳-۱. تمام کارکنان بخش اورژانس، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

### ۱. برنامه استراتژیک

- ۱-۲. شرایط احراز ریاست بخش اورژانس، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
- دارا بودن مدرک دکترای تخصصی طب اورژانس
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی یکی از انواع طب بالینی و حداقل ۲ سال سابقه کار در بخش اورژانس
  - دارا بودن مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی عمومی و حداقل ۴ سال سابقه کار در بخش اورژانس.

### ۲. رئیس بخش

- ۱-۳. شرایط احراز برای سرپرستار بخش اورژانس، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی ارشد پرستاری، مدرک RN<sup>۱</sup> و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش اورژانس به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت) و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش اورژانس.
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش اورژانس به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت) و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش اورژانس.
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش اورژانس و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش اورژانس.
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN. و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش اورژانس و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش اورژانس.

### ۳. سرپرستار بخش

- ۱-۴. بخش اورژانس در تمام اوقات شبانه‌روز و در تمامی روزهای هفته از حضور پزشک مقیم برخوردار است.
- ۲-۴. شرایط حضور پزشکان متخصص در بخش اورژانس، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
- پزشکان متخصص طب اورژانس، داخلی، کودکان، زنان، جراحی و بیهوشی به صورت شبانه‌روزی مقیم بیمارستان است.
  - پزشکان متخصص به صورت شبانه‌روزی در دسترس (آنکال) هستند.

### ۴. پزشک مقیم

- ۱-۵. شرایط لازم برای پرستاران مسئول شیفت در بخش اورژانس، عبارت است از:
- دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش اورژانس و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش اورژانس.
  - دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش اورژانس.

### ۵. پرستار مسئول شیفت

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۶. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش اورژانس، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی.
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد.
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد.
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی.
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده.
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله.
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان.
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت.

۶. پرونده  
پرسنلی  
(کاغذی /  
الکترونیک)

- ۱-۷. در بخش اورژانس، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
- نام و نام خانوادگی.
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی.
- ۲-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.
- ۳-۷. هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به‌جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
- ۴-۷. یک لیست از پزشکان، متخصصان و مشاوره‌دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه‌روز در بخش اورژانس، در دسترس است.
- ۵-۷. لیست نوبت شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.
- ۶-۷. برنامه نوبت کاری افرادی که اقدامات تریاژ را انجام می‌دهند، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.
- ۷-۷. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت شبانه‌روزی است، برنامه‌ریزی انجام شده است.
- ۸-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش کارکنان در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود است.

۷. لیست  
کارکنان

- ۱-۸. در بخش اورژانس، یک کتابچه / مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های

۸. دوره  
توجیهی  
بدو ورود

فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی).

- معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد.
- زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این بخش.

۹-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه / دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.

۹-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.

۹-۳. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.

۹-۴. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۹. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

۱۰-۱. بخش اورژانس یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.

۱۰-۲. مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۱۰-۳. مستندات نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.

۱۰-۴. مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند، موجود است.

۱۰-۵. مستندات نشان می‌دهند تمام پزشکان و پرستاران بخش اورژانس، حداقل سالی یک بار، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند، موجود است.

۱۰-۶. مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند، موجود است.

۱۰-۷. مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند، موجود است.

۱۰-۸. مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند، موجود است.

۱۰-۹. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی، انجام می‌دهند.

۱۰. آموزش و  
توانمندسازی  
کارکنان

۱۱-۱. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط.
- اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی.

۱۱-۲. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱۱. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

### ۱۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها

- ۱۲-۱. یک کتابچه/مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش اورژانس وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه/مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه/مجموعه دارای نمایه مشخص است.
- ۱۲-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:
- رعایت حقوق گیرندگان خدمت
  - برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و ...).
  - ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیرتعطیل).
  - فرآیند پذیرش، انتقال درون و برون‌بخشی، ارجاع و ترخیص.
  - پاسخ‌دهی در موارد بحران.
  - چگونگی ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به‌صورت شفاهی (به‌عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می‌شوند.
  - چگونگی انجام تریاژ.
  - استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت.
  - استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید.
  - چگونگی گنزدایی سریع محل دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی.
  - انتقال سریع و زودهنگام بیماران شدیداً بدحال و مجروحین به بخش‌های ویژه و دیگر بخش‌ها.
  - راهنماهای طبابت بالینی حداقل در ۵ مورد از حالات وخیم و شایع در مراجعه‌کنندگان به اورژانس همچون شوک، ترومای متعدد، درد قفسه سینه (راهنماهای مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی).
  - کد احیا
  - شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

### ۱۳. پذیرش در بخش و ارزیابی بیمار

- ۱۳-۱. اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.
- ۱۳-۲. اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.
- ۱۳-۳. در طی تمام مراحل مراقبتی بیمار، پزشک معالج بیمار مشخص شده و همه مشاوره‌ها، درمان‌ها و مراقبت‌های لازم، با اطلاع و هماهنگی وی انجام می‌پذیرد.
- ۱۳-۴. پزشک معالج داروهای درحال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در بخش، مورد بررسی قرارداد و داروهای لازم را به دستورات دارویی بیمار اضافه می‌نماید.
- ۱۳-۵. در بیمارستان با توجه به وضعیت بیماران بستری در هنگام پذیرش، نیازهای آنان به خدمات تسکینی، درمانی، تغذیه‌ای و مددکاری اجتماعی، ارتقای سلامت، مشخص می‌شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.



## گزارش پرستاری

۱۳-۶. یک پرستار با مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، بیمار را در بخش پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می‌نماید:

- شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی
- ساعت و تاریخ پذیرش در بخش
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری).
- برنامه درمانی و تمام بررسی‌ها و آزمایش‌های درخواست شده توسط پزشک معالج.
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار.
- نحوه ورود بیمار به بخش (به طور مثال با صندلی چرخ‌دار).

## گزارش پزشکی

۱۳-۷. پزشک معالج، پس از انجام ارزیابی‌ها و اقدامات لازم، موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید:

- ساعت و تاریخ انجام ویزیت
- تمام نتایج حاصل از اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی بیمار.
- تمام دستورات درمانی، مراقبتی، بررسی‌ها و اقدامات پاراکلینیکی لازم.
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک معالج.

۱۴-۱. برای تمام کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

۱۴-۲. در ثبت مستندات در پرونده بیمار (یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند:

- تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.
- نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات و روی جلد پرونده وی ثبت می‌شوند.
- زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.
- در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.
- در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
- در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.
- مستندسازی در بخش اورژانس باید در فرم‌های طراحی شده خاص این بخش باشد و در پرونده بیمار نگهداری شود.
- شواهد مستندی از عملکرد تریاژ، در پرونده پزشکی بیماران وجود دارد.

**تذکر:** برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

۱۵-۱. پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که در فرآیند مراقبت از بیمار، با پزشک معالج وی همکاری می‌کنند، به منظور تجزیه و تحلیل، یکپارچه نمودن و استمرار ارزیابی‌ها و مراقبت‌ها، با یکدیگر مشارکت می‌نمایند.

۱۵-۲. کارکنان درمانی واجد صلاحیت، ارزیابی مجدد بیمار را در فواصل زمانی مناسب انجام داده و نتایج را در پرونده بیمار، ثبت می‌نمایند:

- پیشرفت برنامه مراقبتی طی ۲۴ ساعت اولیه از زمان پذیرش توسط پرستار
- ثبت گزارش‌های روند مراقبت از بیمار توسط پرستار، حداقل یک بار در هر نوبت

۱۴. پرونده  
بیمار

۱۵. ارزیابی  
و مراقبت  
مستمر از  
بیمار

- ثبت علائم حیاتی، میزان جذب و دفع و ... و پیگیری انجام به موقع آزمایش‌ها و سایر اقدامات لازم، با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی بیمار، توسط پرستار
- ثبت روزانه وضعیت بیمار، تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد، توسط پزشک معالج (در صورت لزوم و با توجه به شرایط بیمار، در فواصل زمانی کوتاه‌تر).
- ۳-۱۵. بیماران از جهت مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی، به‌طور مستمر ارزیابی و کنترل می‌شوند.
- ۴-۱۵. اقدامات مراقبتی، براساس برنامه‌ها و دستورات ثبت‌شده در پرونده انجام می‌شوند.
- ۵-۱۵. در زمان ترخیص، برگه خلاصه پرونده به‌صورت کامل، خوانا و مطابق با خط‌مشی‌ها و روش‌های بیمارستان، تکمیل شده و نسخه‌ای از آن، به بیمار تحویل می‌گردد.
- ۶-۱۵. در زمان ترخیص، پزشک معالج بیمار، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پزشکی را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه‌نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- ۷-۱۵. در زمان ترخیص، یکی از پرستاران، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پرستاری را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه‌نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- ۸-۱۵. زمان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص، در پرونده بیمار ثبت و توسط پرستار، به وی توضیح داده می‌شود.
- ۹-۱۵. اطلاع‌رسانی و اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می‌پذیرد.

#### ۱۶. دستورات دارویی

- ۱-۱۶. یک نسخه از کتاب/ مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده‌است، در بخش اورژانس در دسترس است.
- ۲-۱۶. کتابچه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها است.
- ۳-۱۶. فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می‌شود.
- ۴-۱۶. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی توسط پرستار انجام و ثبت می‌شود.
- ۵-۱۶. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی، داروهای پرخطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت می‌شود و با درج امضای هر کارشناس، تأیید می‌گردد. داروهای خطرناک حداقل شامل موارد ذیل هستند:
  - تمام مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت
  - دیگوکسین و ریدی
  - انسولین
  - اولین دوز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی
  - ترکیبات تغذیه کامل وریدی
  - دوزهای کودکان از ویال‌های چنددوزی
  - خون و فرآورده‌های خونی
  - کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص راه‌حل‌های نه‌گانه ایمنی بیمار)
- ۶-۱۶. بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد درست داده می‌شود، پیش‌بینی و مکتوب ساخته‌است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.
- ۷-۱۶. همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آنها در یک مکان مناسب و در دسترس، در بخش اورژانس وجود دارد.
- ۸-۱۶. باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات‌بخش جهت مراقبت اورژانس در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های اورژانس تأمین شود.
- ۹-۱۶. ضروری است که تمام داروهای لازم جهت ارائه مراقبت‌های اورژانسی، مطابق با دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمام اوقات شبانه‌روز و در همه قسمت‌های اورژانس در دسترس باشند.
- ۱۰-۱۶. سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.

۱۱-۱۶. پرستار مسئول داروهای مخدر، کلید را همواره نزد خود نگهداری می‌نماید.  
۱۲-۱۶. داروهای مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار، محفوظ باشند و کلید نزد پرستار مسئول داروهای مذکور، نگهداری شود.

۱۷-۱. به بیماران بستری و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک در مورد نوع مراقبت در نظر گرفته‌شده، روش‌های جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از درمان و هرگونه هزینه مورد انتظار ارائه می‌شود.  
۱۷-۲. نام فرد یا افراد مسئول ارائه آموزش به بیماران و همراهان آنان در پرونده بیمار ثبت شده‌است.  
۱۷-۳. بروشور (جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع‌ترین علل مراجعه و بستری در هر بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی درمانی مهمی که بیماران این بخش، باید رعایت نمایند، در بخش اورژانس برای استفاده بیماران و همراهان آنان در دسترس است.

۱۷. آموزش  
بیمار و  
همراهان

## امکانات و ملزومات

۱۸-۱. خدمات پشتیبانی بخش اورژانس باید به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد مانند: تصویربرداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی و بانک خون.  
۱۸-۲. یک سیستم برای بازبینی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک تصویربردار حداکثر ظرف ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.  
۱۸-۳. فهرست آزمایش‌های اورژانس و جدول زمان‌بندی پاسخ‌دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ‌دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است.  
۱۸-۴. امکان دریافت پاسخ آزمایش‌های اورژانسی در زمان معین مطابق با الزامات تعیین‌شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتباً با آزمایشگاه توافق شده‌است.

۱۸. خدمات  
پشتیبانی  
بخش‌های  
پاراکلینیک

۱۹-۱. ترالی اورژانس در دسترس بوده مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت، حداقل حاوی موارد ذیل است:

- دفیبریلاتور
- مانیتور قلبی، پالس اکسیمتر و امکانات پیس‌میکر موقت
- داروهای اورژانس
- لوله هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها
- لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یک‌بار مصرف)
- آمبوپگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
- لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در تمامی اندازه‌ها
- باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
- تختة احیا (بک‌بورد) اطفال و بزرگسال
- ساکشن
- کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)

۱۹-۲. مستندات نشان می‌دهند که پرستار مسئول از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.

۱۹-۳. شواهد مستند نشان می‌دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

۱۹-۴. مانیتور قلبی قابل حمل و دفیبریلاتور، برای مواردی که نیاز به انتقال بیمار وجود دارد، جدا از ترالی اورژانس بخش، موجود هستند.

۱۹. ترالی  
اورژانس

۲۰-۱. کارکنان، امکانات و تجهیزات مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.

۲۰. امکانات

- ۲۰-۲. امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبت‌های اورژانسی مقدور می‌باشد.
- ۲۰-۳. هر تخت یک سیستم فراخوان اضطراری پرستار دارد.
- ۲۰-۴. همه پریزهای یوپی‌اس به وضوح مشخص هستند.
- ۲۰-۵. اتاق درمان در بخش وجود دارد.
- ۲۰-۶. در بخش، اتاق ایزولاسیون برای جداسازی بیماران عفونی، وجود دارد.
- ۲۰-۷. در بخش یک اتاق برای جداسازی بیماران اعصاب و روانی که نیازمند جداسازی هستند، وجود دارد.
- ۲۰-۸. اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۲۰-۹. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۲۰-۱۰. امکان رعایت بهداشت دست‌ها طبق پروتکل مصوب وزارت بهداشت موجود است.
- ۲۱-۱. بخش اورژانس باید دارای ورودی جداگانه جهت پذیرش حالات اورژانسی باشد.
- ۲۱-۲. ورودی باید حفاظ مناسب جهت تغییرات آب‌وهوا داشته باشد (مسقف باشد).
- ۲۱-۳. ورودی باید دارای سطح شیب‌دار (ریمپ) جهت افراد ناتوان باشد.
- ۲۱-۴. دسترسی آسان برای آمبولانس، خودرو یا افراد پیاده میسر می‌باشد.
- ۲۱-۵. مسیرها و قسمت‌های مختلف داخل و خارج ساختمان به وسیله نشانه‌ها و راهنماهای مناسب به راحتی قابل شناسایی هستند.
- ۲۱-۶. دسترسی از اورژانس به دیگر خدمات نظیر تصویربرداری و آزمایشگاه، به سهولت میسر است.

۲۱. فضای  
فیزیکی

## ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۲۲-۱. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس و سالم است.
- ۲۲-۲. داخل اتاق‌های اورژانس، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهداری و جایی که سریعاً جوابگو باشند، وجود دارد.
- ۲۲-۳. نگهبان در زمان مورد نیاز در بخش اورژانس، فوراً در دسترس است.
- ۲۲-۴. نگهبان دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.
- ۲۲-۵. دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران بخش اورژانس، کنترل شده و محصور است.
- ۲۳-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد در دسترس است.
- ۲۳-۲. برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۲۳-۳. برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۲۳-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۲۳-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

۲۲. ایمنی  
فیزیکی

۲۳. بهبود  
کیفیت

- ۲۴-۱. داده‌های بخش اورژانس جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲۴-۲. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.
- ۲۴-۳. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۲۴-۴. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۲۴-۵. در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

۲۴. جمع‌آوری  
و تحلیل  
داده‌ها

# بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)





# بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۲-۱. در بخش مراقبت‌های ویژه، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۳-۱. تمام کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه، بیمارستان از رسالت و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

- ۱-۲. شرایط احراز ریاست بخش مراقبت‌های ویژه، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
- دارا بودن مدرک تکمیلی (فلوشیپ) یا فوق تخصصی بخش مراقبت‌های ویژه
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی بیهوشی یا سایر متخصصان بالینی مرتبط با نوع ICU و حداقل داشتن ۳ سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه

۲. رئیس  
بخش

- ۱-۳. شرایط احراز برای سرپرستار بخش مراقبت‌های ویژه، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت) و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت‌های ویژه
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت) و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت‌های ویژه
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت‌های ویژه
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت‌های ویژه

۳. سرپرستار  
بخش

- ۱-۴. بخش مراقبت‌های ویژه در تمام اوقات شبانه‌روز و در تمامی روزهای هفته از حضور پزشک مقیم برخوردار است.

۴. پزشک  
مقیم

۵. پرستار  
مسئول شیفت

- ۱-۵. شرایط لازم برای پرستاران مسئول شیفت در بخش مراقبت‌های ویژه، عبارت است از:
- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های مراقبت‌های ویژه و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت‌های ویژه.

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۶. پرونده  
پرستاری  
(کاغذی/  
الکترونیک)

- ۱-۶. پرونده پرستاری (کاغذی/ الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش ICU، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود امضا شده، مباحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به ارزیابی اولیه توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوطه به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۷. لیست  
کارکنان

- ۱-۷. در بخش مراقبت‌های ویژه، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
- نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
- ۲-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.
- ۳-۷. هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
- ۴-۷. یک لیست از پزشکان، متخصصان یا مشاوره‌دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه‌روز در بخش مراقبت‌های ویژه، در دسترس است.
- ۵-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.



۶-۷. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.

۷-۷. مستندات نشان می‌دهند محاسبه و چینش کارکنان در هر نوبت کاری، متناسب با نوع و وخامت بیماری، تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود می‌باشد.

۸-۱. در بخش مراقبت‌های ویژه، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:

- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات ایمنی و سلامت حرفه‌ای، بهداشت محیط، آتش‌نشانی، مدیریت خطر، مدیریت بحران، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش و رفتار، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
- معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها، بخشنامه‌های خاص این بخش، موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
- زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این بخش

## ۸. دوره توجیهی بدو ورود

۹-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.

۹-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.

۹-۳. انواعی از مهارت‌های کارکنان که باید به‌طور منظم آزمون شوند، حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- پایش همودینامیک
- محاسبات دارویی
- تحلیل نتایج آزمایش گازهای خون و سایر آزمایش‌های خونی معمول
- محاسبه سطح هوشیاری
- پیشگیری و پیگیری درمان زخم فشاری
- آشنایی کامل با تغذیه و دارودرمانی بیماران دارای سطح هوشیاری پایین
- آگاهی از کار دستگاه ونتیلاتور و تنظیمات ابتدایی
- آگاهی از نحوه مراقبت از بیماران بی‌قرار در بخش‌های ویژه
- آگاهی از وضعیت (Position) مناسب برای بیماران برحسب مورد

۹-۴. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی‌شده در آزمون توانمندی دوره‌ای کارکنان، انجام می‌گیرد.

۹-۵. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام‌شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

## ۹. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

### ۱۰. آموزش و توانمندسازی کارکنان

- ۱-۱۰. بخش مراقبت‌های ویژه یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۲-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۳-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۴-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند، موجود است.
- ۵-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام پزشکان و پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه، حداقل سالی یک بار آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - ریوی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند، موجود است.
- ۶-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۷-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان در زمینه نقش خود در ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۸-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۹-۱۰. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

### ۱۱. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

- ۱-۱۱. کتابچه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:
  - اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۱۱. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

### ۱۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها

- ۱-۱۲. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش مراقبت‌های ویژه وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت است.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای نمایه مشخص است.

۱۲-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- رعایت حقوق گیرندگان خدمت
- برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و ...).
- ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیرتعطیل)
- فرآیند پذیرش، انتقال درون و برون‌بخشی، ارجاع و ترخیص
- پاسخ‌دهی موارد بحران
- پاسخ به کد احیا
- ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به‌صورت شفاهی (به‌عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می‌شوند.
- 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 (Standing order)).
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید.
- گندزدایی سریع محل دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی
- راهنماهای طبابت بالینی حداقل در ۵ مورد از حالات وخیم و شایع (راهنماهای مورد تأیید وزارت متبوع)
- پاسخ‌های اورژانس (مانند یک موقعیت ایست قلبی - تنفسی)
- کنترل عفونت
- مراقبت پوست و حفاظت در برابر زخم‌های فشاری
- کنترل و تسکین درد
- استفاده از ابزار مهار فیزیکی و شیمیایی
- شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

۱۳. پذیرش

در بخش و

ارزیابی بیمار

۱۳-۱. اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.

۱۳-۲. اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.

۱۳-۳. در طی تمام مراحل مراقبتی بیمار، پزشک معالج بیمار مشخص شده و همه مشاوره‌ها، درمان‌ها و مراقبت‌های لازم، با اطلاع و هماهنگی وی انجام می‌پذیرد.

۱۳-۴. پزشک معالج داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در بخش، مورد بررسی قرار داده و داروهای لازم را به دستورات دارویی بیمار اضافه می‌نماید.

۱۳-۵. در بیمارستان با توجه به وضعیت بیماران بستری در هنگام پذیرش، نیازهای آنان به خدمات تسکینی و آرامبخش، درمانی، تغذیه‌ای، مددکاری اجتماعی، ارتقای سلامت، پیشگیری و بازتوانی مشخص می‌شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.

### گزارش پرستاری

۱۳-۶. یک پرستار بخش مراقبت‌های ویژه، بیمار را در بخش پذیرش نموده و جهت تداوم مراقبت موارد زیر را ثبت می‌نماید:

- شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی
- ساعت و تاریخ پذیرش در بخش
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)
- برنامه درمانی و تمام بررسی‌ها و آزمایش‌های درخواست شده توسط پزشک معالج.
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار
- نحوه ورود بیمار به بخش (به‌طور مثال با صندلی چرخ‌دار)

### گزارش پزشکی

۱۳-۷. پزشک معالج، پس از انجام ارزیابی‌ها و اقدامات لازم، موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید:

- ساعت و تاریخ انجام ویزیت
- تمام نتایج حاصل از اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی بیمار
- تمام دستورات درمانی و مراقبتی و بررسی‌ها و آزمایش‌های لازم
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک معالج

۱۴-۱. برای تمام کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

۱۴-۲. در ثبت مستندات در پرونده بیمار (یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند:

- ۱۴-۳. تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- ۱۴-۴. تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.
- ۱۴-۵. نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات و روی جلد پرونده وی ثبت می‌شوند.
- زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.
- در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- هیچ فضای خالی بین پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.
- در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
- در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط‌خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.

برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات،  
تذکر: بررسی نخواهند شد.

۱۴. پرونده بیمار

### ۱۵. ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار

- ۱-۱۵. پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که در فرآیند مراقبت از بیمار، با پزشک معالج وی همکاری می‌کنند، به منظور تجزیه و تحلیل، یکپارچه نمودن و استمرار ارزیابی‌ها و مراقبت‌ها، با یکدیگر مشارکت می‌نمایند.
- ۲-۱۵. کارکنان درمانی واجد صلاحیت، ارزیابی مجدد بیمار را در فواصل زمانی مناسب انجام داده و نتایج را در پرونده بیمار، ثبت می‌نمایند:
- پیشرفت برنامه مراقبتی طی ۲۴ ساعت اولیه از زمان پذیرش توسط پرستار
  - ثبت روند مراقبت از بیمار توسط پرستار، حداقل یک بار در هر نوبت
  - ثبت علائم حیاتی، میزان جذب و دفع و... و پیگیری انجام به موقع آزمایش‌ها و سایر اقدامات لازم، با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی بیمار، توسط پرستار
  - ثبت روزانه (در صورت لزوم و با توجه به شرایط بیمار، در فواصل زمانی کوتاه‌تر) وضعیت بیمار، تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد، توسط پزشک معالج
- ۳-۱۵. بیماران از جهت مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی و آرامبخش، به طور مستمر ارزیابی و کنترل می‌شوند.
- ۴-۱۵. رعایت بهداشت دست‌ها مطابق با پروتکل مصوب وزارت بهداشت انجام می‌گیرد.
- ۵-۱۵. اقدامات مراقبتی، براساس برنامه‌ها و دستورات ثبت شده در پرونده انجام می‌شوند.
- ۶-۱۵. در زمان ترخیص، برگه خلاصه پرونده به صورت کامل، خوانا و مطابق با خط‌مشی‌ها و روش‌های بیمارستان، تکمیل شده و نسخه‌ای از آن، به بیمار تحویل می‌گردد.
- ۷-۱۵. در زمان ترخیص، پزشک معالج بیمار، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پزشکی را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- ۸-۱۵. در زمان ترخیص، یکی از پرستاران، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پرستاری را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- ۹-۱۵. زمان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص، در پرونده بیمار ثبت و توسط پرستار، به وی توضیح داده می‌شود.
- ۱۰-۱۵. اطلاع‌رسانی و اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می‌پذیرد.

### ۱۶. دستورات دارویی

- ۱-۱۶. یک نسخه از کتاب/مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده است، در بخش مراقبت‌های ویژه در دسترس است.
- ۲-۱۶. کتابچه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها است.
- ۳-۱۶. فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می‌شود.
- ۴-۱۶. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات و کنترل دوز دارویی، توسط پرستار انجام و ثبت می‌شود.
- ۵-۱۶. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی، داروهای پرخطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت می‌شود و با درج امضای هر کارشناس، تأیید می‌گردد. داروها و فرآورده‌ها پرخطر حداقل شامل موارد ذیل هستند:
- همه مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت
  - خون و فرآورده‌های خونی

- دیگوکسین وریدی
  - انسولین
  - اولین دوز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی
  - ترکیبات تغذیه کامل وریدی
  - دوزهای کودکان از ویال‌های چنددوزی
  - کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص راه‌حل‌های نه‌گانه ایمنی بیمار)
- ۱۶-۶. بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد داده می‌شود، پیش‌بینی و مکتوب ساخته‌است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.
- ۱۶-۷. همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آنها در یک مکان مناسب و در دسترس، در بخش مراقبت‌های ویژه وجود دارد.
- ۱۶-۸. باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات‌بخش جهت مراقبت‌های اورژانسی در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های بخش مراقبت‌های ویژه تأمین شود.
- ۱۶-۹. ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارائه مراقبت‌های اورژانسی، مطابق با دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه‌روز و در تمامی قسمت‌های بخش مراقبت‌های ویژه در دسترس باشند.
- ۱۶-۱۰. سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.
- ۱۶-۱۱. پرستار مسئول داروهای مخدر، کلید را همواره نزد خود نگهداری می‌نماید.
- ۱۶-۱۲. داروهای مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار، محفوظ باشند و کلید نزد پرستار مسئول داروهای مذکور، نگهداری شود.
- ۱۷-۱. به بیماران بستری (در صورتی که شرایط بیمار اجازه دهد) و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک در مورد نوع مراقبت توسط تیم پزشکی مربوطه در نظر گرفته شده، روش‌های جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از درمان و هرگونه هزینه مورد انتظار ارائه می‌شود.
- ۱۷-۲. نام فرد یا افراد مسئول ارائه آموزش به بیماران و همراهان آنان در پرونده وی ثبت شده‌است.
- ۱۷-۳. بروشور (جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع‌ترین علل مراجعه و بستری در هر بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی درمانی مهمی که بیماران این بخش، باید رعایت نمایند، در بخش مراقبت‌های ویژه برای استفاده بیماران و همراهان آنان در دسترس است.

### ۱۷. آموزش بیمار و همراهان

## امکانات و ملزومات

- ۱۸-۱. خدمات پشتیبانی بخش اورژانس باید به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد مانند: تصویربرداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی و بانک خون
- ۱۸-۲. یک سیستم برای بازبینی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک تصویربردار طی ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.
- ۱۸-۳. فهرست آزمایش‌های اورژانس و جدول زمان‌بندی پاسخ‌دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ‌دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است.

### ۱۸. خدمات پشتیبانی بخش‌های پاراکلینیک

۱۸-۴. امکان دریافت پاسخ آزمایش‌های اورژانسی در زمان معین مطابق با الزامات تعیین‌شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتباً با آزمایشگاه توافق شده است.

۱۹-۱. ترالی اورژانس در دسترس بوده مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت، حداقل حاوی موارد ذیل است:

### ۱۹. ترالی اورژانس

- دفیبریلاتور
  - مانیتور قلبی، پالس اکسیمتر و امکانات پیس‌میکر موقت
  - داروهای اورژانس
  - لوله‌هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها
  - لوله‌تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یک‌بار مصرف)
  - آمبویگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
  - لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در تمامی اندازه‌ها
  - باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
  - تخته احیا (بک‌بورد) اطفال و بزرگسال
  - ساکشن
  - کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)
- ۱۹-۲. مستندات نشان می‌دهند که پرستار مسئول از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۱۹-۳. شواهد مستند نشان می‌دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

۲۰-۱. کارکنان، امکانات و تجهیزات مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.

### ۲۰. امکانات

- ۲۰-۲. امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبت‌های اورژانسی مقدور است.
- ۲۰-۳. هر تخت یک سیستم فراخوان اضطراری پرستار دارد.
- ۲۰-۴. همه پریزهای یوپی‌اس به‌وضوح مشخص هستند.
- ۲۰-۵. اتاق درمان در بخش وجود دارد.
- ۲۰-۶. در بخش اتاق ایزولاسیون برای جداسازی بیماران عفونی، وجود دارد.
- ۲۰-۷. اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۲۰-۸. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۲۰-۹. امکان رعایت بهداشت دست‌ها مطابق پروتکل مصوب وزارت بهداشت وجود دارد.

## ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۲۱-۱. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس و سالم است.
- ۲۱-۲. داخل بخش مراقبت‌های ویژه، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهداری و جایی که سریعاً جوابگو باشند، وجود دارد.
- ۲۱-۳. نگهبان در زمان مورد نیاز در بخش مراقبت‌های ویژه، فوراً در دسترس است.
- ۲۱-۴. نگهبان دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده‌است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.
- ۲۱-۵. دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران بخش مراقبت‌های ویژه، کنترل‌شده و محصور است.

### ۲۱. ایمنی فیزیکی

- ۲۲-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به بخش مراقبت‌های ویژه می‌باشد، در دسترس است.
- ۲۲-۲. برنامه بهبود کیفیت این بخش، هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۲۲-۳. برنامه بهبود کیفیت شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۲۲-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۲۲-۵. مستندات نشان‌می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

### ۲۲. بهبود کیفیت

- ۲۳-۱. داده‌های بخش مراقبت‌های ویژه، جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲۳-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده‌است.
- ۲۳-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.
- ۲۳-۴. ممیزی انجام می‌شود.
- ۲۳-۵. تحلیل نتایج ممیزی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۲۳-۶. در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

### ۲۳. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها



# بخش مراقبت‌های ویژه قلبی (CCU)





# بخش مراقبت‌های ویژه قلبی (CCU)

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۱-۲. در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. تمام کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان، از رسالت و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

### ۱. برنامه استراتژیک

- ۲-۱. شرایط احراز ریاست بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی قلب
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی داخلی و حداقل ۲ سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی.

### ۲. رئیس بخش

- ۳-۱. شرایط احراز برای سرپرستار بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت متبوع) و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت‌های ویژه قلبی
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی و حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت متبوع) و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت‌های ویژه قلبی
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت‌های ویژه قلبی
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت‌های ویژه قلبی

### ۳. سرپرستار بخش

- ۴-۱. بخش مراقبت‌های ویژه قلبی در تمام اوقات شبانه‌روز و در تمامی روزهای هفته از حضور پزشک مقیم برخوردار است.

### ۴. پزشک مقیم

- ۵-۱. شرایط لازم برای پرستاران مسئول شیفت در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت‌های ویژه قلبی و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت‌های ویژه قلبی

### ۵. پرستار مسئول شیفت

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

### ۶. پرونده پرسنلی (کاغذی/ الکترونیک)

- ۱-۶. پرونده پرسنلی (کاغذی/ الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود امضا شده مباحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به ارزیابی اولیه توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوطه به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

### ۷. لیست کارکنان

- ۱-۷. در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
- نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
- ۲-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.
- ۳-۷. هر یک از کارکنان بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به‌جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
- ۴-۷. یک لیست از پزشکان، متخصصان یا مشاوره‌دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه‌روز در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، در دسترس است.
- ۵-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.
- ۶-۷. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت شبانه‌روزی است، برنامه‌ریزی انجام شده است.
- ۷-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش کارکنان در هر نوبت کاری، متناسب با نوع و وخامت بیماری، تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود می‌باشد.

### ۸. دوره توجیهی بدو ورود

۸-۱. در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:

- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت خطر، مدیریت بحران، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
- معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
- زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این بخش

### ۹. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

۹-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان انجام می‌شود.

۹-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.

۹-۳. انواعی از مهارت‌های کارکنان که باید به‌طور منظم آزمون شوند، حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- پایش همودینامیک
  - محاسبات دارویی
  - دفیبریلاسیون/ کاردیوورژن
  - تشخیص و درمان ریتم‌های قلبی غیرطبیعی
  - پالس اکسیمتری
  - تحلیل نتایج آزمایش گازهای خون و سایر آزمایش‌های خونی معمول
  - پیشگیری و پیگیری درمان زخم فشاری
  - آگاهی از وضعیت (Position) مناسب بیماران بر حسب مورد
  - آگاهی از کار دستگاه ونتیلاتور و تنظیمات ابتدایی
- ۹-۴. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۹-۵. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

### ۱۰. آموزش و توانمندسازی کارکنان

۱۰-۱. بخش مراقبت‌های ویژه قلبی یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.

۱۰-۲. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

- ۳-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۴-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند، موجود است.
- ۵-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام پزشکان و پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، حداقل سالی یک بار آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند، موجود است.
- ۶-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۷-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند همه کارکنان در زمینه نقش خود در ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۸-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، ایمنی، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۹-۱۰. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

- ۱-۱۱. کتابچه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:
- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۱۱. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور(جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱۱. کتابچه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

- ۱-۱۲. یک کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت است.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه/مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه/مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای نمایه مشخص است.
- ۲-۱۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:
- رعایت حقوق گیرندگان خدمت
  - برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی(مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و ...)
  - ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته(اعم از تعطیل و غیرتعطیل)

۱۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها

- فرآیند پذیرش، انتقال درون و برون‌بخشی، ارجاع و ترخیص
- پاسخ‌دهی موارد بحران
- پاسخ به کد احیا
- ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به‌صورت شفاهی (به‌عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می‌شوند.
- 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 (Standing order).
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید.
- گندزدایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی
- راهنماهای طبابت بالینی حداقل در ۵ مورد از حالات وخیم و شایع (راهنماهای مورد تأیید وزارت بهداشت)
- پاسخ‌های اورژانس (مانند یک موقعیت ایست قلبی - تنفسی)
- پروتکل دادن ترومبولیتیک‌ها
- مدیریت بیماری‌های شایع
- کنترل عفونت
- مراقبت پوست و حفاظت در برابر زخم‌های فشاری
- کنترل و تسکین درد
- استفاده از مهار فیزیکی و شیمیایی
- ایمنی بیمار
- شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر). قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی.

## ۱۳. پذیرش

## در بخش و

## ارزیابی بیمار

- ۱-۱۳. اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.
- ۲-۱۳. اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.
- ۳-۱۳. در طی تمام مراحل مراقبتی بیمار، پزشک معالج بیمار مشخص شده و همه مشاوره‌ها، درمان‌ها و مراقبت‌های لازم، با اطلاع و هماهنگی وی انجام می‌پذیرد.
- ۴-۱۳. پزشک معالج داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در بخش، مورد بررسی قرار داده و داروهای لازم را به دستورات دارویی بیمار اضافه می‌نماید.
- ۵-۱۳. در بیمارستان با توجه به وضعیت بیماران بستری در هنگام پذیرش، نیازهای آنان به خدمات تسکینی، درمانی، تغذیه‌ای و مددکاری اجتماعی، ارتقای سلامت، پیشگیری و بازتوانی مشخص می‌شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.

### گزارش پرستاری

۱۳-۶. یک پرستار با مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، بیمار را در بخش پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می‌نماید:

- شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی
- ساعت و تاریخ پذیرش در بخش
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)
- برنامه درمانی و همه بررسی‌ها و آزمایش‌های درخواست شده توسط پزشک معالج
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار
- نحوه ورود بیمار به بخش (به عنوان مثال با صندلی چرخ دار)

### گزارش پزشکی

۱۳-۷. پزشک معالج، پس از انجام ارزیابی‌ها و اقدامات لازم، موارد زیر را در پرونده بیمار همراه با مهر و امضا ثبت می‌نماید:

- ساعت و تاریخ انجام ویزیت
- تمام نتایج حاصل از اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی بیمار
- تمام دستورات درمانی و مراقبتی و بررسی‌ها و آزمایش‌های لازم
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک معالج

۱۴-۱. برای تمام کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

۱۴. پرونده بیمار

۱۴-۲. در ثبت مستندات در پرونده بیمار (یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند:

- تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.
- نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات و روی جلد پرونده وی ثبت می‌شوند.
- زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.
- در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.
- در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
- در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.
- شواهد مستندی از عملکرد تریاژ، در پرونده پزشکی بیماران وجود دارد.

برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات،  
تذکر: بررسی نخواهند شد.



۱-۱۵. پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که در فرآیند مراقبت از بیمار، با پزشک معالج وی همکاری می‌کنند، به منظور تجزیه و تحلیل، یکپارچه نمودن و استمرار ارزیابی‌ها و مراقبت‌ها، با یکدیگر مشارکت می‌نمایند.

۲-۱۵. کارکنان درمانی واجد صلاحیت، ارزیابی مجدد بیمار را در فواصل زمانی مناسب انجام داده و نتایج را در پرونده بیمار، ثبت می‌نمایند:

- پیشرفت برنامه مراقبتی طی ۲۴ ساعت اولیه از زمان پذیرش توسط پرستار
  - ثبت گزارش‌های سیر بیماری توسط پرستار، حداقل یک بار در هر نوبت
  - ثبت علائم حیاتی، میزان جذب و دفع و ... و پیگیری انجام به موقع آزمایش‌ها و سایر اقدامات لازم، با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی بیمار، توسط پرستار
  - ثبت روزانه (در صورت لزوم و با توجه به شرایط بیمار، در فواصل زمانی کوتاه‌تر) وضعیت بیمار، تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد، توسط پزشک معالج
- ۳-۱۵. بیماران از جهت مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی، به طور مستمر ارزیابی و کنترل می‌شوند.
- ۴-۱۵. رعایت بهداشت دست‌ها مطابق با پروتکل مصوب وزارت بهداشت انجام می‌گیرد.
- ۵-۱۵. اقدامات مراقبتی، براساس برنامه‌ها و دستورات ثبت شده در پرونده انجام می‌شوند. در زمان ترخیص، برگه خلاصه پرونده به صورت کامل، خوانا و مطابق با خط‌مشی‌ها و روش‌های بیمارستان، تکمیل شده و نسخه‌ای از آن، به بیمار تحویل می‌گردد.
- ۶-۱۵. در زمان ترخیص، پزشک معالج بیمار، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پزشکی را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- ۷-۱۵. در زمان ترخیص، یکی از پرستاران، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پرستاری را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- ۸-۱۵. زمان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص در پرونده بیمار ثبت و توسط پرستار، به وی توضیح داده شده است.
- ۹-۱۵. اطلاع‌رسانی و اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می‌پذیرد.

- ۱-۱۶. یک نسخه از کتاب دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده است، در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی در دسترس است.
- ۲-۱۶. کتابچه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها است.
- ۳-۱۶. فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می‌شود.
- ۴-۱۶. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات و کنترل دوز دارویی، توسط پرستار انجام و ثبت می‌شود.
- ۵-۱۶. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی، داروهای پرخطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت می‌شود و با درج امضای هر کارشناس، تأیید می‌گردد. داروها و فرآورده‌های خطرناک حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- تمام مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت
- دیگوکسین وریدی

- انسولین
  - اولین دوز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی
  - ترکیبات تغذیه کامل وریدی
  - دوزهای کودکان از ویال‌های چنددوزی
  - خون و فرآورده‌های خونی
  - کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص راه‌حل‌های نه‌گانه ایمنی بیمار)
- ۱۶-۶. بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد درست داده‌می‌شود، پیش‌بینی و مکتوب ساخته‌است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.
- ۱۶-۷. همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آنها در یک مکان مناسب و در دسترس، در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی وجود دارد.
- ۱۶-۸. باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات‌بخش جهت مراقبت اورژانس در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های بخش مراقبت‌های ویژه قلبی تأمین شود.
- ۱۶-۹. ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارائه مراقبت‌های اورژانسی، مطابق با دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمام اوقات شبانه‌روز و در تمام قسمت‌های بخش مراقبت‌های ویژه قلبی در دسترس باشند.
- ۱۶-۱۰. سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.
- ۱۶-۱۱. داروهای مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار، محفوظ باشند و کلید نزد پرستار مسئول داروهای مذکور، نگهداری شود.

### ۱۷. آموزش بیمار و همراهان

- ۱۷-۱. به بیماران بستری (در صورتی که شرایط بیمار اجازه دهد) و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک در مورد نوع مراقبت در نظر گرفته شده، روش‌های جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از درمان و هرگونه هزینه مورد انتظار ارائه می‌شود.
- ۱۷-۲. نام فرد یا افراد مسئول ارائه آموزش به بیماران و همراهان آنان در پرونده بیمار ثبت شده‌است.
- ۱۷-۳. بروشور (جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع‌ترین علل مراجعه و بستری در هر بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی درمانی مهمی که بیماران این بخش، باید رعایت نمایند، در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی برای استفاده بیماران و همراهان آنان در دسترس است.

## امکانات و ملزومات

- ۱۸-۱. خدمات پشتیبانی بخش مراقبت‌های ویژه قلبی باید به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد مانند تصویربرداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی، بانک خون و اکوی قابل حمل
- ۱۸-۲. یک سیستم برای بازبینی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک تصویربردار در طی ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.
- ۱۸-۳. فهرست آزمایش‌های اورژانس و جدول زمان‌بندی پاسخ‌دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ‌دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است.

### ۱۸. خدمات پشتیبانی بخش‌های پاراکلینیک

۱۸-۴. امکان دریافت پاسخ آزمایش‌های اورژانسی در زمان معین مطابق با الزامات تعیین‌شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتباً با آزمایشگاه توافق شده‌است.

۱۹-۱. ترالی اورژانس مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت در دسترس بوده، حداقل حاوی موارد ذیل است:

### ۱۹. ترالی اورژانس

- دفیبریلاتور
  - مانیتور قلبی، پالس اکسیمتر و امکانات پیس‌میکر موقت
  - داروهای اورژانس
  - لوله‌هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها
  - لوله‌تراشه برای کودکان و بزرگسالان (یک‌بار مصرف)
  - آمبویگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
  - لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در تمامی اندازه‌ها
  - باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
  - تخت‌احیا (بک‌بورد) اطفال و بزرگسال
  - ساکشن
  - کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)
- ۱۹-۲. مستندات نشان‌می‌دهند که پرستار مسئول از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۱۹-۳. شواهد مستند نشان‌می‌دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

- ۲۰-۱. کارکنان، امکانات و تجهیزات مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.
- ۲۰-۲. امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبت‌های اورژانسی مقدور است.
- ۲۰-۳. هر تخت یک سیستم فراخوان اضطراری پرستار دارد.
- ۲۰-۴. همه پریزهای یوپی‌اس به‌وضوح مشخص هستند.
- ۲۰-۵. اتاق درمان در بخش وجود دارد.
- ۲۰-۶. در بخش اتاق ایزولاسیون برای جداسازی بیماران عفونی، وجود دارد.
- ۲۰-۷. در بخش یک اتاق برای جداسازی بیماران اعصاب و روانی که نیازمند جداسازی هستند، وجود دارد.
- ۲۰-۸. اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۲۰-۹. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۲۰-۱۰. امکان رعایت بهداشت دست‌ها مطابق پروتکل مصوب وزارت بهداشت وجود دارد.

### ۲۰. امکانات

## ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

### ۲۱. ایمنی فیزیکی

- ۱-۲۱. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس و سالم می‌باشد.
- ۲-۲۱. داخل بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهداری و جایی که سریعاً جوابگو باشند، وجود دارد.
- ۳-۲۱. نگهدارنده در زمان مورد نیاز در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، فوراً در دسترس است.
- ۴-۲۱. نگهدارنده دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده‌است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.
- ۵-۲۱. دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، کنترل شده و محصور است.

### ۲۲. بهبود کیفیت

- ۱-۲۲. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد، در دسترس است.
- ۲-۲۲. برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۳-۲۲. برنامه بهبود کیفیت شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۴-۲۲. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۵-۲۲. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

### ۲۳. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

- ۱-۲۳. داده‌های بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲-۲۳. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده‌است.
- ۳-۲۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.
- ۴-۲۳. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۵-۲۳. تحلیل نتایج ممیزی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۶-۲۳. در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

# بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU)





# بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU)

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۱-۲. در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. تمام کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

- ۱-۲. شرایط احراز ریاست بخش مراقبت ویژه نوزادان، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:

- دارا بودن مدرک دکترای فوق تخصصی نوزادان
- دارا بودن مدرک دکترای تخصصی کودکان و حداقل ۲ سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه نوزادان

۲. رئیس  
بخش

- ۱-۳. شرایط احراز برای سرپرستار بخش مراقبت ویژه نوزادان، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:

- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه نوزادان به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت) و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت ویژه نوزادان
- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه نوزادان به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت) و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت ویژه نوزادان
- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه نوزادان و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت ویژه نوزادان
- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه نوزادان و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت ویژه نوزادان

۳. سرپرستار  
بخش

- ۱-۴. بخش مراقبت ویژه نوزادان در تمام اوقات شبانه‌روز و در تمامی روزهای هفته از حضور پزشک مقیم برخوردار است.

۴. پزشک  
مقیم

۵. پرستار  
مسئول شیفت

- ۱-۵. شرایط لازم برای پرستاران مسئول شیفت در بخش مراقبت ویژه نوزادان، عبارت است از:
- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۶. پرونده  
پرستاری  
(کاغذی /  
الکترونیک)

- ۱-۶. پرونده پرستاری (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش مراقبت ویژه نوزادان، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک‌لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود مباحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به ارزیابی اولیه توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوطه به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۷. لیست  
کارکنان

- ۱-۷. در بخش مراقبت ویژه نوزادان، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
- نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
- ۲-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام، نام خانوادگی و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.
- ۳-۷. هر یک از کارکنان بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
- ۴-۷. یک لیست از پزشکان، متخصصان یا مشاوره‌دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه‌روز در بخش مراقبت ویژه نوزادان، در دسترس است.
- ۵-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت بر تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود است.



۸. دوره  
توجیهی  
بدو ورود

۸-۱. در بخش مراقبت ویژه نوزادان، یک کتابچه / مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:

- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، بهداشت محیط، آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش و رفتار، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
- معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
- زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این بخش.

۹. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

۹-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه / دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.

۹-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.

۹-۳. انواعی از مهارت‌های کارکنان که باید به‌طور منظم آزمون شوند، حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- پایش همودینامیک
- محاسبات دارویی
- تشخیص و درمان ریتم‌های قلبی غیرطبیعی
- تحلیل نتایج آزمایش گازهای خون و سایر آزمایش‌های خونی معمول
- لوله‌گذاری تنفسی نوزادان
- تنظیمات ابتدایی ونتیلاتور نوزادان
- احیای نوزاد
- پیشگیری و درمان زخم فشاری
- آگاهی از وضعیت (Position) مناسب بیماران برحسب مورد
- اکسیژن‌تراپی و حمایت‌های تنفسی
- مراقبت از مسیره‌های ناف
- کنترل درد
- مراقبت‌های حرارتی

۹-۴. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.

۹-۵. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام‌شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۱۰. آموزش و توانمندسازی کارکنان

- ۱-۱۰. بخش مراقبت ویژه نوزادان یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۲-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۳-۱۰. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۴-۱۰. تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.
- ۵-۱۰. تمام پزشکان و پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان، حداقل سالی یک بار، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته و استفاده از ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند.
- ۶-۱۰. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۷-۱۰. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۸-۱۰. تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، ایمنی، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند.
- ۹-۱۰. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

۱۱. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

- ۱-۱۱. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:
  - اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۱۱. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها

- ۱-۱۲. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش مراقبت ویژه نوزادان وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت است.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای نمایه مشخص است.

۱۲-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- رعایت حقوق گیرندگان خدمت
- برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی و ارزش‌ها و اعتقادات و زبان والدین یا همراهان)
- ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیرتعطیل)
- فرآیند پذیرش، انتقال درون و برون‌بخشی، ارجاع و ترخیص
- پاسخ‌دهی موارد بحران
- کد احیا
- ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به‌صورت شفاهی (به‌عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می‌شوند.
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید.
- گذردایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی
- راهنماهای طبابت بالینی حداقل در ۵ مورد از حالات وخیم و شایع (راهنماهای مورد تأیید وزارت بهداشت)
- پاسخ‌های اورژانس (مانند یک موقعیت ایست قلبی - تنفسی)
- مدیریت بیماری‌های شایع
- کنترل عفونت
- رعایت بهداشت دست‌ها مطابق با پروتکل مصوب وزارت بهداشت.
- زخم فشاری نوزاد
- نوزادآزاری
- کنترل و تسکین درد
- تنظیم و آماده‌سازی انکوباتور و مراقبت حرارتی (راهنمای کار با انکوباتور)
- ساعات ملاقات
- شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

- ۱۳-۱. اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.
- ۱۳-۲. اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.
- ۱۳-۳. در طی همه مراحل مراقبتی بیمار، پزشک معالج بیمار مشخص شده و تمام مشاوره‌ها، درمان‌ها و مراقبت‌های لازم، با اطلاع و هماهنگی وی انجام می‌پذیرد.
- ۱۳-۴. پزشک معالج داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در بخش، مورد بررسی قرار داده و داروهای لازم را به دستورات دارویی بیمار اضافه می‌نماید.

۱۳. پذیرش  
در بخش و  
ارزیابی بیمار

۱۳-۵. در بیمارستان با توجه به وضعیت بیماران بستری در هنگام پذیرش، نیازهای آنان به خدمات تسکینی، درمانی، تغذیه‌ای و مددکاری اجتماعی، ارتقای سلامت، پیشگیری و بازتوانی مشخص می‌شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.

### گزارش پرستاری

۱۳-۶. یک پرستار با مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، بیمار را در بخش پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می‌نماید:

- شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی
- ساعت و تاریخ پذیرش در بخش و نحوه انتقال، مرکز مبدأ، وزن نوزاد، سن بارداری
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)
- برنامه درمانی و تمام بررسی‌ها و آزمایش‌های درخواست شده توسط پزشک معالج.
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار
- نحوه ورود بیمار به بخش

### گزارش پزشکی

۱۳-۷. پزشک معالج، پس از انجام ارزیابی‌ها و اقدامات لازم، موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید:

- ساعت و تاریخ انجام ویزیت
- تمام نتایج حاصل از اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی بیمار
- تمام دستورات درمانی و مراقبتی با ذکر شماره و بررسی‌ها و آزمایش‌های لازم
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به همراهان وی توسط پزشک معالج

۱۴-۱. برای همه کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

۱۴-۲. در ثبت مستندات در پرونده بیمار (یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند:

- تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.
- نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات و روی جلد پرونده وی ثبت می‌شوند.
- زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.
- در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- هیچ فضای خالی بین پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.
- در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
- در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.

تذکر: برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

۱۵. ارزیابی و  
مراقبت مستمر  
از بیمار

۱-۱۵. پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که در فرآیند مراقبت از بیمار، با پزشک معالج وی همکاری می‌کنند، به‌منظور تجزیه و تحلیل، یکپارچه نمودن و استمرار ارزیابی‌ها و مراقبت‌ها، با یکدیگر مشارکت می‌نمایند.  
۲-۱۵. کارکنان درمانی واجد صلاحیت، ارزیابی مجدد بیمار را در فواصل زمانی مناسب انجام داده و نتایج را در پرونده بیمار، ثبت می‌نمایند:

- پیشرفت برنامه مراقبتی طی ۲۴ ساعت اولیه از زمان پذیرش توسط پرستار
  - ثبت گزارش‌های سیر بیماری توسط پرستار، حداقل یک بار در هر نوبت
  - ثبت علائم حیاتی، میزان جذب و دفع و... و پیگیری انجام به‌موقع آزمایش‌ها و سایر اقدامات لازم، با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی بیمار، توسط پرستار
  - ثبت روزانه (در صورت لزوم و با توجه به شرایط بیمار، در فواصل زمانی کوتاه‌تر) وضعیت بیمار، تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد، توسط پزشک معالج
- ۳-۱۵. بیماران از جهت مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی، به‌طور مستمر ارزیابی و کنترل می‌شوند.

- ۴-۱۵. اقدامات مراقبتی، براساس برنامه‌ها و دستورات ثبت‌شده در پرونده انجام می‌شوند.
- ۵-۱۵. در زمان ترخیص، برگه خلاصه پرونده به‌صورت کامل، خوانا و مطابق با خط‌مشی‌ها و روش‌های بیمارستان، تکمیل شده و نسخه‌ای از آن، به همراه بیمار تحویل می‌گردد.
- ۶-۱۵. در زمان ترخیص، پزشک معالج بیمار، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پزشکی را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه‌نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- ۷-۱۵. در زمان ترخیص، یکی از پرستاران، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پرستاری را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به همراه بیمار ارائه‌نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- ۸-۱۵. زمان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص، در پرونده بیمار ثبت و توسط پرستار، به همراه وی توضیح داده می‌شود.
- ۹-۱۵. اطلاع‌رسانی و اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می‌پذیرد.

۱۶. دستورات  
دارویی

- ۱-۱۶. یک نسخه از کتاب/ مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده‌است، در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در دسترس است.
- ۲-۱۶. کتابچه/ مجموعه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها است.
- ۳-۱۶. فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می‌شود.
- ۴-۱۶. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات و کنترل دوز دارویی، توسط پرستار انجام و ثبت می‌شود.
- ۵-۱۶. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی، داروهای پرخطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت می‌شود و با درج امضای هر کارشناس، تأیید می‌گردد. داروها و فرآورده‌های خطرناک حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- تمام مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت
- دیگوکسین وریدی

- انسولین
  - اولین دوز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی
  - ترکیبات تغذیه کامل وریدی
  - دوزهای کودکان از ویال‌های چنددوزی
  - خون و فرآورده‌های خونی
  - کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت درخصوص راه‌حل‌های نه‌گانه ایمنی بیمار)
- ۶-۱۶. بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد درست داده می‌شود، پیش‌بینی و مکتوب ساخته‌است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.
- ۷-۱۶. همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آنها در یک مکان مناسب و در دسترس، در بخش مراقبت ویژه نوزادان وجود دارد.
- ۸-۱۶. باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات‌بخش جهت بخش مراقبت ویژه نوزادان در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های بخش مراقبت ویژه نوزادان تأمین شود.
- ۹-۱۶. ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارائه مراقبت‌های اورژانسی، مطابق با دستورالعمل‌ها و آئین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه‌روز و در تمامی قسمت‌های بخش مراقبت ویژه نوزادان در دسترس باشند.
- ۱۰-۱۶. سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.
- ۱۱-۱۶. پرستار مسئول داروهای مخدر، کلید را همواره نزد خود نگهداری می‌نماید.
- ۱۲-۱۶. داروهای مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار، محفوظ باشند و کلید نزد پرستار مسئول داروهای مذکور، نگهداری شود.
- ۱-۱۷. به والدین بیمار توضیحات مناسب و قابل درک درمورد نوع مراقبت در نظر گرفته‌شده، روش‌های جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از درمان و هرگونه هزینه مورد انتظار ارائه می‌شود.
- ۲-۱۷. نام فرد یا افراد مسئول ارائه آموزش به والدین آنان در پرونده بیمار ثبت شده‌است.
- ۳-۱۷. بروشور (جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع‌ترین علل مراجعه و بستری در هر بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی‌درمانی مهمی که در این بخش، باید رعایت شوند، در بخش مراقبت ویژه نوزادان برای استفاده همراهمان در دسترس است.

۱۷. آموزش  
همراهان

## امکانات و ملزومات

- ۱-۱۸. خدمات پشتیبانی بخش مراقبت ویژه نوزادان باید به‌صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد مانند:
- تصویربرداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی و بانک خون
- ۲-۱۸. یک سیستم برای بازبینی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک تصویربردار طی ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.
- ۳-۱۸. فهرست آزمایش‌های اورژانس و جدول زمان‌بندی پاسخ‌دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ‌دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است.

۱۸. خدمات  
پشتیبانی  
بخش‌های  
پاراکلینیک

۱۸-۴. امکان دریافت پاسخ آزمایش‌های اورژانسی در زمان معین مطابق با الزامات تعیین‌شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتباً با آزمایشگاه توافق شده‌است.

۱۹-۱. تالی اورژانس مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت در دسترس بوده، حداقل حاوی موارد ذیل است:

- مانیتور قلبی و پالس اکسیمتر
- داروهای اورژانس
- لوله هوایی (Air Way) نوزادان
- لوله تراشه برای نوزادان (یکبار مصرف)
- آمبویگ مناسب برای نوزادان
- لارنگوسکوپ با تیغه مناسب نوزادان
- باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
- تختة احیا (بک‌بورد) اطفال
- ساکشن
- کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)

۱۹-۲. مستندات نشان‌می‌دهند که پرستار مسئول از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات تالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.

۲۰-۱. کارکنان، امکانات و تجهیزات مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.

۲۰-۲. امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبت‌های اورژانسی مقدور است.

۲۰-۳. هر تخت یک سیستم فراخوان اضطراری دارد.

۲۰-۴. همه پریزهای یوپی‌اس به‌وضوح مشخص هستند.

۲۰-۵. اتاق درمان در بخش وجود دارد.

۲۰-۶. اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.

۲۰-۷. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.

۲۰-۸. در بخش، اتاق ایزولاسیون برای جداسازی بیماران عفونی وجود دارد.

۲۰-۹. امکان رعایت بهداشت دست‌ها مطابق پروتکل مصوب وزارت بهداشت وجود دارد.

## ۱۹. تالی اورژانس

## ۲۰. امکانات

## ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

۲۱-۱. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس و سالم است.

۲۱-۲. داخل بخش مراقبت ویژه نوزادان، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهداری و جایی که سریعاً جوابگو باشند، وجود دارد.

۲۱-۳. نگهبان در زمان مورد نیاز در بخش مراقبت ویژه نوزادان، فوراً در دسترس می‌باشد.

۲۱-۴. نگهبان دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده‌است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.

۲۱-۵. دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران بخش مراقبت ویژه نوزادان، کنترل‌شده و محصور است.

## ۲۱. ایمنی فیزیکی

- ۲۲-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد، در دسترس است.
- ۲۲-۲. برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، است.
- ۲۲-۳. برنامه بهبود کیفیت شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۲۲-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۲۲-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

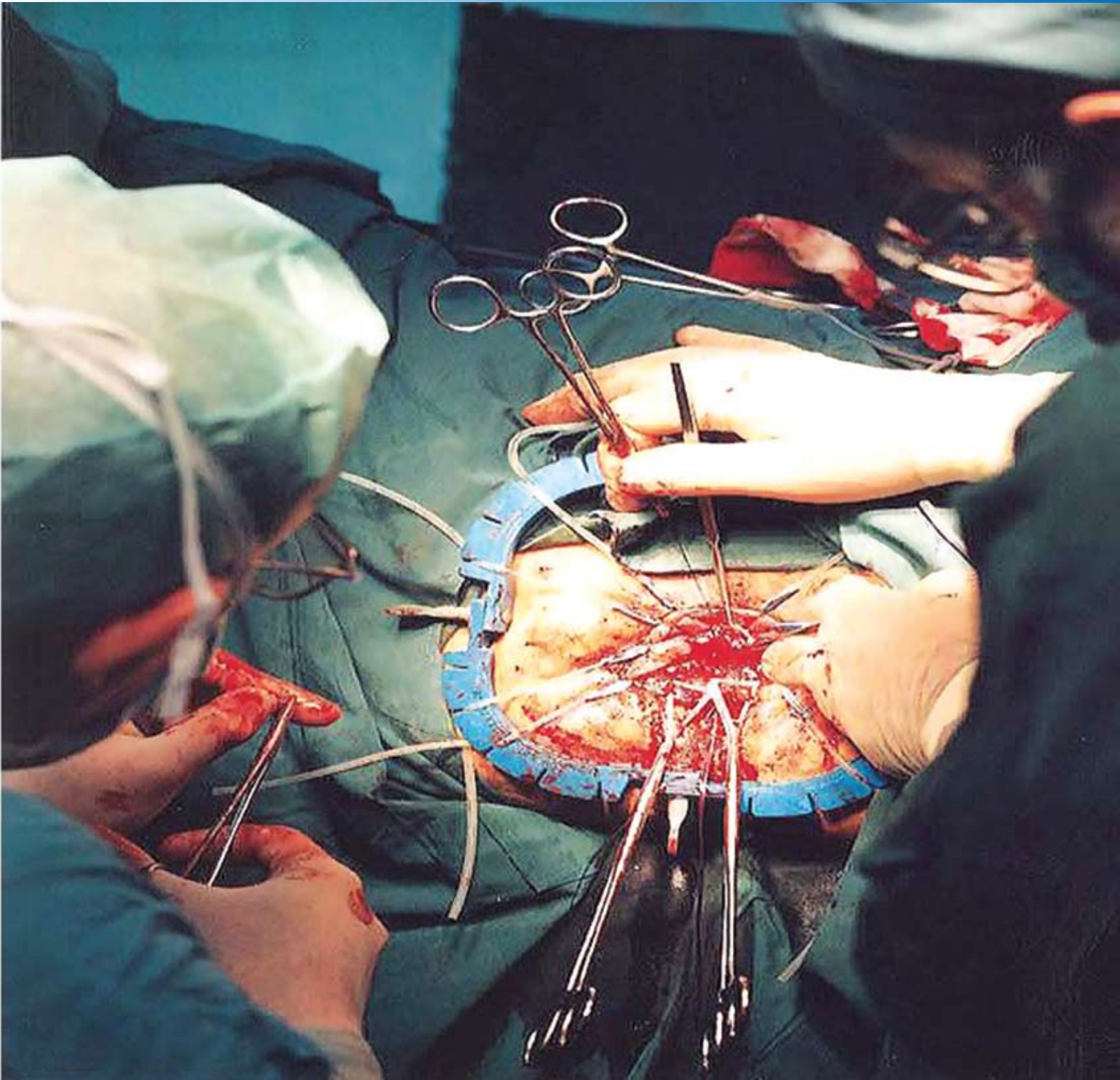
**۲۲. بهبود  
کیفیت**

- ۲۳-۱. داده‌های بخش مراقبت ویژه نوزادان، جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲۳-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۲۳-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.
- ۲۳-۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۲۳-۵. تحلیل نتایج ممیزی داخلی، طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۲۳-۶. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

**۲۳. جمع‌آوری  
و تحلیل  
داده‌ها**



# بخش جراحی





# بخش جراحی

## مدیریت و سازماندهی

۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.  
۱-۲. در بخش جراحی، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.  
۳-۱. تمام کارکنان بخش جراحی، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

۱-۲. شرایط احراز ریاست بخش جراحی، حداقل عبارت است از:  
• دارا بودن مدرک دکترای تخصصی جراحی مرتبط

۲. رئیس  
بخش

۱-۳. شرایط احراز برای سرپرستار بخش جراحی، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:  
• دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی ارشد پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش جراحی به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت) و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش جراحی  
• دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش جراحی و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش جراحی به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت)

۳. سرپرستار  
بخش

• دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش جراحی و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش جراحی  
• دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش جراحی و ۱ سال سابقه کار در بخش جراحی

در بخش جراحی زنان، ماما نیز با احراز شرایط مندرج در راهنمای استاندارد، می‌تواند به‌عنوان مامای مسئول بخش منصوب گردد.  
تذکر:

۱-۴. پزشک مقیم متناسب با بخش تخصصی، در تمام بخش‌های جراحی، در تمام اوقات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته حضور دارد.

۴. پزشک  
مقیم

با توجه به اینکه در بلوک زایمان حضور ۲۴ ساعته پزشک مقیم، ضروری است، مشخص بودن پزشک آنکال در بخش جراحی زنان، قابل پذیرش است.  
تذکر:

۵. پرستار  
مسئول شیفت

- ۵-۱. شرایط لازم برای پرستاران مسئول شیفت در بخش جراحی، عبارت است از:
- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش جراحی و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش جراحی
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش جراحی

در بخش جراحی زنان، ماما نیز با احراز شرایط مندرج در راهنمای استاندارد، می‌تواند  
تذکره: به‌عنوان مامای مسئول شیفت منصوب گردد.

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۶. پرونده  
پرستاری  
(کاغذی /  
الکترونیک)

- ۶-۱. پرونده پرستاری (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش جراحی، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک‌لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۷. لیست  
کارکنان

- ۷-۱. در بخش جراحی، لیستی از همه کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
- نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
- ۷-۲. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام، نام خانوادگی و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.
- ۷-۳. در بخش جراحی زنان، مستندات حاکی از حضور ماما در تمام نوبت‌های کاری هستند.
- ۷-۴. هر یک از کارکنان بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به‌جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
- ۷-۵. یک لیست از پزشکان، متخصصان و مشاوره‌دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه‌روز در بخش جراحی، در دسترس است.

- ۶-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده‌است.
- ۷-۷. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.
- ۸-۷. مستنداتی که نشان‌می‌دهند محاسبه و چینش کارکنان در هر نوبت کاری متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود است.

- ۸-۱. در بخش جراحی، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی).
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این بخش

#### ۸. دوره توجیهی بدو ورود

- ۹-۱. مستندات نشان‌می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۹-۲. مستندات نشان‌می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای همه کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۹-۳. مستندات نشان‌می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۹-۴. مستندات نشان‌می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام‌شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

#### ۹. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

- ۱۰-۱. بخش جراحی یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۱۰-۲. مستنداتی که نشان‌می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۱۰-۳. مستنداتی که نشان‌می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۱۰-۴. تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.

#### ۱۰. آموزش و توانمندسازی کارکنان

۵-۱۰. تمام پزشکان و پرستاران بخش جراحی، حداقل سالی یک بار، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند.

۶-۱۰. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.

۷-۱۰. همه کارکنان در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.

۸-۱۰. تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند.

۹-۱۰. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی، انجام می‌دهند.

۱-۱۱. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۱۱. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱-۱۲. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش جراحی وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
- خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- کتابچه / مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
- کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص است.

۲-۱۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- رعایت حقوق گیرندگان خدمت
- برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و ...).
- ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیر تعطیل)
- فرآیند پذیرش، انتقال درون و برون‌بخشی، ارجاع و ترخیص
- پاسخ‌دهی موارد بحران
- کد احیا

۱۱. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

۱۲. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- کنترل عفونت
- تزریق خون
- مایع درمانی
- آنتی بیوتیک تراپی
- انواع پانسمان زخم
- انواع درن
- Chest tube
- کولستومی
- تراکتوستومی
- ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به صورت شفاهی (به عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می شوند.
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت.
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می نماید.
- گذردایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی.
- راهنماهای طبابت بالینی حداقل در پنج مورد از حالات وخیم و شایع در مراجعه کنندگان به بخش جراحی عمومی (راهنماهای مورد تأیید وزارت بهداشت).
- تفکیک تخت های بارداری های پرخطر، جراحی زنان، بیماران post.op (پس از عمل جراحی)، post partum (مرحله پس از زایمان) [این خط مشی و روش مخصوص زنان و زایمان است].
- 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 فرآورده های خونی.

- ۱۳-۱. اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک و تکمیل فرم های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می گیرد.
- ۱۳-۲. اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار و تکمیل فرم های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می گیرد.
- ۱۳-۳. در طی تمام مراحل مراقبتی بیمار، پزشک معالج بیمار مشخص شده و همه مشاوره ها، درمان ها و مراقبت های لازم، با اطلاع و هماهنگی وی انجام می پذیرد.
- ۱۳-۴. پزشک معالج، داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در بخش، مورد بررسی قرارداد و داروهای لازم را به دستورات دارویی بیمار اضافه می نماید.
- ۱۳-۵. در بیمارستان با توجه به وضعیت بیماران بستری در هنگام پذیرش، نیازهای آنان به خدمات تسکینی، درمانی، تغذیه ای و مددکاری اجتماعی، ارتقای سلامت، پیشگیری و بازتوانی مشخص می شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.

۱۳. پذیرش  
در بخش و  
ارزیابی بیمار

## گزارش پرستاری

۱۳-۶. یک پرستار با مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، بیمار را در بخش پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می‌نماید:

- شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی
- ساعت و تاریخ پذیرش در بخش
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)
- برنامه درمانی و تمام بررسی‌ها و آزمایش‌های درخواست شده توسط پزشک معالج
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار
- نحوه ورود بیمار به بخش (به‌طور مثال با صندلی چرخ‌دار)

## گزارش پزشکی

۱۳-۷. پزشک معالج، پس از انجام ارزیابی‌ها و اقدامات لازم، موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید:

- ساعت و تاریخ انجام ویزیت
- تمام نتایج حاصل از اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی بیمار
- تمام دستورات درمانی و مراقبتی و بررسی‌ها و اقدامات پاراکلینیکی لازم
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک معالج

۱۴-۱. برای تمام کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

۱۴-۲. در ثبت مستندات در پرونده بیمار (با سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند.

- تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.
- نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات و روی جلد پرونده وی ثبت می‌شوند.
- زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.
- در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.
- در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
- در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط‌خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.
- شواهد مستندی از عملکرد تریاژ، در پرونده پزشکی بیماران وجود دارد.

**تذکر:** برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

۱۴. پرونده بیمار



### ۱۵. ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار

۱۵-۱. پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که در فرآیند مراقبت از بیمار، با پزشک معالج وی همکاری می‌کنند، به‌منظور تجزیه و تحلیل، یکپارچه نمودن و استمرار ارزیابی‌ها و مراقبت‌ها، با یکدیگر مشارکت می‌نمایند.

۱۵-۲. کارکنان درمانی واجد صلاحیت، ارزیابی مجدد بیمار را در فواصل زمانی مناسب انجام داده و نتایج را در پرونده بیمار، ثبت می‌نمایند:

- پیشرفت برنامه مراقبتی طی ۲۴ ساعت اولیه از زمان پذیرش توسط پرستار
  - ثبت گزارش‌های روند مراقبت از بیمار توسط پرستار، حداقل یک بار در هر نوبت
  - ثبت علائم حیاتی، میزان جذب و دفع و... و پیگیری انجام به موقع آزمایش‌ها و سایر اقدامات لازم، با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی بیمار، توسط پرستار
  - ثبت روزانه (در صورت لزوم و با توجه به شرایط بیمار، در فواصل زمانی کوتاه‌تر) وضعیت بیمار، تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد، توسط پزشک معالج
- ۱۵-۳. بیماران از جهت مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی و آرامبخشی، به‌طور مستمر ارزیابی و کنترل می‌شوند.

۱۵-۴. اقدامات مراقبتی، براساس برنامه‌ها و دستورات ثبت شده در پرونده انجام می‌شوند.

۱۵-۵. باید مراقبت پرستاری از بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند؛ برنامه‌ریزی شده بوده و در پرونده پزشکی ثبت و تحت نظر یک پرستار تعلیم‌دیده انجام گیرد و شامل موارد زیر باشد:

- مراقبت محل، پس از عمل
  - نوع مراقبت و پایش‌های مورد نیاز (قبل و پس از عمل)
  - جلوگیری از زخم فشاری
  - رعایت بهداشت دست‌ها مطابق با پروتکل مصوب وزارت بهداشت
- ۱۵-۶. در زمان ترخیص، برگه خلاصه پرونده به‌صورت کامل، خوانا و مطابق با خط‌مشی‌ها و روش‌های بیمارستان، تکمیل شده و نسخه‌ای از آن، به بیمار و یا همراه وی تحویل می‌گردد.
- ۱۵-۷. در زمان ترخیص، پزشک معالج بیمار، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پزشکی را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه‌نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- ۱۵-۸. در زمان ترخیص، یکی از پرستاران، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پرستاری را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه‌نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- ۱۵-۹. زمان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص، در پرونده بیمار ثبت و توسط پرستار، به وی توضیح داده می‌شود.
- ۱۵-۱۰. اطلاع‌رسانی و اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می‌پذیرد.

### ۱۶. دستورات دارویی

۱۶-۱. یک نسخه از کتاب/ مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده است، در بخش جراحی در دسترس است.

۱۶-۲. کتابچه/ مجموعه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها است.

۳-۱۶. فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می‌شود.  
 ۴-۱۶. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی توسط پرستار انجام و ثبت می‌شود.  
 ۵-۱۶. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی، داروهای پرخطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت می‌شود و با درج امضای هر کارشناس، تأیید می‌گردد. داروهای خطرناک حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- تمام مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت
  - دیگوکسین وریدی
  - انسولین
  - اولین دوز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی
  - ترکیبات تغذیه کامل وریدی
  - دوزهای کودکان از ویال‌های چنددوزی
  - خون و فرآورده‌های خونی
  - کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت درخصوص راه‌حل‌های نه‌گانه ایمنی بیمار)
- ۶-۱۶. بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد درست داده می‌شود، پیش‌بینی و مکتوب ساخته‌است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.
- ۷-۱۶. همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آنها در یک مکان مناسب و در دسترس، در بخش جراحی وجود دارد.
- ۸-۱۶. باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات‌بخش جهت مراقبت اورژانس در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های بخش جراحی تأمین شود.
- ۹-۱۶. ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارائه مراقبت‌های اورژانسی، مطابق با دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه‌روز و در تمامی قسمت‌های بخش جراحی در دسترس باشند.
- ۱۰-۱۶. سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.
- ۱۱-۱۶. پرستار مسئول داروهای مخدر، کلید را همواره نزد خود نگهداری می‌نماید.
- ۱۲-۱۶. داروهای مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار، محفوظ باشند و کلید نزد پرستار مسئول داروهای مذکور، نگهداری شود.

۱۷-۱. به بیماران بستری و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک در مورد نوع مراقبت در نظر گرفته‌شده، روش‌های جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از درمان و هرگونه هزینه مورد انتظار، ارائه می‌شود.  
 ۱۷-۲. نام فرد یا افراد مسئول ارائه آموزش به بیماران و همراهان آنان در پرونده بیمار ثبت شده‌است.  
 ۱۷-۳. بروشور(جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع‌ترین علل مراجعه و بستری در هر بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی درمانی مهمی که بیماران این بخش، باید رعایت نمایند، در بخش جراحی برای استفاده بیماران و همراهان آنان در دسترس است.

## امکانات و ملزومات

- ۱۸-۱. خدمات پشتیبانی بخش جراحی باید به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد مانند: تصویربرداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی و بانک خون.
- ۱۸-۲. یک سیستم برای بازبینی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک رادیولوژیست حداکثر ظرف ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.
- ۱۸-۳. فهرست آزمایش‌های اورژانس و جدول زمان‌بندی پاسخ‌دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ‌دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است.
- ۱۸-۴. امکان دریافت پاسخ آزمایش‌های اورژانسی در زمان معین مطابق با الزامات تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتباً با آزمایشگاه توافق شده است.

۱۸. خدمات  
پشتیبانی  
بخش‌های  
پاراکلینیک

- ۱۹-۱. توالی اورژانس مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت در دسترس بوده، حداقل حاوی موارد ذیل است:

- دفیبریلاتور
  - مانیتور قلبی و پالس اکسیمتر
  - داروهای اورژانس
  - لوله‌هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها
  - لوله‌تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یکبار مصرف)
  - آمبویگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
  - لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در تمامی اندازه‌ها
  - باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
  - تخته احیا (بک‌بورد) اطفال و بزرگسال
  - ساکشن
  - کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)
- ۱۹-۲. مستندات نشان می‌دهند که پرستار مسئول از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات توالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۱۹-۳. شواهد مستند نشان می‌دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

۱۹. توالی  
اورژانس

- ۲۰-۱. کارکنان، امکانات و تجهیزات مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.
- ۲۰-۲. امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبت‌های اورژانسی مقدور است.
- ۲۰-۳. هر تخت یک سیستم فراخوان اضطراری پرستار دارد.
- ۲۰-۴. همه پریزهای یوپی‌اس به‌وضوح مشخص هستند.
- ۲۰-۵. اتاق درمان در بخش وجود دارد.
- ۲۰-۶. در بخش اتاق ایزولاسیون برای جداسازی بیماران عفونی، وجود دارد.

۲۰. امکانات

- ۲۰-۷. در بخش یک اتاق برای جداسازی بیماران اعصاب و روانی که نیازمند جداسازی هستند، وجود دارد.
- ۲۰-۸. اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۲۰-۹. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۲۰-۱۰. امکان رعایت بهداشت دست‌ها مطابق پروتکل مصوب وزارت بهداشت وجود دارد.

## ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۲۱-۱. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس و سالم است.
- ۲۱-۲. داخل اتاق‌های بخش جراحی، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهداری و جایی که سریعاً جوابگو باشند، وجود دارد.
- ۲۱-۳. نگهبان در زمان مورد نیاز در بخش جراحی، فوراً در دسترس است.
- ۲۱-۴. نگهبان دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده‌است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.
- ۲۱-۵. دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران بخش جراحی، کنترل شده و محصور است.

### ۲۱. ایمنی فیزیکی

- ۲۲-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد در دسترس است.
- ۲۲-۲. برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۲۲-۳. برنامه بهبود کیفیت این بخش شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۲۲-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۲۲-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

### ۲۲. بهبود کیفیت

- ۲۳-۱. داده‌های بخش جراحی جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲۳-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده‌است.
- ۲۳-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.
- ۲۳-۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۲۳-۵. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۲۳-۶. در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

### ۲۳. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

# بیہوشی و اتاق عمل





# بیهوشی و اتاق عمل

## مدیریت و سازماندهی

### ۱. برنامه استراتژیک

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۱-۲. در اتاق عمل، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. تمام کارکنان اتاق عمل، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

### ۲. رئیس بخش

- ۲-۱. شرایط احراز ریاست اتاق عمل، عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی بیهوشی یا
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی جراحی مرتبط

### ۳. سرپرستار بخش

- ۳-۱. شرایط احراز برای سرپرستار اتاق عمل، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی ارشد پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش اتاق عمل به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت)
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری یا اتاق عمل یا بیهوشی، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش اتاق عمل به علاوه مدارک گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی اتاق عمل و حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت)
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری و یا اتاق عمل یا بیهوشی، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش اتاق عمل و مدارک گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی اتاق عمل
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری و یا اتاق عمل یا بیهوشی، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش اتاق عمل و مدارک گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی اتاق عمل

### ۴. پزشک مقیم

- ۴-۱. اتاق عمل در تمام اوقات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته از حضور پزشکان مقیم (جراح و متخصص بیهوشی) برخوردار است.

### ۵. پرستار مسئول شیفت

- ۵-۱. شرایط لازم برای پرستاران مسئول شیفت در اتاق عمل، عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی اتاق عمل و یا پرستاری، مدرک RN و حداقل ۲ سال سابقه کار در اتاق عمل و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی اتاق عمل

- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری و یا اتاق عمل و یا بیهوشی، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی اتاق عمل و حداقل ۱ سال سابقه کار در اتاق عمل
- ۲-۵. دارا بودن مدرک کاردانی اتاق عمل و یا بیهوشی و یا پرستاری با ۵ سال سابقه کار در اتاق عمل

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۶. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان اتاق عمل، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
  - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به ارزیابی اولیه توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۶. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک)

- ۱-۷. در اتاق عمل، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
  - نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
- ۲-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام، نام خانوادگی و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.
- ۳-۷. هر یک از کارکنان بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به‌جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
- ۴-۷. یک لیست از پزشکان، متخصصان یا مشاوره‌دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه‌روز در اتاق عمل، در دسترس است.
- ۵-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.
- ۶-۷. برنامه نوبت کاری افرادی که اقدامات تریاژ را انجام می‌دهند، در محلی مناسب و قابل رؤیت، روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.

۷. لیست کارکنان



۷-۷. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.

۸-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود می‌باشد.

۸-۱. در اتاق عمل، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:

- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، بهداشت محیط، آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش و رفتار، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
- معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
- زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این بخش

## ۸. دوره توجیهی بدو ورود

۹-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.

۹-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.

۹-۳. آزمون‌های توانمندی دوره‌ای جهت کسب اطمینان از مهارت کارکنان بیهوشی حداقل در رابطه با بیهوشی و آماده‌سازی کودکان، بی‌حسی‌های منطقه‌ای و مدیریت درد، صورت می‌گیرد.

۹-۴. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.

۹-۵. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

## ۹. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

۱۰-۱. اتاق عمل یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.

۱۰-۲. مستنداتی که نشان می‌دهند همه کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۱۰-۳. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.

۱۰-۴. تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.

## ۱۰. آموزش و توانمندسازی کارکنان

- ۵-۱۰. تمام پزشکان و پرستاران اتاق عمل، حداقل سالی یک بار، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند.
- ۶-۱۰. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۷-۱۰. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۸-۱۰. تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، ایمنی، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند.
- ۹-۱۰. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

۱۱-۱. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۱۱-۲. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱۲-۱. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش اتاق عمل وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت است.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای نمایه مشخص است.
- ۱۲-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- رعایت حقوق گیرندگان خدمت
- برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و..).
- ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیرتعطیل)
- فرآیند پذیرش و انتقال بیمار از اتاق عمل
- نوبت دادن با در نظر گرفتن اولویت‌ها
- نظافت اتاق‌های عمل
- جابه‌جایی نمونه‌ها

۱۱. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

۱۲. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- روش‌های ضد عفونی
- رعایت بهداشت دست‌ها مطابق با پروتکل مصوب وزارت بهداشت
- ایمنی کارکنان (به‌ویژه در هنگام استفاده از فلوروسکوپی، لیزر و..)
- پاسخ‌دهی موارد بحران
- چگونگی ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به‌صورت شفاهی (به‌عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می‌شوند.
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید.
- ارزیابی و تسکین درد
- نحوه مراقبت از بیمارانی که تحت آرامبخشی متوسط و عمیق قرار گرفته‌اند.
- بی‌حسی موضعی (لوکال)
- شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

**۱۳. پذیرش در اتاق عمل و ارزیابی بیمار**

- ۱-۱۳. اولین ارزیابی پزشکی بیمار قبل از عمل جراحی، توسط جراح انجام و ثبت می‌شود.
- ۲-۱۳. ارزیابی بیمار قبل از القای بیهوشی توسط متخصص بیهوشی انجام و ثبت می‌شود.
- ۳-۱۳. پزشک معالج داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در بخش، مورد بررسی قرار داده و داروهای لازم را به دستورات دارویی بیمار اضافه می‌نماید.
- ۴-۱۳. چک‌لیست جراحی ایمن (مورد تأیید وزارت بهداشت)، در هر نوبت توسط فرد دوره‌دیده‌ای تکمیل و در پرونده بیمار، ثبت می‌گردد.

**گزارش پرستاری**

- ۵-۱۳. یک پرستار یا کاردان اتاق عمل و یا تکنسین بیهوشی، بیمار را در بخش اتاق عمل پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می‌نماید:
- علت پذیرش بیمار در اتاق عمل
- ساعت و تاریخ پذیرش در اتاق عمل
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)
- برنامه مراقبتی در اتاق عمل
- توضیحات و آموزش‌های ارائه‌شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار، کاردان اتاق عمل و یا تکنسین بیهوشی

**گزارش پزشکی**

- ۶-۱۳. پزشکان معالج (جراح و متخصص بیهوشی هر یک به‌طور جداگانه)، پس از انجام ارزیابی‌های اولیه موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می‌نمایند:
- ساعت و تاریخ انجام ویزیت

- نتایج حاصل از ارزیابی بالینی بیمار در اتاق عمل و نتایج بررسی‌های پاراکلینیکی درخواست شده
- برنامه درمانی بیمار در اتاق عمل (بیهوشی و جراحی)
- توضیحات و آموزش‌های ارائه‌شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشکان معالج
- تکمیل رضایت‌نامه آگاهانه جهت انجام عمل جراحی
- تکمیل رضایت‌نامه آگاهانه جهت انجام بی‌حسی یا بیهوشی
- تشخیص قبل از عمل

#### ۱۴. پرونده بیمار

۱-۱۴. برای تمام کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

۲-۱۴. در ثبت مستندات در پرونده بیمار (یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند:

- تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.
- نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات پرونده وی و روی جلد پرونده ثبت می‌شوند.
- زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.
- در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.
- در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
- در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.
- مستندسازی در اتاق عمل باید در فرم‌های طراحی شده خاص این بخش باشد و در پرونده بیمار نگهداری شود.
- شواهد مستندی از عملکرد تریاژ، در پرونده پزشکی بیماران وجود دارد.
- برگ رضایت عمل، نوع عمل را به وضوح روشن کرده است و شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند جراح، نوع عمل جراحی و عوارض احتمالی آن را کاملاً برای بیمار تشریح کرده و برگه رضایت عمل را نیز امضا کرده است.

۳-۱۴. گزارش‌های جراحی در پرونده بیمار فوراً پس از عمل ثبت و حداقل شامل موارد زیر است:

- اقدامات انجام شده
- یافته‌های حین جراحی
- تشخیص پس از عمل
- نمونه‌هایی که حین جراحی خارج شده‌اند
- نام جراح و متخصص بیهوشی و تمام دستیاران
- امضای جراح

۱۴-۴. برگه ثبت بیهوشی حداقل شامل موارد ذیل است:

- داروهای تجویز شده
- مایعات تجویز شده
- خون و محصولات خونی تجویز شده
- نوع و شرح کامل بیهوشی استفاده شده
- هرگونه حوادث غیرمعمول یا عوارض بیهوشی
- هرگونه تغییر در برنامه پیش‌بینی شده و علت آن
- زمان شروع و زمان خاتمه بیهوشی
- وضعیت بیمار در زمان خاتمه بیهوشی

**تذکر:** برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

۱۵-۱. وضعیت فیزیولوژیک بیمار در طی جراحی و بلافاصله پس از آن، به‌طور مستمر پایش و در پرونده پزشکی وی ثبت می‌شود.

۱۵-۲. پایش حداقل شامل موارد ذیل است:

- کنترل علائم حیاتی و مانیتورینگ قلبی
- میزان اشباع اکسیژن و وضعیت تنفسی بیمار
- کاپنوگرافی در حین جراحی

۱۵-۳. مستندات نشان‌دهنده متخصص بیهوشی تا زمانی که بیمار از قسمت ریکاوری ترخیص نشده‌است، در اتاق عمل حضور دارد.

۱۵-۴. مستندات مربوط به ثبت سطح هوشیاری بیمار، در زمان تحویل وی به قسمت ریکاوری موجودند.

۱۵-۵. مستندات مربوط به مراقبت‌های حین و پس از بیهوشی، تا زمان ترخیص از ریکاوری، وجود دارند.

۱۵-۶. وضعیت پس از بیهوشی بیمار، پایش و ثبت می‌گردد و ترخیص وی از قسمت ریکاوری با استفاده از معیارهای مشخص شده، صورت می‌گیرد (در مواردی که عمل سزارین انجام می‌گیرد، ماما تا زمان ترخیص مادر از ریکاوری، بر بالین وی حضور دارد).

۱۵-۷. متخصص بیهوشی دستور ترخیص بیمار از اتاق ریکاوری را در پرونده وی ثبت کرده و با ذکر زمان، مهر و امضا می‌نماید.

۱۶-۱. یک نسخه از کتاب/مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده‌است، در اتاق عمل در دسترس است.

۱۶-۲. کتابچه/مجموعه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها است.

۱۶-۳. فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پزشک بیهوشی انجام و ثبت می‌شود.

۱۶-۴. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات و کنترل دوز دارویی، توسط پرستار و تکنسین بیهوشی انجام و ثبت می‌شود.

۱۵. ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار

۱۶. دستورات دارویی

۱۶-۵. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی، داروهای پرخطر توسط دو کارشناس بیهوشی/تکنسین بیهوشی انجام و ثبت می‌شود و با درج امضای هر کارشناس، تأیید می‌گردد. داروها و فرآورده‌های خطرناک حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- تمام مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت
  - دیگوکسین وریدی
  - انسولین
  - اولین دوز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی
  - دوزهای کودکان از ویال‌های چنددوزی
  - ترکیبات تغذیه کامل وریدی
  - خون و فرآورده‌های خونی
  - کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص راه‌حل‌های نه‌گانه ایمنی بیمار)
- ۱۶-۶. بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد درست داده می‌شود، پیش‌بینی و مکتوب ساخته‌است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.
- ۱۶-۷. همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آنها در یک مکان مناسب و در دسترس، در اتاق عمل وجود دارد.
- ۱۶-۸. باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات‌بخش جهت مراقبت اورژانس در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های اتاق عمل تأمین شود.
- ۱۶-۹. ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارائه مراقبت‌های اورژانسی، مطابق با دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه‌روز و در تمامی قسمت‌های اتاق عمل در دسترس باشند.
- ۱۶-۱۰. سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.
- ۱۶-۱۱. پرستار مسئول داروهای مخدر، کلید را همواره نزد خود نگهداری می‌نماید.
- ۱۶-۱۲. داروهای مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار، محفوظ باشند و کلید نزد مسئول داروهای مذکور، کارشناس/کاردان بیهوشی نگهداری شود.

## امکانات و ملزومات

- ۱۷-۱. خدمات پشتیبانی اتاق عمل باید به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد مانند: تصویربرداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی و بانک خون
- ۱۷-۲. یک سیستم برای بازبینی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک تصویربردار در طی ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.
- ۱۷-۳. فهرست آزمایش‌های اورژانس و جدول زمان‌بندی پاسخ‌دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ‌دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است.
- ۱۷-۴. امکان دریافت پاسخ آزمایش‌های اورژانسی در زمان معین مطابق با الزامات تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتباً با آزمایشگاه توافق شده‌است.

۱۷. خدمات  
پشتیبانی  
بخش‌های  
پاراکلینیک

۱۸. ترالی  
اورژانس

- ۱-۱۸. ترالی اورژانس مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت در دسترس بوده، حداقل حاوی موارد ذیل است:
  - دفیبریلاتور
  - مانیتور قلبی، پالس اکسیمتر و امکانات پیس‌میکر موقت
  - داروهای اورژانس
  - لوله‌هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها
  - لوله‌تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یک‌بار مصرف)
  - آمبویگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
  - لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در تمامی اندازه‌ها
  - باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
  - تخته‌احیا (بک‌بورد) اطفال و بزرگسال
  - ساکشن
  - کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)
- ۲-۱۸. مستندات نشان‌می‌دهند که پرستار مسئول از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۳-۱۸. شواهد مستند نشان‌می‌دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

۱۹. امکانات

- ۱-۱۹. شناسنامه دستگاه بیهوشی در دسترس است.
- ۲-۱۹. مدارکی برای عمر دستگاه بیهوشی، در دسترس است.
- ۳-۱۹. پایش تجهیزات مربوط به ECG، اکسیژن، دی‌اکسید کربن و فشار خون
- ۴-۱۹. لوله‌های اندوتراکیال، لوله‌های هوایی (Air Way) و آمبویگ تنفسی در اندازه‌های مختلف در دسترس است.
- ۵-۱۹. کیت لوله‌گذاری مجهز به آندوسکوپ فیبراپتیک، برای لوله‌گذاری‌های مشکل موجود است.
- ۶-۱۹. ماسک صورت در تمامی اندازه‌ها وجود دارد.
- ۷-۱۹. کیت تراکتوتومی اورژانس موجود است.
- ۸-۱۹. اگر اعمال جراحی در خارج از حیطه اتاق عمل، مانند اتاق زایمان یا بخش‌های دیگر، انجام می‌شود، سرپرست بخشی که عمل در آنجا صورت می‌گیرد باید مستنداتی را که نشان‌می‌دهند تمام موارد بالا رعایت شده‌اند، تهیه نماید.
- ۹-۱۹. شواهدی برای زمان اتمام ترکیب گاز و هوا، وجود دارد (سیستم تحلیل گازهای هوایی بازدمی)
- ۱۰-۱۹. تمام مقادیر بالا در یک فرم طراحی شده مناسب ثبت شده و به وسیله متخصص بیهوشی امضا می‌گردد.
- ۱۱-۱۹. فرم‌ها در پرونده بیمار حفاظت می‌شوند.
- ۱۲-۱۹. تمام دستگاه‌ها دارای سیستم اخطاردهنده فشار و سیستم قطع‌کننده هستند.
- ۱۳-۱۹. مستندات نشان‌می‌دهند که سلامت سیستم اخطاردهنده، قبل از القای بیهوشی برای هر بیمار، چک می‌شود.
- ۱۴-۱۹. در بخش ریکاوری حداقل، امکانات ذیل وجود دارند:
  - پرستاران/کاردان‌ها و کارشناسان بیهوشی آموزش دیده

- منبع اکسیژن
  - توانایی پایش علائم حیاتی
  - ساکشن
  - تخت‌های سه‌شکن مخصوص ریکاوری
  - امکانات گرمایشی
- ۱۵-۱۹. اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۱۶-۱۹. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۱۷-۱۹. امکان رعایت شستن دست‌ها مطابق پروتکل مصوب وزارت بهداشت وجود دارد.
- ۱۸-۱۹. همه پریزهای یوپی‌اس به وضوح مشخص هستند.
- ۱۹-۱۹. کارکنان، امکانات و تجهیزات لازم برای ارائه مراقبت‌های مناسب را در اختیار دارند.

۲۰-۱. در رابطه با خطرات احتمالی، مزایا و روش‌های جایگزین، به بیمار و خانواده‌اش و هر کسی که برای وی تصمیم‌گیری می‌نماید توضیحات ساده و قابل درک داده می‌شود.

۲۰. آموزش  
بیمار و  
همراهان

## ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۲۱-۱. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس کارکنان بخش و سالم است.
- ۲۱-۲. نگهبان در زمان مورد نیاز در اتاق عمل، فوراً در دسترس است.
- ۲۱-۳. نگهبان دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده‌است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.
- ۲۱-۴. دسترسی به منطقه اتاق عمل و ریکاوری، کنترل‌شده و محصور است.
- ۲۲-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به اتاق عمل می‌باشد در دسترس است.
- ۲۲-۲. برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۲۲-۳. برنامه بهبود کیفیت شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۲۲-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۲۲-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

۲۱. ایمنی  
فیزیکی

۲۲. بهبود  
کیفیت

- ۲۳-۱. داده‌های اتاق عمل جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲۳-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده‌است.
- ۲۳-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.
- ۲۳-۴. ممیزی انجام می‌شود.
- ۲۳-۵. تحلیل نتایج ممیزی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۲۳-۶. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت‌گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌سانی می‌شود.

۲۳. جمع‌آوری  
و تحلیل  
داده‌ها



# بیماری درماتی





# شیمی درمانی

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۱-۲. در بخش شیمی‌درمانی، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت نصب شده است.
- ۱-۳. تمام کارکنان بخش شیمی‌درمانی از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

### ۱. برنامه استراتژیک

- ۲-۱. شرایط احراز ریاست بخش شیمی‌درمانی، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک دکترای فوق تخصصی هماتولوژی و انکولوژی
  - مدیکال انکولوژیست یا رادیوتراپیست
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی داخلی و حداقل ۲ سال سابقه کار در بخش شیمی‌درمانی

### ۲. رئیس بخش

- ۲-۳. شرایط احراز برای سرپرستار بخش شیمی‌درمانی به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی ارشد داخلی - جراحی، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش شیمی‌درمانی به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت) و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش شیمی‌درمانی.
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش شیمی‌درمانی و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش شیمی‌درمانی به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت)
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش شیمی‌درمانی و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش شیمی‌درمانی.
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش شیمی‌درمانی و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش شیمی‌درمانی.

### ۳. سرپرستار بخش

- ۴-۱. بخش شیمی‌درمانی در تمام اوقات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته از حضور پزشک مقیم برخوردار است.
- ۴-۲. پزشکان متخصص به صورت شبانه‌روزی در دسترس (آنکال) هستند.

### ۴. پزشک مقیم

### ۵. پرستار مسئول شیفت

- ۱-۵. شرایط لازم برای پرستاران مسئول شیفت در بخش شیمی درمانی عبارت است از:
- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش شیمی درمانی و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش شیمی درمانی.
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش شیمی درمانی.

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

### ۶. پرونده پرسنلی (کاغذی/ الکترونیک)

- ۱-۶. پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش شیمی درمانی، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

### ۷. لیست کارکنان

- ۱-۷. در بخش شیمی درمانی لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
- نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
- ۲-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و نام خانوادگی سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.
- ۳-۷. هر یک از کارکنان بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
- ۴-۷. یک لیست از پزشکان، متخصصان و مشاوره‌دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه‌روز در بخش شیمی درمانی، در دسترس است.
- ۵-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رویت روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.
- ۶-۷. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی است، برنامه‌ریزی انجام شده است.

۷-۷. مستندات‌ای که نشان‌می‌دهند محاسبه و چینش کارکنان در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود است.

۸-۱. در بخش شیمی‌درمانی، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:

- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت خطر، مدیریت بحران، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
- معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
- زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این بخش

۹-۱. مستندات نشان‌می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان انجام‌می‌شود.

۹-۲. مستندات نشان‌می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.

۹-۳. مستندات نشان‌می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی‌شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان انجام‌می‌گیرد.

۹-۴. مستندات نشان‌می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام‌شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۱۰-۱. بخش شیمی‌درمانی یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه‌می‌نماید.

۱۰-۲. مستندات‌ای که نشان‌می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۱۰-۳. مستندات‌ای که نشان‌می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط شرکت می‌نمایند، موجود است.

۱۰-۴. تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.

۱۰-۵. تمام پزشکان و پرستاران بخش شیمی‌درمانی، حداقل سالی یک بار، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند.

۸. دوره  
توجیهی  
بدو ورود

۹. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

۱۰. آموزش و  
توانمندسازی  
کارکنان

- ۶-۱۰. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۷-۱۰. تمام کارکنان در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۸-۱۰. تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند.
- ۹-۱۰. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

- ۱-۱۱. کتابچه/ مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۱۱. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی‌شده بخش، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱۱. کتابچه/  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

- ۱-۱۲. یک کتابچه/ مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش شیمی‌درمانی وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه/ مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه/ مجموعه دارای نمایه مشخص است.
- ۲-۱۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:

۱۲. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- رعایت حقوق گیرندگان خدمت
- برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و شیمی‌درمانی)
- ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات فعال (اعم از تعطیل و غیرتعطیل)
- پذیرش، انتقال درون و برون‌بخشی، ارجاع و ترخیص
- کد احیا
- ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به‌صورت شفاهی (به‌عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می‌شوند.
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید.
- گندزدایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی

- راهنماهای طبابت بالینی حداقل در ۵ مورد از حالات وخیم و شایع در مراجعه‌کنندگان به روانپزشکی (راهنماهای مورد تأیید وزارت بهداشت)
- کنترل عفونت
- آماده‌سازی داروهای شیمی‌درمانی
- ذخیره و نگهداری داروهای شیمی‌درمانی
- دستورالعمل‌ها و نمودارهای اختصاصی مدون برای تجویز داروهای شیمی‌درمانی که حداقل ماهی دو مورد تجویز شده باشد.
- برچسب زدن به داروهای شیمی‌درمانی و سرم‌های حاوی این داروها
- تهویه بخش
- انهدام داروهای شیمی‌درمانی مصرف‌نشده و یا اضافی
- آموزش بیماران
- اقدامات لازم در صورت ریختن داروهای شیمی‌درمانی روی زمین و سایر سطوح، ضمن انجام کار
- حمل و نقل داروهای شیمی‌درمانی
- محدوده دوز داروهای شیمی‌درمانی
- برگه دستورات دارویی چاپ‌شده و آماده برای داروهای شیمی‌درمانی
- فوریت‌های بالینی
- تفکیک بیماران شیمی‌درمانی در صورت نداشتن بخش شیمی‌درمانی
- شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

- ۱۳-۱. اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.
- ۱۳-۲. اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.
- ۱۳-۳. طی تمام مراحل مراقبتی بیمار، پزشک معالج بیمار مشخص شده و همه مشاوره‌ها، درمان‌ها و مراقبت‌های لازم، با اطلاع و هماهنگی وی انجام می‌پذیرد.
- ۱۳-۴. پزشک معالج داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در بخش، مورد بررسی قرار داده و داروهای لازم را به دستورات دارویی بیمار اضافه می‌نماید.
- ۱۳-۵. در بیمارستان با توجه به وضعیت بیماران بستری در هنگام پذیرش، نیازهای آنان به خدمات تسکینی، درمانی، تغذیه‌ای و مددکاری اجتماعی، ارتقای سلامت، پیشگیری و توانبخشی مشخص می‌شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.

۱۳. پذیرش  
در بخش و  
ارزیابی بیمار

#### گزارش پرستاری

- ۱۳-۶. یک پرستار با مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، بیمار را در بخش پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می‌نماید:
- شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی

- ساعت و تاریخ پذیرش در بخش
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)
- برنامه درمانی و کلیه بررسی‌ها و آزمایش‌های درخواست شده توسط پزشک معالج.
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار
- نحوه ورود بیمار به بخش (به‌طور مثال با صندلی چرخ‌دار)

### گزارش پزشکی

۷-۱۳. پزشک معالج، پس از انجام ارزیابی‌ها و اقدامات لازم، موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید:

- ساعت و تاریخ انجام ویزیت
- تمام نتایج حاصل از اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی بیمار
- تمام دستورات درمانی و مراقبتی و بررسی‌ها و اقدامات پاراکلینیکی لازم
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک معالج

۱-۱۴. برای تمام کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

### ۱۴. پرونده بیمار

۲-۱۴. در ثبت مستندات در پرونده بیمار (یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند:

- تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.
- نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات و روی جلد پرونده وی ثبت می‌شوند.
- زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.
- در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.
- در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
- در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط‌خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.
- مستندسازی در بخش شیمی‌درمانی باید در فرم‌های طراحی شده خاص این بخش باشد و در پرونده بیمار نگهداری شود.

**تذکر:** برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

۱-۱۵. پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که در فرآیند مراقبت از بیمار، با پزشک معالج وی همکاری می‌کنند، به‌منظور تجزیه و تحلیل، یکپارچه نمودن و استمرار ارزیابی‌ها و مراقبت‌ها، با یکدیگر مشارکت می‌نمایند.

### ۱۵. ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار



۱۵-۲. کارکنان درمانی واجد صلاحیت، ارزیابی مجدد بیمار را در فواصل زمانی مناسب انجام داده و نتایج را در پرونده بیمار، ثبت می نمایند:

- پیشرفت برنامه مراقبتی طی ۲۴ ساعت اولیه از زمان پذیرش توسط پرستار (در بیماران بستری)
  - ثبت گزارش های روند مراقبت از بیمار توسط پرستار، حداقل یک بار در هر نوبت
  - ثبت علائم حیاتی، میزان جذب و دفع و شیمی درمانی و پیگیری انجام به موقع آزمایش ها و سایر اقدامات لازم، با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی بیمار، توسط پرستار
  - ثبت روزانه (در صورت لزوم و با توجه به شرایط بیمار، در فواصل زمانی کوتاه تر) وضعیت بیمار، تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد، توسط پزشک معالج
- ۱۵-۳. بیماران از جهت مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی، به طور مستمر ارزیابی و کنترل می شوند.
- ۱۵-۴. رعایت بهداشت دست ها مطابق با پروتکل مصوب وزارت بهداشت انجام می گیرد.
- ۱۵-۵. اقدامات مراقبتی، براساس برنامه ها و دستورات ثبت شده در پرونده انجام می شوند.
- ۱۵-۶. در زمان ترخیص، برگه خلاصه پرونده به صورت کامل، خوانا و مطابق با خط مشی ها و روش های بیمارستان، تکمیل شده و نسخه ای از آن، به بیمار تحویل می گردد.
- ۱۵-۷. در زمان ترخیص، پزشک معالج بیمار، آموزش های لازم در زمینه مراقبت های پزشکی را به شیوه ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می نماید.
- ۱۵-۸. در زمان ترخیص، یکی از پرستاران، آموزش های لازم در زمینه مراقبت های پرستاری را به شیوه ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می نماید.
- ۱۵-۹. زمان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص، در پرونده بیمار ثبت و توسط پرستار، به وی توضیح داده می شود.
- ۱۵-۱۰. اطلاع رسانی و اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می پذیرد.

## ۱۶. دستورات دارویی

- ۱۶-۱. یک نسخه از کتاب/ مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده است، در بخش شیمی درمانی در دسترس است.
- ۱۶-۲. کتابچه/ مجموعه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و شیمی درمانی و نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها است.
- ۱۶-۳. فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می شود.
- ۱۶-۴. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی توسط پرستار انجام و ثبت می شود.
- ۱۶-۵. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی، داروهای پرخطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت می شود و با درج امضای هر کارشناس، تأیید می گردد. داروهای خطرناک حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- تمام مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت
- دیگوکسین وریدی
- انسولین
- اولین دوز آنتی بیوتیک های وریدی
- ترکیبات تغذیه کامل وریدی

- دوزهای کودکان از ویال‌های چنددوزی
  - خون و فرآورده‌های خونی
  - کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص راه‌حل‌های ۹ گانه ایمنی بیمار)
- ۱۶-۶. بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد درست داده می‌شود، پیش‌بینی و مکتوب ساخته‌است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.
- ۱۶-۷. همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آنها در یک مکان مناسب و در دسترس، در بخش شیمی‌درمانی وجود دارد.
- ۱۶-۸. باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات‌بخش جهت مراقبت اورژانس در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های بخش شیمی‌درمانی تأمین شود.
- ۱۶-۹. ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارائه مراقبت‌های اورژانسی، مطابق با دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه‌روز و در تمامی قسمت‌های بخش شیمی‌درمانی در دسترس باشند.
- ۱۶-۱۰. سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.
- ۱۶-۱۱. پرستار مسئول داروهای مخدر، کلید را همواره نزد خود نگهداری می‌نماید.
- ۱۶-۱۲. داروهای مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار، محفوظ باشند و کلید نزد پرستار مسئول داروهای مذکور، نگهداری شود.
- ۱۷-۱. به بیماران بستری و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک در مورد نوع مراقبت در نظر گرفته‌شده، روش‌های جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از درمان و هرگونه هزینه مورد انتظار ارائه می‌شود.
- ۱۷-۲. نام فرد یا افراد مسئول ارائه آموزش به بیماران و همراهان آنان در پرونده بیمار ثبت شده‌است.
- ۱۷-۳. بروشور (جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع‌ترین علل مراجعه و بستری در بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی‌درمانی مهمی که بیماران این بخش، باید رعایت نمایند، در بخش شیمی‌درمانی برای استفاده بیماران و همراهان آنان در دسترس است.

### ۱۷. آموزش بیمار و همراهان

## امکانات و ملزومات

- ۱۸-۱. خدمات پشتیبانی بخش شیمی‌درمانی باید به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد مانند: تصویربرداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی و بانک خون
- ۱۸-۲. یک سیستم برای بازبینی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک رادیولوژیست حداکثر ظرف ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.
- ۱۸-۳. فهرست آزمایش‌های اورژانس و جدول زمان‌بندی پاسخ‌دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ‌دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است.
- ۱۸-۴. امکان دریافت پاسخ آزمایش‌های اورژانسی در زمان معین مطابق با الزامات تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتاباً با آزمایشگاه توافق شده‌است.

### ۱۸. خدمات پشتیبانی بخش‌های پاراکلینیک

۱۹-۱. ترالی اورژانس مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت در دسترس بوده، حداقل حاوی موارد ذیل است:

### ۱۹. ترالی اورژانس

- دفیبریلاتور
  - مانیتور قلبی و پالس اکسیمتر
  - داروهای اورژانس
  - لوله هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها
  - لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یکبار مصرف)
  - آمبوبگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
  - لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در تمامی اندازه‌ها
  - باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
  - تخته احیا (بک‌برد) اطفال و بزرگسال
  - ساکشن
  - کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)
- ۱۹-۲. مستندات نشان می‌دهند که پرستار مسئول از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۱۹-۳. شواهد مستند نشان می‌دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

- ۲۰-۱. کارکنان، امکانات و تجهیزات مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.
- ۲۰-۲. امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبت‌های اورژانسی مقدور است.
- ۲۰-۳. هر تخت یک سیستم فراخوان اضطراری پرستار دارد.
- ۲۰-۴. همه پریزهای یوپی‌اس به‌وضوح مشخص هستند.
- ۲۰-۵. اتاق درمان در بخش وجود دارد.
- ۲۰-۶. در بخش اتاق ایزولاسیون برای جداسازی بیماران عفونی، وجود دارد.
- ۲۰-۷. در بخش یک اتاق برای جداسازی بیماران اعصاب و روانی که نیازمند جداسازی هستند، وجود دارد.
- ۲۰-۸. اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۲۰-۹. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۲۰-۱۰. امکان رعایت بهداشت دست‌ها برطبق پروتکل مصوب وزارت بهداشت موجود است.
- ۲۰-۱۱. هود در یک فضای بسته و جدا دارای مکش هوا به خارج، برای آماده‌سازی داروهای شیمی‌درمانی موجود است.

### ۲۰. امکانات

## ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۲۱-۱. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس و سالم است.
- ۲۱-۲. داخل اتاق‌های شیمی‌درمانی، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهداری و جایی که سریعاً جوابگو باشند، وجود دارد.
- ۲۱-۳. نگهبان در زمان مورد نیاز در بخش شیمی‌درمانی، فوراً در دسترس است.

### ۲۱. ایمنی فیزیکی

۲۱-۴. نگهبان دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده‌است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.  
۲۱-۵. دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران بخش شیمی‌درمانی، کنترل شده و محصور می‌باشد.

**۲۲. بهبود  
کیفیت**

۲۲-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد در دسترس است.  
۲۲-۲. برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.  
۲۲-۳. برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.  
۲۲-۴. برنامه بهبود کیفیت بایستی دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.  
۲۲-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

**۲۳. جمع‌آوری  
و تحلیل  
داده‌ها**

۲۳-۱. داده‌های بخش شیمی‌درمانی جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.  
۲۳-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده‌است.  
۲۳-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.  
۲۳-۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.  
۲۳-۵. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.  
۲۳-۶. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

**۲۴. واحد  
شیمی‌درمانی**

۲۴-۱. در بیمارستانی که بخشی مجزایی برای شیمی‌درمانی وجود ندارد، شیمی‌درمانی به ترتیب ارجحیت تحت نظارت یکی از متخصصان ذیل انجام می‌گیرد و رئیس بخش داخلی پاسخگوی رعایت استانداردهای مربوطه است:

- هماتولوژیست
- رادیوتراپیست
- متخصص داخلی

۲۴-۲. مستندات نشان می‌دهند تجویز داروهای شیمی‌درمانی به بیمار توسط یک پرستار ماهر آموزش دیده انجام می‌شود.  
۲۴-۳. امکانات لازم از جمله هود استاندارد واحد شیمی‌درمانی، وسایل حفاظت فردی پرسنل و اتاق جداگانه با فضا و تهویه مناسب وجود دارد.  
۲۴-۴. مستندات نشان می‌دهند دو نفر پرستار بر آماده‌سازی داروهای سیتوتوکسیک به‌منظور تجویز، نظارت کرده و آن را تأیید و امضا می‌نمایند.

# بلوك زايان





# بلوک زایمان

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بلوک در دسترس است.
- ۱-۲. در بلوک زایمان، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۳-۱. تمام کارکنان بلوک زایمان، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

- ۱-۲. شرایط احراز ریاست بخش زنان و زایمان، حداقل عبارت است از:
- دارا بودن مدرک دکترای تخصصی زنان و زایمان و مدارک دوره‌های تکمیلی مصوب دفتر سلامت خانواده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۲. رئیس  
بخش

- ۱-۳. شرایط احراز برای مامای مسئول بلوک زایمان، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
- دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد و حداقل ۲ سال سابقه کار در بلوک زایمان و مدارک دوره‌های تکمیلی مصوب دفتر سلامت خانواده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی مامایی و حداقل ۳ سال سابقه کار در بلوک زایمان به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۳۰ ساعت دوره‌های مدیریت، مدارک دوره‌های تکمیلی مصوب دفتر سلامت خانواده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی مامایی و حداقل ۵ سال سابقه کار در بلوک زایمان و مدارک دوره‌های تکمیلی مصوب دفتر سلامت خانواده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۳. مامای  
مسئول بلوک  
زایمان

- ۱-۴. بلوک زایمان در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمامی روزهای هفته، از حضور پزشک متخصص زنان و زایمان مقیم، برخوردار است.

۴. پزشک  
مقیم

- ۱-۵. شرایط لازم برای مامای مسئول شیفت در بلوک زایمان، عبارت است از:
- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی مامایی و ۲ سال سابقه کار در بلوک زایمان و مدارک دوره‌های تکمیلی مصوب دفتر سلامت خانواده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۵. مامای  
مسئول شیفت

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

### ۶. پرونده پرسنلی (کاغذی/ الکترونیک)

- ۱-۶. پرونده پرسنلی (کاغذی/ الکترونیک) هر یک از کارکنان بلوک زایمان، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
  - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

### ۷. لیست کارکنان

- ۱-۷. در بلوک زایمان، لیستی از کلیه کارکنان این بلوک، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
  - نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
- ۲-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.
- ۳-۷. هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
- ۴-۷. یک لیست از پزشکان، متخصصان و مشاوره‌دهندگان آنکال یا مقیم، آنکال دوم متخصص زنان (به جز بیمارستان‌هایی که فقط یک متخصص زنان در آن وجود دارد) که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه‌روز در تابلوی اعلانات نصب می‌باشد.
- ۵-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.
- ۶-۷. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده است.
- ۷-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود می‌باشد.



### ۸. دوره توجیهی بدو ورود

- ۸-۱. در بلوک زایمان، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقاء شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به همه تجهیزات اختصاصی این بخش (راهنمای اجرایی بیمارستان دوستدار کودک و دوستدار مادر، دستورالعمل‌های مصوب وزارت بهداشت مرتبط با بلوک زایمان و بخش زنان)

### ۹. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

- ۹-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۹-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای کلیه کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۹-۳. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۹-۴. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

### ۱۰. آموزش و توانمندسازی کارکنان

- ۱۰-۱. بلوک زایمان یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۱۰-۲. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۱۰-۳. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۱۰-۴. تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.
- ۱۰-۵. کلیه پزشکان و ماماها بلوک زایمان، حداقل سالی یک بار، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند.
- ۱۰-۶. کلیه کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.

- ۷-۱۰. تمام کارکنان در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۸-۱۰. تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند.
- ۹-۱۰. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

۱۱-۱. کتابچه/ مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بلوک موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۱۱-۲. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بلوک، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بلوک زایمان، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱۲-۱. یک کتابچه/ مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بلوک زایمان وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بلوک را توصیف می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه/ مجموعه دارای یک فهرست دقیق می‌باشد.
  - کتابچه/ مجموعه دارای نمایه مشخص می‌باشد.
- ۱۲-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:
- رعایت حقوق گیرندگان خدمت
  - برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و...).
  - ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیرتعطیل)
  - فرآیند پذیرش، انتقال درون و برون‌بخشی، ارجاع و ترخیص
  - پاسخ‌دهی موارد بحران
  - کد احیا
  - ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به‌صورت شفاهی (به‌عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می‌شوند.
  - استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت
  - استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید.
  - گندزدایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی

۱۱. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

۱۲. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- راهنماهای طبابت بالینی حداقل در ۵ مورد از حالات وخیم و شایع (راهنماهای مورد تأیید وزارت بهداشت)
- تعیین هویت مادر و کودک در اتاق زایمان
- مراقبت از نوزاد بلافاصله پس از تولد و در ریکاوری
- کنترل درد
- معیارهای انجام سزارین
- مراقبت‌های معمول
- اداره کردن بیماران پرخطر
- انجام سزارین اورژانس
- کنترل عفونت
- رعایت بهداشت دست‌ها مطابق پروتکل مصوب وزارت بهداشت
- مشخص‌بودن نوع تخصص متخصصان حاضر در زمان سزارین (متخصص نوزادان یا کودکان)
- فراهم بودن آمپول روگام
- امنیت و ایمنی نوزاد
- آموزش مراقبت از نوزادان
- آموزش مراقبت از مادر
- ایجاد شرایط ایزوله
- پایش مادر تا ۲ ساعت پس از زایمان در بلوک زایمان
- پذیرش براساس تریاژ در بلوک زایمان
- چگونگی اجرای اقدامات ده‌گانه دوستدار مادر و اقدامات ده‌گانه دوستدار کودک
- شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ‌یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی.

- ۱۳-۱. ارزیابی بدو ورود مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان (اورژانس - غیراورژانس) توسط پزشک متخصص زنان یا ماما و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.
- ۱۳-۲. اولین ارزیابی بیمار توسط ماما و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.
- ۱۳-۳. در طی تمام مراحل مراقبتی بیمار، درمان‌ها، مشاوره‌ها و مراقبت‌های لازم، با اطلاع و هماهنگی پزشک معالج بیمار، انجام می‌پذیرد.
- ۱۳-۴. پزشک معالج داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در بخش، مورد بررسی قرار داده و داروهای لازم را به دستورات دارویی بیمار اضافه می‌نماید.

۱۳. پذیرش  
در بخش و  
ارزیابی بیمار

۱۳-۵. در بیمارستان با توجه به وضعیت بیماران بستری در هنگام پذیرش، نیازهای آنان به خدمات تسکینی، درمانی، تغذیه‌ای و مددکاری اجتماعی، ارتقای سلامت، پیشگیری و توانبخشی، حمایت‌های عاطفی-روانی مشخص می‌شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.

#### فرم زایمان

۱۳-۶. یک ماما با مدرک کارشناسی مامایی، مددجو را در بخش پذیرش نموده و موارد زیر را در فرم‌های مشخص شده ثبت می‌نماید:

- شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی
- ساعت و تاریخ پذیرش در بخش
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش
- برنامه درمانی و تمام بررسی‌ها و آزمایش‌های درخواست شده توسط پزشک معالج یا ماما(براساس شرح وظایف مصوب وزارت بهداشت برای ماما)
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار یا ماما
- نحوه ورود بیمار به بخش (به‌طور مثال با صندلی چرخ‌دار)

#### گزارش پزشکی

۱۳-۷. پزشک معالج، پس از انجام ارزیابی‌ها و اقدامات لازم، موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید:

- ساعت و تاریخ انجام ویزیت
- تمام نتایج حاصل از اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی بیمار
- تمام دستورات درمانی و مراقبتی و بررسی‌ها و اقدامات پاراکلینیکی لازم
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک معالج

۱۴-۱. در ثبت مستندات در پرونده بیمار(یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند:

- تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.
- نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات و روی جلد پرونده وی ثبت می‌شوند.
- زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.
- در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.
- در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
- در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری یا مامایی تعداد موارد خط‌خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.

تذکر: برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

۱۴. پرونده  
بیمار

۱-۱۵. پزشکان، ماماها و سایر افرادی که در فرآیند مراقبت از مددجو، با پزشک معالج وی همکاری می‌کنند، به منظور تجزیه و تحلیل، یکپارچه نمودن و استمرار ارزیابی‌ها و مراقبت‌ها، با یکدیگر مشارکت می‌نمایند.

۲-۱۵. پزشک و ماما، ارزیابی مستمر مددجو را در فواصل زمانی تعیین شده انجام داده و نتایج را در پرونده بیمار، ثبت می‌نمایند:

- ثبت علائم حیاتی، کنترل صدای قلب جنین و پیشرفت انقباضات میزان جذب و دفع و پیگیری انجام به موقع آزمایش‌ها، ثبت انجام تماس پوست با پوست و مدت آن، ثبت شروع تغذیه با شیر مادر و سایر اقدامات لازم با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی مددجو توسط ماما.

۳-۱۵. وجود یک پارتوگراف تکمیل شده (برگه ثبت نموداری روند لیبر) در پرونده هر مددجوی باردار و بستری در اتاق لیبر.

۴-۱۵. مددجویان از جهت مدیریت درد، به طور مستمر ارزیابی و کنترل می‌شوند.

۵-۱۵. در زمان انتقال مددجو به بخش، برگه انتقال طراحی شده به صورت کامل و خوانا و مطابق با خط‌مشی‌ها و روش‌های بیمارستان، تکمیل گردیده است.

۶-۱۵. تا زمان انتقال مددجو به بخش، عامل زایمان، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های مادر و نوزاد را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به مددجو ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.

۷-۱۵. در زمان ترخیص، برگه خلاصه پرونده به صورت کامل، خوانا و مطابق با خط‌مشی‌ها و روش‌های بیمارستان، تکمیل شده و نسخه‌ای از آن، به بیمار تحویل می‌گردد.

۸-۱۵. در زمان ترخیص، پزشک معالج بیمار، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پزشکی (مادر و نوزاد) را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.

۹-۱۵. در زمان ترخیص، یکی از ماماها، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های مامایی را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.

۱۰-۱۵. زمان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص در پرونده بیمار ثبت و توسط پرستار یا ماما، به وی توضیح داده شده است.

۱۱-۱۵. اطلاع‌رسانی و اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می‌پذیرد.

۱-۱۶. یک نسخه از کتاب/ مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده است، در بلوک زایمان در دسترس است.

۲-۱۶. کتابچه دارویی، حاوی شرح داروهای زنان، مامایی نوزادان، اورژانسی و نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها در دسترس است.

۳-۱۶. فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می‌شود.

۴-۱۶. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی توسط ماما انجام و ثبت می‌شود.

۵-۱۶. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی توسط دو کارشناس ماما انجام و ثبت می‌شود و با درج امضای هر کارشناس، تأیید می‌گردد. داروهای خطرناک حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- تمام مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت

- دیگوکسین وریدی
  - انسولین
  - اولین دوز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی
  - ترکیبات تغذیه کامل وریدی
  - خون و فرآورده‌های خونی
  - سولفات منیزیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص راه‌حل‌های نه‌گانه ایمنی بیمار)
  - میزوپروستول
  - پروستاگلاندین F2 آلفا
  - کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص راه‌حل‌های نه‌گانه ایمنی بیمار)
- ۶-۱۶. بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد درست داده‌می‌شود، پیش‌بینی و مکتوب ساخته‌است و کارکنان مطابق آن عمل‌می‌نمایند.
- ۷-۱۶. همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آنها در یک مکان مناسب و در دسترس، در بلوک زایمان وجود دارد.
- ۸-۱۶. باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات‌بخش جهت مراقبت اورژانس در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های بلوک زایمان تأمین شود.
- ۹-۱۶. ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارائه مراقبت‌های اورژانسی، مطابق با دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه‌روز و در تمامی قسمت‌های بلوک زایمان در دسترس باشند.
- ۱۰-۱۶. مامای مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.
- ۱۱-۱۶. مامای مسئول شیفت داروهای مخدر، کلید را همواره نزد خود نگهداری می‌نماید.
- ۱۲-۱۶. داروهای مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار، محفوظ باشند و کلید نزد مامای مسئول شیفت، نگهداری شود.

- ۱۷-۱. به مددجویان باردار و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک درمورد نوع مراقبت در نظر گرفته‌شده، روش‌های جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از درمان و هرگونه هزینه مورد انتظار ارائه‌می‌شود.
- ۱۷-۲. نام فرد یا افراد مسئول ارائه آموزش و آموزش‌های ارائه‌شده به بیماران و همراهان آنان در پرونده بیمار ثبت شده‌است.
- ۱۷-۳. پمفلت‌ها و بروشورهای آموزشی برای مادران در دسترس هستند.

۱۷. آموزش  
بیمار و  
همراهان

## امکانات و ملزومات

- ۱۸-۱. خدمات پشتیبانی بلوک زایمان باید به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد مانند: تصویر برداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی و بانک خون.
- ۱۸-۲. یک سیستم برای بازبینی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک تصویربردار حداکثر ظرف ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.

۱۸. خدمات  
پشتیبانی  
بخش‌های  
پاراکلینیک

۱۸-۳. فهرست آزمایش‌های اورژانس و جدول زمان‌بندی پاسخ‌دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ‌دهی تعیین‌شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است.

۱۸-۴. امکان دریافت پاسخ آزمایش‌های اورژانسی در زمان معین مطابق با الزامات تعیین‌شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتباً با آزمایشگاه توافق شده است.

۱۹-۱. تالی اورژانس مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت در دسترس بوده، حداقل حاوی موارد ذیل است:

### ۱۹. تالی اورژانس

- دفیبریلاتور
  - مانیتور قلبی و پالس اکسیمتر
  - داروهای اورژانس
  - لوله‌هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها
  - لوله‌تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یکبار مصرف)
  - آمبوبگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
  - لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در تمامی اندازه‌ها
  - باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
  - تخته‌احیا (بک‌بورد) اطفال و بزرگسال
  - ساکشن
  - کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)
- ۱۹-۲. مستندات نشان‌می‌دهند که مامای مسئول شیفت از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات تالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۱۹-۳. شواهد مستند نشان‌می‌دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

۲۰-۱. کارکنان، امکانات و تجهیزات مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.

### ۲۰. امکانات

- ۲۰-۲. امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبت‌های اورژانسی مقدور می‌باشد.
- ۲۰-۳. هر تخت یک سیستم فراخوان اضطراری پرستار دارد.
- ۲۰-۴. همه پریزهای یوپی‌اس به‌وضوح مشخص هستند.
- ۲۰-۵. اتاق درمان در بخش وجود دارد.
- ۲۰-۶. در بخش اتاق ایزولاسیون برای جداسازی بیماران عفونی، وجود دارد.
- ۲۰-۷. در بخش یک اتاق برای جداسازی بیماران اعصاب و روانی که نیازمند جداسازی هستند، وجود دارد.
- ۲۰-۸. اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۲۰-۹. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۲۰-۱۰. امکان رعایت بهداشت دست‌ها مطابق پروتکل مصوب وزارت بهداشت وجود دارد.
- ۲۰-۱۱. فضای آموزش و شیردهی وجود دارد.
- ۲۰-۱۲. در ورودی بلوک زایمان، اتاق معاینه وجود دارد.

## ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

### ۲۱. ایمنی فیزیکی

- ۱-۲۱. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس و سالم می‌باشد.
- ۲-۲۱. داخل اتاق‌های بلوک زایمان، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهداری و جایی که سریعاً جوابگو باشند، وجود دارد.
- ۳-۲۱. نگهبان در زمان مورد نیاز در بلوک زایمان، فوراً در دسترس می‌باشد.
- ۴-۲۱. نگهبان دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده‌است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.
- ۵-۲۱. دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران بلوک زایمان، کنترل شده و محصور می‌باشد.

### ۲۲. بهبود کیفیت

- ۱-۲۲. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بلوک می‌باشد در دسترس است.
- ۲-۲۲. برنامه بهبود کیفیت این بلوک هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۳-۲۲. برنامه بهبود کیفیت این بلوک شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۴-۲۲. برنامه بهبود کیفیت بایستی دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۵-۲۲. مستندات نشان‌می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

### ۲۳. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

- ۱-۲۳. داده‌های بلوک زایمان جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲-۲۳. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده‌است.
- ۳-۲۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.
- ۴-۲۳. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۵-۲۳. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۶-۲۳. در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.



# بخش کودکان





# بخش کودکان

## مدیریت و سازماندهی

### ۱. برنامه استراتژیک

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۲-۱. در بخش کودکان، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۳-۱. تمام کارکنان بخش کودکان، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

### ۲. رئیس بخش

- ۱-۲. شرایط احراز ریاست بخش کودکان، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی طب کودکان با حداقل ۳ سال سابقه کار و دارا بودن مدرک دوره تکمیلی مصوب اداره سلامت کودکان
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی طب کودکان با حداقل ۳ سال سابقه کار
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی طب کودکان

### ۳. سرپرستار بخش

- ۱-۳. شرایط احراز برای سرپرستار بخش کودکان، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی ارشد پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش کودکان به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت) و گذراندن دوره‌های تکمیلی مصوب اداره سلامت کودکان
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های تکمیلی مصوب اداره سلامت کودکان و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش کودکان
  - مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت)
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش کودکان و گذراندن دوره‌های تکمیلی مصوب اداره سلامت کودکان
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های تکمیلی مصوب اداره سلامت کودکان و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش کودکان

### ۴. پزشک مقیم

- ۱-۴. بخش کودکان در تمام اوقات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته، از حضور پزشک مقیم برخوردار است.
- ۲-۴. پزشکان متخصص به صورت شبانه‌روزی در دسترس (آنکال) هستند.

### ۵. پرستار مسئول شیفت

- ۱-۵. شرایط لازم برای پرستاران مسئول شیفت در بخش کودکان، عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش کودکان و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش کودکان
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش کودکان

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۶. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش کودکان، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون های اولیه و دوره ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون های دوره ای ارزیابی حرفه ای و غیر حرفه ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۶. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک)

- ۱-۷. در بخش کودکان، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
- نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
- ۲-۷. لیست نوبت کاری شبانه روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.
- ۳-۷. هر یک از کارکنان بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمات می پردازند (به جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می شود).
- ۴-۷. یک لیست از پزشکان، متخصصان و مشاوره دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه روز در بخش کودکان، در دسترس است.
- ۵-۷. لیست نوبت کاری شبانه روزی هر ماه گروه احیا، با حضور یک پزشک دوره دیده احیای کودکان در محلی مناسب و قابل رؤیت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.
- ۶-۷. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه روزی می باشد، برنامه ریزی انجام شده است.
- ۷-۷. مستنداتی که نشان می دهند محاسبه و چینش کارکنان در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است در بخش موجود است.

۷. لیست کارکنان

- ۱-۸. در بخش کودکان، یک کتابچه / مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای

۸. دوره توجیهی بدو ورود

پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی).

- معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
- زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به همه تجهیزات اختصاصی این بخش

- ۹-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۹-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک‌بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۹-۳. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۹-۴. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۹. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

- ۱۰-۱. بخش کودکان یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۱۰-۲. مستداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۱۰-۳. مستداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۱۰-۴. تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی-ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.
- ۱۰-۵. تمام پزشکان و پرستاران بخش کودکان، حداقل سالی یک بار، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته کودکان و نوزادان و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند.
- ۱۰-۶. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۱۰-۷. تمام کارکنان در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۱۰-۸. تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند.
- ۱۰-۹. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

۱۰. آموزش و  
توانمندسازی  
کارکنان

- ۱۱-۱. کتابچه/ مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:
  - اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۱۱-۲. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور(جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱۱. کتابچه/  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

۱۲. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- ۱-۱۲. یک کتابچه/ مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش کودکان وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند
  - کتابچه/ مجموعه دارای یک فهرست دقیق است
  - کتابچه/ مجموعه دارای نمایه مشخص است
- ۲-۱۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:
  - رعایت حقوق گیرندگان خدمت
  - برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و ...)
  - ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیر تعطیل)
  - نیروی انسانی اتاق بازی
  - پذیرش، انتقال درون و برون‌بخشی، ارجاع و ترخیص
  - پاسخ‌دهی موارد بحران
  - احیا
  - چگونگی ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به‌صورت شفاهی (به‌عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می‌شوند.
  - استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت.
  - استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به‌مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید.
  - پیشگیری و کنترل عفونت
  - راهنماهای طبابت بالینی حداقل در ۵ مورد از حالات وخیم و شایع بخش کودکان (راهنماهای مورد تأیید وزارت بهداشت)
  - شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

۱۳. پذیرش  
در بخش و  
ارزیابی بیمار

- ۱-۱۳. اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.
- ۲-۱۳. اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.
- ۳-۱۳. طی تمام مراحل مراقبتی بیمار، پزشک معالج بیمار مشخص شده و همه مشاوره‌ها، درمان‌ها و مراقبت‌های لازم، با اطلاع و هماهنگی وی انجام می‌پذیرد.
- ۴-۱۳. پزشک معالج داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در بخش، مورد بررسی قرار داده و داروهای لازم را به دستورات دارویی بیمار اضافه می‌نماید.
- ۵-۱۳. در بیمارستان با توجه به وضعیت بیماران بستری در هنگام پذیرش، نیازهای آنان به خدمات تسکینی، درمانی، تغذیه‌ای و مددکاری اجتماعی، ارتقای سلامت، مشخص می‌شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.

## گزارش پرستاری

۶-۱۳. یک پرستار با مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، بیمار را در بخش پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می‌نماید:

- شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی
- ساعت و تاریخ پذیرش در بخش
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)
- برنامه درمانی و کلیه بررسی‌ها و آزمایش‌های درخواست شده توسط پزشک معالج
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار
- نحوه ورود بیمار به بخش (به‌طور مثال با صندلی چرخ‌دار)

## گزارش پزشکی

۷-۱۳. پزشک معالج، پس از انجام ارزیابی‌ها و اقدامات لازم، موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید:

- ساعت و تاریخ انجام ویزیت
- تمام نتایج حاصل از اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی بیمار
- تمام دستورات درمانی و مراقبتی و بررسی‌ها و اقدامات پاراکلینیکی لازم
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک معالج

۱-۱۴. برای همه کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

۲-۱۴. در ثبت مستندات در پرونده بیمار (یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند:

- تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.
- نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات و روی جلد پرونده وی ثبت می‌شوند.
- زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.
- در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.
- در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
- در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.
- شواهد مستندی از عملکرد تریاژ، در پرونده پزشکی بیماران وجود دارد.

**تذکر:** برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

۱۴. پرونده  
بیمار

۱-۱۵. پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که در فرآیند مراقبت از بیمار، با پزشک معالج وی همکاری می‌کنند، به‌منظور تجزیه و تحلیل، یکپارچه نمودن و استمرار ارزیابی‌ها و مراقبت‌ها، با یکدیگر مشارکت می‌نمایند.

۲-۱۵. کارکنان درمانی واجد صلاحیت، ارزیابی مجدد بیمار را در فواصل زمانی مناسب انجام داده و نتایج را در پرونده بیمار، ثبت می‌نمایند:

- پیشرفت برنامه مراقبتی طی ۲۴ ساعت اولیه از زمان پذیرش توسط پرستار
- ثبت گزارش‌های روند مراقبت از بیمار توسط پرستار، حداقل یک بار در هر نوبت کاری

۱۵. ارزیابی  
و مراقبت  
مستمر از  
بیمار

- ثبت علائم حیاتی، میزان جذب و دفع و... و پیگیری انجام به موقع آزمایش‌ها و سایر اقدامات لازم، با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی بیمار، توسط پرستار.
- ثبت روزانه (در صورت لزوم و با توجه به شرایط بیمار، در فواصل زمانی کوتاه‌تر) وضعیت بیمار، تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد، توسط پزشک معالج.
- ۳-۱۵. بیماران از جهت مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی، به‌طور مستمر ارزیابی و کنترل می‌شوند.
- ۴-۱۵. رعایت بهداشت دست‌ها مطابق با پروتکل مصوب وزارت بهداشت انجام می‌گیرد.
- ۵-۱۵. اقدامات مراقبتی، براساس برنامه‌ها و دستورات ثبت‌شده در پرونده انجام می‌شوند.
- ۶-۱۵. در زمان ترخیص، برگه خلاصه پرونده به‌صورت کامل، خوانا و مطابق با خط‌مشی‌ها و روش‌های بیمارستان، تکمیل‌شده و نسخه‌ای از آن، به بیمار تحویل می‌گردد.
- ۷-۱۵. در زمان ترخیص، پزشک معالج بیمار، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پزشکی را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه‌نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- ۸-۱۵. در زمان ترخیص، یکی از پرستاران، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پرستاری را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه‌نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- ۹-۱۵. زمان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص در پرونده بیمار ثبت و توسط پرستار، به وی توضیح داده می‌شود.
- ۱۰-۱۵. اطلاع‌رسانی و اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می‌پذیرد.

**۱۶. دستورات دارویی**

- ۱-۱۶. یک نسخه از کتاب/ مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده است، در بخش کودکان در دسترس است.
- ۲-۱۶. کتابچه/ مجموعه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و... نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها است.
- ۳-۱۶. فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می‌شود.
- ۴-۱۶. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی توسط پرستار انجام و ثبت می‌شود.
- ۵-۱۶. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی، داروهای پرخطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت می‌شود و با درج امضای هر کارشناس، تأیید می‌گردد. داروهای خطرناک حداقل شامل موارد ذیل هستند:
  - تمام مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت
  - دیگوکسین وریدی
  - انسولین
  - اولین دوز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی
  - ترکیبات تغذیه کامل وریدی
  - دوزهای کودکان از ویال‌های چنددوزی
  - خون و فرآورده‌های خونی
  - کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص راه‌حل‌های نه‌گانه ایمنی بیمار)
- ۶-۱۶. بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد درست داده می‌شود، پیش‌بینی و مکتوب ساخته است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.
- ۷-۱۶. همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آنها در یک مکان مناسب و در دسترس، در بخش کودکان وجود دارد.
- ۸-۱۶. باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات‌بخش جهت مراقبت اورژانسی در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های بخش کودکان تأمین شود.



۹-۱۶. ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارائه مراقبت‌های اورژانسی، مطابق با دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه‌روز و در تمامی قسمت‌های بخش کودکان در دسترس باشند.

۱۰-۱۶. سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.

- پرستار مسئول داروهای مخدر، کلید را همواره نزد خود نگهداری می‌نماید.
- داروهای مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار، محفوظ باشند و کلید نزد پرستار مسئول داروهای مذکور، نگهداری شود.

۱۷-۱. به بیماران بستری و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک در مورد نوع مراقبت در نظر گرفته شده، روش‌های جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از درمان و هرگونه هزینه مورد انتظار، ارائه می‌شود.

۱۷-۲. نام فرد یا افراد مسئول ارائه آموزش به بیماران و همراهان آنان در پرونده بیمار ثبت شده است.

۱۷-۳. بروشور (جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع‌ترین علل مراجعه و بستری در هر بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی درمانی مهمی که بیماران این بخش، باید رعایت نمایند، در بخش کودکان برای استفاده بیماران و همراهان آنان در دسترس است.

۱۷. آموزش  
بیمار و  
همراهان

## امکانات و ملزومات

۱۸-۱. خدمات پشتیبانی بخش کودکان باید به صورت شبانه‌روزی در بیمارستان در دسترس باشد شامل:

تصویربرداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی و بانک خون

۱۸-۲. یک سیستم برای بازبینی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک تصویربردار حداکثر ظرف ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.

۱۸-۳. فهرست آزمایش‌های اورژانس و جدول زمان‌بندی پاسخ‌دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ‌دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است.

۱۸-۴. امکان دریافت پاسخ آزمایش‌های اورژانسی در زمان معین مطابق با الزامات تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتاباً آزمایشگاه توافق شده است.

۱۸. خدمات  
پشتیبانی  
بخش‌های  
پاراکلینیک

۱۹-۱. توالی اورژانس در دسترس بوده مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت، حداقل حاوی موارد ذیل است:

● دفیبریلاتور

● مانیتور قلبی و پالس اکسیمتر

● داروهای اورژانس

● لوله هوایی (Air Way) در اندازه‌های مناسب برای کودکان

● لوله تراشه برای نوزادان و کودکان (یک‌بار مصرف)

● آمبویگ مناسب برای کودکان

● لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در اندازه‌های مناسب برای کودکان

● باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ

● تخته احیا (بک‌بورد) کودکان

● ساکشن

● کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)

۱۹-۲. مستندات نشان می‌دهند که پرستار مسئول از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات توالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.

۱۹-۳. شواهد مستند نشان می‌دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

۱۹. توالی  
اورژانس

## ۲۰. امکانات

- ۲۰-۱. کارکنان، امکانات و تجهیزات مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.
- ۲۰-۲. امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبت‌های اورژانسی مقدور است.
- ۲۰-۳. هر تخت یک سیستم فراخوان اضطراری پرستار دارد.
- ۲۰-۴. همه پریزهای یوپی‌اس به‌وضوح مشخص هستند.
- ۲۰-۵. اتاق درمان در بخش وجود دارد.
- ۲۰-۶. در بخش اتاق ایزولاسیون برای جداسازی بیماران عفونی، وجود دارد.
- ۲۰-۷. اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۲۰-۸. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۲۰-۹. امکان رعایت بهداشت دست‌ها مطابق پروتکل مصوب وزارت بهداشت وجود دارد.
- ۲۰-۱۰. یک فضای بازی در بخش کودکان موجود است.
- ۲۰-۱۱. نکات ایمنی در فضا و وسایل اتاق بازی رعایت شده است.
- ۲۰-۱۲. یکی از کارکنان پرستاری مسئول بازی کودکان در بخش است.

## ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

۲۱. ایمنی  
فیزیکی

- ۲۱-۱. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس و سالم است.
- ۲۱-۲. داخل اتاق‌های بخش کودکان، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهداری و جایی که سریعاً جوابگو باشند، وجود دارد.
- ۲۱-۳. نگهداری در زمان مورد نیاز در بخش کودکان، فوراً در دسترس است.
- ۲۱-۴. نگهداری دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.
- ۲۱-۵. ایمنی فضاها از جهت عدم دسترسی کودکان به پریزهای برق و وسایل خطرناک، رعایت شده است.
- ۲۱-۶. ایمنی فضاها به‌منظور پیشگیری از خطر سقوط کودکان از تخت‌ها، پنجره‌ها، رعایت می‌شود.
- ۲۱-۷. دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران بخش کودکان، کنترل شده و محصور است.

۲۲. بهبود  
کیفیت

- ۲۲-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد، در دسترس است.
- ۲۲-۲. برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۲۲-۳. برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۲۲-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۲۲-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

۲۳. جمع‌آوری  
و تحلیل  
داده‌ها

- ۲۳-۱. داده‌های بخش کودکان جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲۳-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۲۳-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.
- ۲۳-۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۲۳-۵. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۲۳-۶. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

# بخش روانپزشکی





# بخش روانپزشکی

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۲-۱. در بخش روانپزشکی، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۳-۱. تمام کارکنان بخش روانپزشکی، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

- ۱-۲. شرایط احراز ریاست بخش روانپزشکی، حداقل عبارت است از:
- دارا بودن مدرک دکترای تخصصی روانپزشکی با حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش روانپزشکی
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی روانپزشکی

۲. رئیس  
بخش

- ۱-۳. شرایط احراز برای سرپرستار بخش روانپزشکی، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی ارشد پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش روانپزشکی به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت) و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش روانپزشکی
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش روانپزشکی و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش روانپزشکی به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت)
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش روانپزشکی و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش روانپزشکی
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش روانپزشکی و ۱ سال سابقه کار در بخش روانپزشکی

۳. سرپرستار  
بخش

- ۱-۴. دارا بودن حداقل کارشناس ارشد روانشناسی بالینی با حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش روانپزشکی
- ۲-۴. دارا بودن حداقل کارشناس روانشناسی بالینی با حداقل ۲ سال سابقه کار در بخش روانپزشکی

۴. مسئول واحد  
روانشناسی  
بالینی

- ۱-۵. دارا بودن حداقل کارشناس کاردرمانی با حداقل ۲ سال سابقه کار در بخش روانپزشکی

۵. مسئول واحد  
کاردرمانی

۱-۶. دارا بودن حداقل کارشناس مددکار اجتماعی با حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش روانپزشکی

۶. مسئول  
مددکاری  
اجتماعی

۱-۷. بخش روانپزشکی در تمام روزهای هفته و در تمام اوقات شبانه‌روز از حضور پزشک مقیم برخوردار است.  
۲-۷. پزشک متخصص روانپزشکی به صورت شبانه‌روز در دسترس (آنکال) می‌باشد.

۷. پزشک مقیم

۱-۸. شرایط لازم برای پرستاران مسئول شیفت در بخش روانپزشکی، عبارت است از:  
● دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش روانپزشکی و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش روانپزشکی  
● دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش روانپزشکی

۸. پرستار  
مسئول  
شیفت

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۱-۹. پرونده پرسنلی (کاغذی/ الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش روانپزشکی، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:

۹. پرونده  
پرسنلی  
(کاغذی/  
الکترونیک)

- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
- شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
- چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
- کپی آخرین مدرک تحصیلی
- کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
- مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
- مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
- مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۱-۱۰. در بخش روانپزشکی، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:

۱۰. لیست  
کارکنان

- نام و نام خانوادگی
- جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
- سمت سازمانی

۱-۱۰. ۲. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.

۱-۱۰. ۳. هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).

۱-۱۰. ۴. یک لیست از پزشکان، متخصصان و مشاوره‌دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه‌روز در بخش روانپزشکی، در دسترس است.

- ۱۰-۵. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده‌است.
- ۱۰-۶. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده است.
- ۱۰-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش کارکنان در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود می‌باشد.

- ۱۱-۱. در بخش روانپزشکی، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به همه تجهیزات اختصاصی این بخش

### ۱۱. دوره توجیهی بدو ورود

- ۱۲-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۱۲-۲. انواعی از مهارت‌های کارکنان که باید به‌طور منظم آزمون شوند، حداقل شامل موارد ذیل هستند:
- نحوه دارودهی
  - طریقه اعمال مهارت فیزیکی و شیمیایی
  - روش جداسازی کامل بیمار
  - نحوه برخورد با عوارض جانبی
- ۱۲-۳. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۱۲-۴. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی‌شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۱۲-۵. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام‌شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

### ۱۲. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

- ۱۳-۱. بخش روانپزشکی یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.

### ۱۳. آموزش و توانمندسازی کارکنان

- ۱۳-۲. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۱۳-۳. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۱۳-۴. تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.
- ۱۳-۵. تمام پزشکان و پرستاران بخش روانپزشکی، حداقل سالی یک بار، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند.
- ۱۳-۶. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۱۳-۷. تمام کارکنان در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۱۳-۸. تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند.
- ۱۳-۹. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

- ۱۴-۱. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:
- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۱۴-۲. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱۴. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

- ۱۵-۱. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش روانپزشکی وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه / مجموعه دارای یک فهرست دقیق می‌باشد.
  - کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص می‌باشد.
- ۱۵-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:
- رعایت حقوق گیرندگان خدمت
  - برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و ...).

۱۵. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها



- ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیرتعطیل)
- فرآیند پذیرش، انتقال درون و برون‌بخشی، ارجاع و ترخیص
- پاسخ‌دهی موارد بحران
- کد احیا
- چگونگی ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به‌صورت شفاهی (به‌عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می‌شوند.
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت کاری
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید.
- راهنماهای طبابت بالینی حداقل در ۵ مورد از حالات وخیم و شایع در مراجعه‌کنندگان به روانپزشکی (راهنماهای مورد تأیید وزارت بهداشت)
- توجه بیماران جدید بخش
- محدودیت‌ها (فیزیکی یا شیمیایی)
- جداسازی کامل بیمار
- ارزیابی خطر خودکشی
- دسته‌بندی شرح حال پرستاری
- کنترل عبور و مرور ملاقات‌کنندگان (شامل موضوعات امنیتی هم می‌شود)
- مراقبت‌های اورژانس (مانند ایست قلبی، شوک آنافیلاکسی، هیپرترمی بدخیم، اورژانس‌های روانپزشکی)
- موارد کاربرد و تجویز درمان الکتروکانوالسیو
- تشنج القاشده ناشی از درمان الکتروکانوالسیو
- درمان بیماران مهاجم یا خشن
- بیماران متواری
- کاردرمانی
- آموزش خانواده
- احتیاطات امنیتی
- شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

- ۱-۱۶. اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.
- ۲-۱۶. اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.

۱۶. پذیرش

در بخش و

ارزیابی بیمار

- ۱۶-۳. در طی تمام مراحل مراقبتی بیمار، پزشک معالج بیمار مشخص شده و همه مشاوره‌ها، درمان‌ها و مراقبت‌های لازم، با اطلاع و هماهنگی وی انجام می‌پذیرد.
- ۱۶-۴. پزشک معالج داروهای درحال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در بخش، مورد بررسی قرار داده و داروهای لازم را به دستورات دارویی بیمار اضافه می‌نماید.
- ۱۶-۵. در بیمارستان با توجه به وضعیت بیماران بستری در هنگام پذیرش، نیازهای آنان به خدمات تسکینی، درمانی، تغذیه‌ای و مددکاری اجتماعی، ارتقای سلامت، پیشگیری و توانبخشی مشخص می‌شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.

### گزارش پرستاری

- ۱۶-۶. یک پرستار با مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، بیمار را در بخش پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می‌نماید:

- شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی
- ساعت و تاریخ پذیرش در بخش
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)
- برنامه درمانی و تمام بررسی‌ها و آزمایش‌های درخواست شده توسط پزشک معالج
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار
- نحوه ورود بیمار به بخش (به‌طور مثال با صندلی چرخ‌دار)

### گزارش پزشکی

- ۱۶-۷. پزشک معالج، پس از انجام ارزیابی‌ها و اقدامات لازم، موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید:

- ساعت و تاریخ انجام ویزیت
- تمام نتایج حاصل از اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی بیمار
- تمام دستورات درمانی و مراقبتی و بررسی‌ها و اقدامات پاراکلینیکی لازم
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک معالج

- ۱۷-۱. برای همه کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

### ۱۷. پرونده بیمار

- ۱۷-۲. در ثبت مستندات در پرونده بیمار (یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند:

- تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.
- نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات و روی جلد پرونده وی ثبت می‌شوند.
- زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.
- در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.

- در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
  - در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط‌خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.
- برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، **تذکر:** بررسی نخواهند شد.

### ۱۸. ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار

- ۱-۱۸. پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که در فرآیند مراقبت از بیمار، با پزشک معالج وی همکاری می‌کنند، به منظور تجزیه و تحلیل، یکپارچه نمودن و استمرار ارزیابی‌ها و مراقبت‌ها، با یکدیگر مشارکت می‌نمایند.
- ۲-۱۸. کارکنان درمانی واجد صلاحیت، ارزیابی مجدد بیمار را در فواصل زمانی مناسب انجام داده و نتایج را در پرونده بیمار، ثبت می‌نمایند:
  - پیشرفت برنامه مراقبتی طی ۲۴ ساعت اولیه از زمان پذیرش توسط پرستار
  - ثبت گزارش‌های روند مراقبت از بیمار توسط پرستار، حداقل یک بار در هر نوبت کاری
  - ثبت علائم حیاتی، میزان جذب و دفع و... و پیگیری انجام به موقع آزمایش‌ها و سایر اقدامات لازم، با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی بیمار، توسط پرستار
  - ثبت روزانه (در صورت لزوم و با توجه به شرایط بیمار، در فواصل زمانی کوتاه‌تر) وضعیت بیمار، تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد، توسط پزشک معالج
- ۳-۱۸. بیماران از جهت مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی و آرامبخشی، به طور مستمر ارزیابی و کنترل می‌شوند.
- ۴-۱۸. اقدامات مراقبتی، براساس برنامه‌ها و دستورات ثبت شده در پرونده انجام می‌شوند.
- ۵-۱۸. در زمان ترخیص، برگه خلاصه پرونده به صورت کامل، خوانا و مطابق با خط‌مشی‌ها و روش‌های بیمارستان، تکمیل شده و نسخه‌ای از آن، به بیمار تحویل می‌گردد.
- ۶-۱۸. در زمان ترخیص، پزشک معالج بیمار، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پزشکی را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار (در صورتی که شرایط بیمار اجازه دهد) و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- ۷-۱۸. در زمان ترخیص، یکی از پرستاران، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پرستاری را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار (در صورتی که شرایط بیمار اجازه دهد) و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- ۸-۱۸. زمان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص در پرونده بیمار ثبت و توسط پرستار، به وی (در صورتی که شرایط بیمار اجازه دهد) و همراهانش توضیح داده می‌شود.
- ۹-۱۸. اطلاع‌رسانی و اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می‌پذیرد.

### ۱۹. دستورات دارویی

- ۱-۱۹. یک نسخه از کتاب/مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده است، در بخش روانپزشکی در دسترس است.

۱۹-۲. کتابچه/ مجموعه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها است.

۱۹-۳. فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می‌شود.

۱۹-۴. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی توسط پرستار انجام و ثبت می‌شود.

۱۹-۵. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی، داروهای پرخطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت می‌شود و با درج امضای هر کارشناس، تأیید می‌گردد. داروهای خطرناک حداقل شامل موارد ذیل هستند:

● همهٔ مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت

● دیگوکسین وریدی

● انسولین

● اولین دوز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی

● ترکیبات تغذیه کامل وریدی

● دوزهای کودکان از ویال‌های چنددوزی

● خون و فرآورده‌های خونی

● کلرور پتاسیم (مطابق توصیهٔ سازمان جهانی بهداشت در خصوص راه‌حل‌های نه‌گانهٔ ایمنی بیمار)

۱۹-۶. بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد درست داده می‌شود، پیش‌بینی و مکتوب ساخته‌است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.

۱۹-۷. همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آنها در یک مکان مناسب و در دسترس، در بخش روانپزشکی وجود دارد.

۱۹-۸. باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات‌بخش جهت مراقبت اورژانسی در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همهٔ قسمت‌های روانپزشکی تأمین شود.

۱۹-۹. ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارائهٔ مراقبت‌های اورژانسی، مطابق با دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه‌روز و در تمامی قسمت‌های بخش روانپزشکی در دسترس باشند.

۱۹-۱۰. سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.

۱۹-۱۱. پرستار مسئول داروهای مخدر، کلید را همواره نزد خود نگهداری می‌نماید.

۱۹-۱۲. داروها مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار، محفوظ باشند و کلید نزد پرستار مسئول داروهای مذکور، نگهداری شود.

۲۰-۱. به بیماران بستری (در صورتی که شرایط بیمار اجازه دهد) و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک در مورد نوع مراقبت در نظر گرفته شده، روش‌های جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از درمان و هرگونه هزینه مورد انتظار ارائه می‌شود.

۲۰-۲. نام فرد یا افراد مسئول ارائهٔ آموزش به بیماران و همراهان آنان در پروندهٔ بیمار ثبت شده‌است.

۲۰-۳. بروشور (جزوهٔ آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع‌ترین علل مراجعه و بستری در هر بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی درمانی مهمی که بیماران این بخش، باید رعایت نمایند، در بخش روانپزشکی برای استفادهٔ بیماران (در صورتی که شرایط بیمار اجازه دهد) و همراهان آنان در دسترس است.

## امکانات و ملزومات

- ۲۱-۱. خدمات پشتیبانی بخش روانپزشکی باید به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد مانند: تصویربرداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی و بانک خون
- ۲۱-۲. یک سیستم برای بازبینی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک تصویربردار حداکثر ظرف ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.
- ۲۱-۳. فهرست آزمایش‌های اورژانس و جدول زمان‌بندی پاسخ‌دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ‌دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است.
- ۲۱-۴. امکان دریافت پاسخ آزمایش‌های اورژانسی در زمان معین مطابق با الزامات تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتباً با آزمایشگاه توافق شده است.

۲۱. خدمات  
پشتیبانی  
بخش‌های  
پاراکلینیک

- ۲۲-۱. ترالی اورژانس در دسترس بوده مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت، حداقل حاوی موارد ذیل است:

- دفیبریلاتور
- مانیتور قلبی و پالس اکسیمتر
- داروهای اورژانس
- لوله هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها
- لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یکبار مصرف)
- آمبوبگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
- لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در تمامی اندازه‌ها
- باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
- تخته احیا (بک‌بورد) اطفال و بزرگسال
- ساکشن
- کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)

۲۲. ترالی  
اورژانس

- ۲۲-۲. مستندات نشان می‌دهند که پرستار مسئول از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۲۲-۳. شواهد مستند نشان می‌دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

- ۲۳-۱. کارکنان، امکانات و تجهیزات مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.
- ۲۳-۲. امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبت‌های اورژانسی مقدور است.
- ۲۳-۳. هر تخت یک سیستم فراخوان اضطراری پرستار دارد.
- ۲۳-۴. در اتاق‌های خصوصی داخل بخش، دستشویی و حمام به زنگ خطر ایمنی که به یک سامانه مرکزی متصل است، مجهز هستند.
- ۲۳-۵. اتاق درمان در بخش وجود دارد.
- ۲۳-۶. در بخش اتاق ایزولاسیون برای جداسازی بیماران عفونی، وجود دارد.
- ۲۳-۷. در بخش اتاق برای جداسازی بیماران اعصاب و روانی که نیازمند جداسازی هستند، وجود دارد.

۲۳. امکانات

- ۲۳-۸. اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۲۳-۹. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۲۳-۱۰. دسترسی آسان به امکانات شستشوی دست فراهم می‌باشد.
- ۲۴-۱. بخش روانپزشکی یک محل مطمئن خارج از ساختمان جهت ملاقات بیماران و عیادت کنندگان دارد.
- ۲۴-۲. یک محل مطمئن دارای تهویه جهت سیگار کشیدن موجود می‌باشد.
- ۲۴-۳. خط‌مشی و راهنمای لازم در محل سیگار کشیدن موجود می‌باشد.

۲۴. فضای  
فیزیکی

## ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۲۵-۱. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس و سالم است.
- ۲۵-۲. داخل اتاق‌های بخش روانپزشکی، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهداری و جایی که سریعاً جوابگو باشند، وجود دارد.
- ۲۵-۳. نگهبان در زمان مورد نیاز در بخش روانپزشکی، فوراً در دسترس می‌باشد.
- ۲۵-۴. نگهبان دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده‌است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.
- ۲۵-۵. ایمنی فضا و وسایل برای پیشگیری از احتمال آسیب و فرار، رعایت شده‌است.
- ۲۵-۶. دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران بخش روانپزشکی، کنترل شده و محصور می‌باشد.

۲۵. ایمنی  
فیزیکی

- ۲۶-۱. یک نسخه از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان و بخش روانپزشکی در این بخش در دسترس است.
- ۲۶-۲. برنامه بهبود کیفیتی هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، در این واحد نیز پیاده می‌شود.
- ۲۶-۳. برنامه بهبود کیفیت شامل موضوعات بالینی و غیر بالینی است.
- ۲۶-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۲۶-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

۲۶. بهبود  
کیفیت

- ۲۷-۱. داده‌های بخش روانپزشکی جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲۷-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده‌است.
- ۲۷-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.
- ۲۷-۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۲۷-۵. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۲۷-۶. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت‌گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

۲۷. جمع‌آوری  
و تحلیل  
داده‌ها

# بخش تصویربرداری







# بخش تصویربرداری

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۱-۲. در بخش تصویربرداری، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. تمام کارکنان بخش تصویربرداری، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

- ۱-۲. شرایط احراز ریاست بخش تصویربرداری، حداقل عبارت است از:
- دارا بودن مدرک دکترای تخصصی رادیولوژی

۲. رئیس  
بخش

- ۱-۳. شرایط احراز برای سوپروایزر بخش تصویربرداری، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
- دارا بودن مدرک کارشناسی رادیولوژی و حداقل ۲ سال سابقه کار در بخش تصویربرداری
  - دارا بودن مدرک کاردانی رادیولوژی و حداقل ۴ سال سابقه کار در بخش تصویربرداری

۳. سوپروایزر  
بخش

- ۱-۴. بخش تصویربرداری در مراکز تروما در تمام روزهای هفته و تمام اوقات شبانه‌روز از حضور پزشک مقیم برخوردار می‌باشد.

۴. پزشک  
مقیم

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۵. پرونده پرسنلی (کاغذی/ الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش تصویربرداری، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۵. پرونده  
پرسنلی  
(کاغذی/  
الکترونیک)

۶. لیست  
کارکنان

- ۱-۶. در بخش تصویربرداری، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
  - نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت)
  - سمت سازمانی
- ۲-۶. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده‌است.
- ۳-۶. هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به‌جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
- ۴-۶. یک لیست از پزشکان، متخصصان و مشاوره‌دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه‌روز در بخش تصویربرداری، در دسترس می‌باشد.
- ۵-۶. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده‌است.
- ۶-۶. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.
- ۷-۶. مستنداتی که نشان‌می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود می‌باشد.

۷. دوره  
توجهی  
بدو ورود

- ۱-۷. در بخش تصویربرداری، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:
  - معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این بخش

۸. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

- ۱-۸. مستندات نشان‌می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۲-۸. مستندات نشان‌می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای همه کارکنان، برگزار می‌شوند.

۳-۸. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.

۴-۸. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۱-۹. بخش تصویربرداری یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.

۲-۹. مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۳-۹. مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.

۴-۹. مستندات نشان می‌دهند کلیه کارکنان این بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.

۵-۹. مستندات نشان می‌دهند تمام پزشکان و پرستاران بخش تصویربرداری، حداقل سالی یک بار، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته، استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند موجود است.

۶-۹. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت، رعایت حقوق آنان به طور مستمر آموزش می‌بینند.

۷-۹. تمام کارکنان در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به طور مستمر آموزش می‌بینند.

۸-۹. مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند، موجود است.

۹-۹. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

۱-۱۰. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
- اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی (فصل‌های مجزا شامل سونوگرافی - CT - MRI)

۲-۱۰. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۹. آموزش  
توانمندسازی  
کارکنان

۱۰. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

### ۱۱. خط‌مشی‌ها و روش‌ها

۱-۱۱. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش تصویربرداری وجود دارد که موضوعات

مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
- خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- کتابچه / مجموعه دارای یک فهرست دقیق می‌باشد.
- کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص می‌باشد.

۲-۱۱. خط‌مشی‌ها و روش‌های این بخش حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- نحوه گردش کار کلی بخش
- رعایت حقوق گیرندگان خدمت
- برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و ..).
- ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیر تعطیل)
- پذیرش، انتقال درون و برون‌بخشی، ارجاع و ترخیص
- پاسخ‌دهی موارد بحران
- چگونگی پاسخ به کد احیا
- چگونگی ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به‌صورت شفاهی (به‌عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می‌شوند.
- ارزیابی سطوح پرتوگیری پزشکان و کارکنان
- رعایت حریم خصوصی بیمار
- پرتوتابی بیماران باردار
- سلامتی از نظر اشعه (به‌خصوص استفاده از شیلدهای محافظتی برای بیماران و کارکنان)
- پیشگیری از تکرار غیرضروری موارد تصویربرداری، با افزایش مهارت کارکنان
- پاسخگویی به سؤالات فنی و مشکلاتی که تکنسین‌ها و کارکنان بخش تصویربرداری در حین انجام کار با آن مواجه می‌شوند (در تمامی ساعات شبانه‌روز و همه روزهای هفته)
- مواد حاجب
- روش‌های رایج تصویربرداری
- بررسی اختلاف‌های موجود میان گزارش‌های تصویربرداری و تشخیص‌های بالینی (Variance)
- چگونگی گنزدایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی
- راهنماهای طبابت بالینی حداقل در ۵ مورد از حالات وخیم و شایع در مراجعه‌کنندگان (مورد تأیید وزارت بهداشت)
- بازبینی راهنماهای طبابت بالینی در فواصل زمانی مناسب
- پاسخ‌های اورژانس (مانند یک موقعیت ایست قلبی - تنفسی)
- کنترل عفونت

● شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد(به ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

## ۱۲. الزامات

- ۱-۱۲. همهٔ ماموگرافی‌ها باید به‌وسیلهٔ ۲ رادیولوژیست خوانده‌شده و گزارش، امضا و تأیید شوند.
- ۲-۱۲. گزارش‌های تصویربرداری توسط یک رادیولوژیست طی حداکثر ۴۸ ساعت بعد از انجام گرافی‌ها تکمیل و امضا می‌شود.
- ۳-۱۲. اطلاع‌رسانی و اعلام نتایج معوقهٔ تست‌های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می‌پذیرد.
- ۴-۱۲. اطلاعات کتبی و شفاهی مناسبی، قبل از انجام اقدامات درمانی(Procedures)، به همهٔ بیماران ارائه می‌شود.
- ۵-۱۲. فرم رضایت‌نامه باید از همهٔ بیمارانی که تحت اعمال با خطر بالا و یا تهاجمی قرار می‌گیرند(لیست این اقدامات توسط بیمارستان مشخص شده و در دسترس است)، گرفته‌شود.
- ۶-۱۲. سرویس‌های(خدمات) ویژه، مثل پزشکی هسته‌ای و پرتودرمانی به‌وسیلهٔ پزشکان متخصص مربوط به هر رشته ارائه می‌گردد.
- ۷-۱۲. یک پرستار دارای شمارهٔ نظام در طول مراحل انجام فرآیندهای تصویربرداری مداخله‌ای به‌منظور اقدامات پرستاری مورد نیاز احتمالی، قابل دسترس است.
- ۸-۱۲. یک متخصص بیهوشی در طول فرآیندهای تصویربرداری مداخله‌ای یا در مواقعی که لازم است به بیمار بیهوشی(Sedation) داده‌شود، در دسترس است.
- ۹-۱۲. متخصصین تصویربرداری به‌طور منظم در جلسات بالینی که با حضور متخصصان سایر رشته‌ها برگزار می‌شود شرکت می‌نمایند.
- ۱۰-۱۲. خدمات بخش تصویربرداری به‌صورت شبانه‌روزی در دسترس است.

## ۱۳. پذیرش در بخش و ارزیابی بیمار

- ۱-۱۳. یک مسئول پذیرش، بیمار را در بخش پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می‌نماید:
  - شکایت فعلی بیمار و دلیل مراجعه وی
  - ساعت و تاریخ پذیرش بیمار در بخش
- ۲-۱۳. توضیحات و آموزش‌های ارائه‌شده به بیمار و همراهان وی برحسب مورد توسط پزشک متخصص تصویربرداری و یا پرسنل فنی بخش تصویربرداری ثبت می‌گردد.

## ۱۴. گزارش پزشکی بدو ورود

- ۱-۱۴. پزشک، پس از انجام ارزیابی‌ها و اقدامات لازم، موارد زیر را در پروندهٔ بیمار ثبت می‌نماید:
  - ساعت و تاریخ انجام گزارش‌های تصویربرداری تشخیصی
  - تمام نتایج حاصل از اخذ شرح حال و اطلاعات بالینی بیمار مندرج در برگهٔ درخواست تصویربرداری
  - تمام دستورات درمانی و مراقبتی و بررسی‌ها و اقدامات پاراکلینیکی لازم
  - توضیحات و آموزش‌های ارائه‌شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک

۱۴-۲. برای همه کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

۱۴-۳. در ثبت مستندات حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند:

- نام و نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات پرونده و روی جلد پرونده ثبت می‌شود.
- تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.
- زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.
- در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.
- در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
- در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.
- مستندسازی در بخش تصویربرداری باید در فرم‌های طراحی شده خاص این بخش باشد و در پرونده بیمار نگهداری شود.

**تذکر:** برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

- ۱۵-۱. یک نسخه از کتاب/ مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده است، در بخش تصویربرداری در دسترس است.
- ۱۵-۲. کتابچه/ مجموعه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها است.
- ۱۵-۳. فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می‌شود.
- ۱۵-۴. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی توسط پرستار انجام و ثبت می‌شود.
- ۱۵-۵. بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد درست داده می‌شود، پیش‌بینی و مکتوب ساخته است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.
- ۱۵-۶. باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات‌بخش جهت مراقبت اورژانس در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های تصویربرداری تأمین شود.
- ۱۵-۷. ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارائه مراقبت‌های اورژانسی، مطابق با دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه‌روز و در تمامی قسمت‌های بخش تصویربرداری در دسترس باشند.

#### ۱۵. دستورات دارویی

- ۱۶-۱. بروشور(جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع‌ترین علل مراجعه در هر بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی درمانی مهمی که بیماران این بخش، باید رعایت نمایند، در بخش تصویربرداری برای استفاده بیماران و همراهان آنان در دسترس است.

#### ۱۶. آموزش بیمار و همراهان

## امکانات و ملزومات

۱۷-۱. ترالی اورژانس در قسمت‌های مختلف بخش تصویربرداری به‌طور جداگانه در دسترس بوده مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت، حداقل حاوی موارد ذیل است:

- دفیبریلاتور
  - مانیتور قلبی و پالس اکسیمتر
  - داروهای اورژانس
  - لوله هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها
  - لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یکبار مصرف)
  - آمبویگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
  - لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در تمامی اندازه‌ها
  - باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
  - تختۀ احیا (بک‌بورد) اطفال و بزرگسال
  - ساکشن
  - کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)
- ۱۷-۲. مستندات نشان می‌دهند که پرستار مسئول، از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۱۷-۳. شواهد مستند نشان می‌دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آمادۀ استفاده است.

### ۱۷. ترالی اورژانس

- ۱۸-۱. امکان دسترسی آسان و ارائه مراقبت‌های اورژانسی مقدور است.
- ۱۸-۲. همهٔ پریزهای یوپی‌اس به‌وضوح مشخص هستند.
- ۱۸-۳. فضای تفکیک‌شده برای آماده‌سازی و ریکاوری بیماران در بخش وجود دارد.
- ۱۸-۴. فضای نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۱۸-۵. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۱۸-۶. دسترسی آسان به امکانات رعایت بهداشت دست فراهم است.
- ۱۸-۷. کارکنان، امکانات لازم برای انجام وظایف محوله و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.

### ۱۸. امکانات

## ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۱۹-۱. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس و سالم می‌باشد.
- ۱۹-۲. نگهبان در زمان مورد نیاز در بخش تصویربرداری، فوراً در دسترس می‌باشد.
- ۱۹-۳. نگهبان دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.
- ۱۹-۴. دسترسی به بخش تصویربرداری، کنترل‌شده و دارای علائم و نشانه‌هایی به‌منظور مشخص نمودن بخش مورد نظر از سایر بخش‌ها است.
- ۱۹-۵. دیوارهای سرب‌کوبی‌شده، درها و اتاقک‌های کنترل وجود دارد و به‌صورت منظم کنترل، ثبت و مستند می‌شود (از لحاظ سنجش میزان اشعه)

### ۱۹. ایمنی فیزیکی

- ۱۹-۶. در قسمت اتاق تاریکخانه / تهیه فیلم، یک هواکش برای تهویه هوا وجود دارد.
- ۱۹-۷. چراغ‌های هشداردهنده در بالای درب ورودی اتاق‌های تصویربرداری وجود دارد.
- ۱۹-۸. چراغ‌های هشداردهنده بالای درب ورودی اتاق‌های تصویربرداری، هماهنگ با تابش دستگاه‌ها عمل می‌نمایند.
- ۱۹-۹. شواهد پایش منظم و ثبت سطوح پرتوگیری برای پزشکان و کارکنان شامل آزمایش خون ۶ ماهه و عکس قفسه صدری سالیانه وجود دارد.

- ۲۰-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد، در دسترس است.
- ۲۰-۲. برنامه بهبود کیفیت هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان در این بخش نیز پیاده می‌شود.
- ۲۰-۳. برنامه بهبود کیفیت این بخش شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۲۰-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۲۰-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

**۲۰. بهبود  
کیفیت**

- ۲۱-۱. داده‌های بخش تصویربرداری جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲۱-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۲۱-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی این بخش وجود دارد.
- ۲۱-۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۲۱-۵. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۲۱-۶. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

**۲۱. جمع‌آوری  
و تحلیل  
داده‌ها**



# آزمایشگاه





# آزمایشگاه

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۲-۱. در بخش آزمایشگاه، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۳-۱. تمام کارکنان بخش آزمایشگاه از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه استراتژیک

- ۱-۲. شرایط احراز مسئول فنی آزمایشگاه (مطابق با آئین‌نامه تأسیس و اداره امور آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی) عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی پاتولوژی
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی علوم آزمایشگاهی
  - دارا بودن مدرک دکترای علوم آزمایشگاهی

۲. رئیس بخش (مسئول فنی)

- ۱-۳. شرایط احراز سمت سوپروایزر آزمایشگاه حداقل عبارت است از:
  - کارشناس علوم آزمایشگاهی با حداقل ۲ سال سابقه کار در بخش‌های مختلف آزمایشگاهی
  - کاردان علوم آزمایشگاهی با حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش‌های مختلف آزمایشگاه

۳. سوپروایزر آزمایشگاه

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۴. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان آزمایشگاه، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس مسئول فنی است:
  - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، به‌ویژه در شرایط اورژانس، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت)
  - سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک‌لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی، بهداشت محیط و اصول تضمین کیفیت امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۴. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک)

۵. لیست  
کارکنان

- ۱-۵. در آزمایشگاه، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
  - نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
- ۲-۵. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده‌است.
- ۳-۵. هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به‌جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
- ۴-۵. یک لیست از پزشکان، متخصصان و مشاوره‌دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه‌روز در آزمایشگاه، در دسترس است.
- ۵-۵. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده‌است.
- ۶-۵. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.
- ۷-۵. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چیش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با، تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود است.

۶. دوره  
توجیهی  
بدو ورود

- ۱-۶. در بخش آزمایشگاه، یک کتابچه/ مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
  - معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی آزمایشگاه

۷. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

- ۱-۷. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای ارزیابی توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۲-۷. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های ارزیابی توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۳-۷. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون ارزیابی توانمندی دوره‌ای کارکنان، انجام می‌گیرد.

۴-۷. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی و پایش قرار می‌گیرند.

۱-۸. بخش آزمایشگاه یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان درمانی و غیردرمانی این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.

۲-۸. مستداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۳-۸. مستداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.

۴-۸. تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.

۵-۸. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.

۶-۸. تمام کارکنان در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.

۷-۸. تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند.

۸-۸. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

۱-۹. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
- اطلاعات اختصاصی برای آزمایشگاه و بخش‌های آن، شامل دسترسی و استفاده از وسایل حفاظت فردی

۲-۹. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه آزمایشگاه، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱-۱۰. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش آزمایشگاه وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
- خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- کتابچه / مجموعه دارای یک فهرست دقیق می‌باشد.
- کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص می‌باشد.

۸. آموزش و توانمندسازی کارکنان

۹. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۱۰. خط‌مشی‌ها و روش‌ها

۱۰-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- رعایت حقوق گیرندگان خدمت
- برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و ...).
- ارائه خدمات آزمایشگاهی طبق ضوابط قانونی وزارت بهداشت در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیرتعطیل)
- مراحل قبل از انجام آزمایش (Pre Analytical Phase)
  - ◀ دستورالعمل پذیرش و دستورالعمل جمع‌آوری نمونه‌ها
  - ◀ دستورالعمل انجام آزمایش‌ها
  - ◀ استفاده از مواد نگهدارنده مناسب جهت هر آزمایش
  - ◀ معیارهای رد یا قبول نمونه‌هایی که از خارج از آزمایشگاه پذیرش می‌گردند.
  - ◀ فهرست آزمایش‌هایی که به خارج از آزمایشگاه ارجاع داده می‌شوند.
  - ◀ فهرست آزمایش‌هایی که توسط آزمایشگاه انجام می‌شوند.
  - ◀ قراردادهای خدماتی آزمایشگاه
  - ◀ مدیریت نمونه‌های آزمایش
  - ◀ موارد انجام اتوپیسی
  - ◀ دستورالعمل نحوه محاسبه نتایج در روش‌های کمی در صورت لزوم
  - ◀ چگونگی ثبت دستورات و درخواست‌های شفاهی (به‌عنوان مثال درخواست آزمایش که به صورت تلفنی و یا در زمان خرابی سیستم‌های کامپیوتری یا ارتباطی داده می‌شوند)
  - ◀ چگونگی جمع‌آوری و ارسال نمونه‌ها از مراکز خارج از آزمایشگاه، به‌عنوان مثال از کلینیک خصوصی یا مطب پزشکان
- مراحل انجام آزمایش (Analytical Phase)
  - ◀ دستورالعمل مکتوب و روزآمد انجام آزمایش‌ها
  - ◀ پارامترهای عملکردی روش‌های انجام آزمایش نظیر حساسیت، اختصاصی بودن، محدودیت‌های انجام آزمایش، عوامل مداخله‌گر در انجام آزمایش
  - ◀ پاسخ‌دهی موارد بحران
  - ◀ چگونگی اجرای دستورالعمل کنترل کیفی داخلی و نحوه اطمینان از صحت و دقت نتایج آزمایشگاهی
  - ◀ برنامه منظم و مدون انجام کنترل کیفی در تمام بخش‌های آزمایشگاهی و همه نوبت‌ها
  - ◀ چگونگی آلودگی‌زدایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی توسط نمونه عفونی یا بالقوه عفونی
- مراحل پس از انجام آزمایش (Post Analytical Phase)
  - ◀ محدوده مرجع
  - ◀ محدوده قابل گزارش
  - ◀ محدوده هشدار یا مقادیر بحرانی (Panic Value) (مقادیر بحرانی، مواردی هستند که نتایج آزمایش به نحو خطرناکی غیرطبیعی است و ممکن است جان بیمار در خطر باشد).

- ◀ زمان‌بندی و نحوه گزارش‌دهی فوری نتایجی که در محدوده هشدار یا بحرانی قرار می‌گیرد.
- ◀ چگونگی تفسیر نتایج (در صورت لزوم)
- ◀ اقدامات بعدی در برخورد با نتایج غیر طبیعی (تکرار آزمایش — انجام یا توصیه جهت انجام آزمایش‌های تأییدی یا تکمیلی — فردی که نتیجه آزمایش باید به او اطلاع داده‌شود — زمان اطلاع جواب)
- مستندات مربوط به تجهیزات فنی و تخصصی آزمایشگاه براساس مصوبات آزمایشگاه مرجع سلامت
- شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

#### ۱۱. مستندات (سوابق):

- ۱-۱۱. دفتر ثبت یا نرم افزار آزمایشگاه، موجود در آزمایشگاه، قابل دسترسی و شامل موارد زیر است:
  - مشخصات بیمار و نمونه‌ها و زمان دریافت آنها
  - آزمایش‌های درخواستی و نتایج آنها
  - صحت نتایج
  - نتیجه ارزیابی اولیه نمونه‌های دریافتی
  - سوابق کنترل کیفی
  - نتایج و سوابق اقدامات نگهداری و کالیبراسیون تجهیزات که طبق «دستورالعمل تجهیزات» آزمایشگاه مرجع سلامت ثبت و حفظ می‌شود.
  - سوابق موارد عدم انطباق ثبت‌شده در صورت نمونه‌گیری در بخش‌ها
  - فرم درخواست آزمایش که قسمتی از آن به‌منظور ثبت شرح مختصر یا تشخیص اولیه از اطلاعات بالینی بیمار، در نظر گرفته‌شده و توسط بخش درخواست‌کننده تکمیل می‌شود.
- ۲-۱۱. برچسب مناسب روی ظروف حاوی نمونه که حداقل حاوی اطلاعات زیر است:
  - حداقل دو نشانه برای شناسایی و تعیین هویت بیمار مثل نام و نام خانوادگی بیمار به همراه یک شماره مشخص (به‌عنوان مثال، شماره پرونده پزشکی یا شماره اختصاصی آزمایشگاه)
  - تاریخ و زمان دقیق نمونه‌گیری
  - بخش و شماره تخت درمورد بیماری که بستری است.
  - نوع یا گروه آزمایش

## امکانات و ملزومات

#### ۱۲. خدمات پشتیبانی

- ۱-۱۲. آزمایشگاه به‌صورت شبانه‌روزی ارائه خدمت می‌نماید.
- ۲-۱۲. فهرست آزمایش‌های اورژانس و جدول زمان‌بندی پاسخ‌دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ‌دهی تعیین‌شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است.
- ۳-۱۲. توانایی انجام آزمایش‌های اورژانسی و ارائه جواب در زمان معین مطابق با الزامات تعیین‌شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتباً با رؤسای بخش‌ها توافق شده‌است.
- ۴-۱۲. نظارت و پایش منظم جهت اطمینان از رعایت چارچوب زمانی فوق‌الذکر، انجام می‌شود.

- ۵-۱۲. موارد بحرانی (Panic Value) به طور منظم بازنگری می‌شوند. این موارد بلافاصله و قبل از چک مجدد به اطلاع پزشک معالج رسانیده می‌شوند و بیمارستان از بازبودن کانال‌های ارتباطی لازم جهت اطلاع‌رسانی سریع در این خصوص، اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۶-۱۲. کنترل نتایج حاصل از انجام یک آزمایش مشخص توسط کارکنان مختلف جهت اطمینان از یکنواخت بودن گزارش‌دهی، به طور تصادفی انجام می‌شود.
- ۷-۱۲. اطلاع‌رسانی و اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می‌پذیرد.

۱-۱۳. ترالی اورژانس در دسترس بوده مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت، حداقل حاوی موارد ذیل است:

### ۱۳. ترالی اورژانس

- دفیبریلاتور
  - مانیتور قلبی و پالس اکسیمتر
  - داروهای اورژانس
  - لوله هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها
  - لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یکبار مصرف)
  - آمبوگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
  - لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در تمامی اندازه‌ها
  - باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
  - تختة احیا (بک‌برد) اطفال و بزرگسال
  - ساکشن
  - کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)
- ۲-۱۳. مستندات نشان می‌دهند که پرستار مسئول (پرستاری که با هماهنگی دفتر پرستاری به‌عنوان پرستار مسئول کنترل ترالی اورژانس آزمایشگاه تعیین شده‌است) از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۳-۱۳. شواهد مستند نشان می‌دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

### ۱۴. امکانات

- ۱-۱۴. همه پریزهای یوپی‌اس به‌وضوح مشخص هستند.
- ۲-۱۴. اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۳-۱۴. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۴-۱۴. دسترسی آسان به امکانات شستشوی دست فراهم است.
- ۵-۱۴. اتاق شستشو وجود دارد.
- ۶-۱۴. سهولت دسترسی به آزمایشگاه
- ۷-۱۴. کارکنان، امکانات لازم برای انجام وظایف مشخص شده و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان در اختیار دارند.



## ۱۵. تجهیزات

۱-۱۵. آزمایشگاه شامل تجهیزات زیر است:

- سینک دستشویی
  - امکانات ایمنی شامل چشم‌شوی و دوش اضطراری
  - سیستم تولید آب آزمایشگاهی وجود دارد
  - تجهیزات نگهداری مناسب مایعات قابل اشتعال و شیمیایی
  - تجهیزات امحای مناسب نمونه‌ها
  - هودها و سیستم تهویه مناسب (طبق استانداردهای آزمایشگاه مرجع سلامت)
- ۱۵-۲. دیوارها، کف و سطوح انجام کار در آزمایشگاه، قابلیت شستشو و آلودگی‌زدایی دارد.
- ۱۵-۳. برای نگهداری تمام تجهیزات، برنامه‌ی زمان‌بندی‌شده و دستورالعملی حاوی جزئیات نحوه‌ی کنترل و نگهداری دستگاه‌ها وجود دارد.
- جدول فوق شامل جزئیات و نحوه‌ی نگهداری دستگاه‌ها است.
- ۱۵-۴. فضای آزمایشگاه متناسب با وظیفه‌ی تخصصی واحدهای آزمایشگاه تأمین و جداسازی شده‌است، به‌نحوی که بخش‌هایی که فعالیت همخوان ندارند در جوار یکدیگر فعالیت نمی‌کنند و از آلودگی متقابل جلوگیری می‌شود (پذیرش سرپایی، میکروبی‌شناسی و ...).
- ۱۵-۵. تجهیزات و دستگاه‌های مورد نیاز متناسب با نوع و حجم فعالیت‌های آزمایشگاه موجود است.

## ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

## ۱۶. ایمنی

## فیزیکی

- ۱-۱۶. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس و سالم است.
- ۱۶-۲. داخل اتاق‌های بخش آزمایشگاه، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهداری و جایی که سریعاً جوابگو باشند، وجود دارد.
- ۱۶-۳. نگهبان در زمان مورد نیاز در آزمایشگاه، فوراً در دسترس است.
- ۱۶-۴. نگهبان دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده‌است یا حداقل ۲ سال سابقه‌ی کار در این پست را دارد.
- ۱۶-۵. دسترسی به آزمایشگاه، کنترل شده و محصور می‌باشد.

## ۱۷. بهبود

## کیفیت

- ۱-۱۷. بخشی از برنامه‌ی بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش است، در دسترس است.
- ۱۷-۲. برنامه‌ی بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه‌ی بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۱۷-۳. برنامه‌ی بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۱۷-۴. برنامه‌ی بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۱۷-۵. مستندات نشان‌می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

## ۱۸. جمع‌آوری

## و تحلیل

## داده‌ها

- ۱-۱۸. داده‌های بخش آزمایشگاه جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۱۸-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده‌است.

- ۳-۱۸. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.
- ۴-۱۸. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۵-۱۸. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۶-۱۸. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت‌گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

# طب انتقال خون





# طب انتقال خون

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در بخش بانک خون در دسترس است.
- ۲-۱. در بخش بانک خون، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۳-۱. تمام کارکنان بخش بانک خون، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

- ۱-۲. شرایط احراز ریاست بخش بانک خون (مسئول فنی آزمایشگاه) به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
- دارا بودن مدرک دکترای تخصصی پاتولوژی
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی علوم آزمایشگاهی
  - دارا بودن مدرک دکترای علوم آزمایشگاهی (مطابق با آیین‌نامه تأسیس و مسئولیت فنی آزمایشگاه‌های تشخیص طبی)

۲. رئیس  
بخش (مسئول  
فنی  
آزمایشگاه)

- ۱-۳. شرایط احراز مدیر اجرایی بخش بانک خون عبارت است از:
- کارشناس ارشد هماتولوژی و بانک خون با ۱ سال سابقه کار در بانک خون
  - کارشناس علوم آزمایشگاهی با حداقل ۲ سال سابقه کار در بانک خون
  - کاردان علوم آزمایشگاهی با حداقل ۳ سال سابقه کار در بانک خون

۳. مدیر  
اجرایی بخش

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۴. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش بانک خون، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس آزمایشگاه است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک‌لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده از سازمان انتقال خون موجود است

۴. پرونده  
پرسنلی  
(کاغذی /  
الکترونیک)

- مستندات مربوط به ارزیابی اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
- مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای کارکنان
- مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۵. لیست  
کارکنان

- ۱-۵. در بخش بانک خون، لیستی از کلیه کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
  - نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
- ۲-۵. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده‌است.
- ۳-۵. هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به‌جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
- ۴-۵. یک لیست از پزشکان، متخصصان یا مشاوره دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه‌روز در بخش بانک خون، در دسترس است.
- ۵-۵. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده‌است.
- ۶-۵. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.
- ۷-۵. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود می‌باشد.

۶. دوره  
توجیهی  
بدو ورود

- ۱-۶. در بخش بانک خون، یک کتابچه/ مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:
  - معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات ایمنی و سلامت حرفه‌ای، بهداشت محیط، آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش و رفتار، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقاء شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای که اطلاعات مربوط به تجهیزات بخش را شرح می‌دهد.

### ۷. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

- ۱-۷. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۲-۷. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۳-۷. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرند.
- ۴-۷. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

### ۸. آموزش و توانمندی‌سازی کارکنان

- ۱-۸. بخش بانک خون یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی تمام کارکنان درگیر فرآیند انتقال خون در تمامی بخش‌ها و واحدها جهت دستیابی به اهداف برنامه استراتژیک، برنامه بهبود کیفیت سازمان و استانداردهای مراقبتی بیماران، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۲-۸. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۳-۸. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۴-۸. تمام کارکنان در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.
- ۵-۸. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۶-۸. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۷-۸. تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت حرفه‌ای، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند.
- ۸-۸. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

### ۹. کتابچه/ مجموعه ایمنی، سلامت حرفه‌ای و بهداشت محیط

- ۱-۹. کتابچه/ مجموعه ایمنی و سلامت حرفه‌ای و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:
  - اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت حرفه‌ای و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۹. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور(جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱۰. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- ۱-۱۰. یک کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش طب انتقال خون وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه/مجموعه دارای یک فهرست دقیق می‌باشد.
  - کتابچه/مجموعه دارای نمایه مشخص می‌باشد.
- ۲-۱۰. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:
  - رعایت حقوق گیرندگان خدمت
  - برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و ...)
  - ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیرتعطیل)
  - چگونگی گندزدایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی
  - تهیه خون و فرآورده‌های خونی طبق درخواست پزشکان
  - روش انجام آزمایش‌های سازگاری از جمله ABO، RH، Antibody Screening، Cross Match خون و فرآورده‌های خونی
  - موارد مصرف خون و فرآورده‌های خونی در تمام بخش‌های مصرف‌کننده خون و فرآورده‌های خونی
  - راهنماهای بالینی معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت در زمینه خون و فرآورده‌های خونی ایمن
    - تزریق ایمن خون و فرآورده‌های خونی
    - ذخیره ایمن خون و فرآورده‌های خونی
    - تعیین و پیگیری دریافت‌کنندگان دارای آنتی‌بادی که شامل مشاوره‌های اختصاصی است.
    - ایمنی کارکنان در مقابل ارگان‌سیم‌های پاتوژنیک و آلوده‌کننده
    - دفع مناسب خون و محصولات خونی
    - پاسخ‌دهی موارد اورژانس و بحران
    - کد احیا
  - حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی در داخل و خارج بیمارستان
  - شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

۱۱. امکانات و  
ملزومات

- ۱-۱۱. همه فرآورده‌های خونی دارای برچسبی هستند با مشخصات گیرنده، وضعیت مطابقت با خون اهدایی، حداقل یک شماره شناسایی، نام محصول، شرایط مورد نیاز نگهداری، تاریخ انقضاء، تاریخ تولید و نام بانک خون هستند.
- ۲-۱۱. خون و فرآورده‌های خونی براساس درخواست بیمارستان، بررسی آمار مصرف ۶ ماه گذشته و مطابق با اندازه و نوع خدمات بیمارستان نگهداری می‌شوند.
- ۳-۱۱. امکان توزیع خون در ۲۴ ساعات مقدور است.



- ۴-۱۱. فرآیند مستندی جهت بررسی تاریخ انقضای خون و محصولات خونی وجود دارد تا خون بیشتر از مدت زمان تعیین شده، ذخیره نشود.
- ۵-۱۱. از خونی که تاریخ انقضای آن نزدیک است، استفاده می‌شود و سوابق کاربردی بودن این سیستم موجود است.
- ۶-۱۱. ثبت‌کننده اتوماتیک درجه حرارت وجود دارد.
- ۷-۱۱. درجه حرارت ثبت شده روی همه سیستم‌ها، حداقل یک بار روزانه بررسی می‌شود.
- ۸-۱۱. دستورالعمل مکتوبی برای پیگیری وضعیت، زمانی که درجه حرارت از محدوده تعیین شده بالاتر یا پایین تر باشد وجود دارد.
- ۹-۱۱. این دستورالعمل‌ها روی دیوار یا نزدیک یخچال یا فریزر نصب شده‌اند.
- ۱۰-۱۱. خون کامل و گلبول‌های قرمز خون (RBC) در یخچال ویژه بانک خون دمای  $6^{\circ}\text{C}$  -  $1^{\circ}\text{C}$  ذخیره می‌شوند.
- ۱۱-۱۱. پلاکت‌ها در دمای  $24^{\circ}\text{C}$  -  $20^{\circ}\text{C}$  با تکان آرام با استفاده از روتاتور ذخیره می‌شوند.
- ۱۲-۱۱. پلاسماهای تازه منجمد شده (FFP) و کرایو پرسیپیتیت، در فریزر در  $18^{\circ}\text{C}$  - به مدت ۳ ماه و یا  $30^{\circ}\text{C}$  - به مدت ۳۶ ماه ذخیره می‌شوند.
- ۱۳-۱۱. همه واکنش‌های ناخواسته انتقال خون و محصولات خونی ثبت می‌شوند.
- ۱۴-۱۱. مستندات مربوط به تمام مراحل انتقال خون و محصولات خونی که به وسیله دو پرسنل تعلیم دیده انجام گرفته و ثبت می‌شوند، جهت بررسی و تجزیه و تحلیل، در اختیار این بخش نیز قرار می‌گیرند.
- ۱۵-۱۱. فرد مسئول حمل و نقل فرآورده‌های خونی دارای کارت یا گواهی نامه آموزشی از سازمان انتقال خون است.
- ۱۶-۱۱. سیستم پیگیری توزیع خون به واسطه Bar coding (شماره اختصاصی) تسهیل می‌شود.
- ۱۷-۱۱. فرم استاندارد درخواست خون و فرآورده‌های خونی، به طور کامل تکمیل می‌گردد.
- ۱۸-۱۱. فرم استاندارد پایش دریافت‌کننده خون، به طور کامل تکمیل می‌گردد.
- ۱۹-۱۱. کارکنان، امکانات لازم برای انجام وظایف مشخص شده و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان در اختیار دارند.
- ۲۰-۱۱. در تمامی مراحل حمل و نقل زنجیره سرما حفظ و رعایت می‌گردد.
- ۲۱-۱۱. ذوب پلاسما مطابق دستورالعمل سازمان انتقال خون صورت می‌گیرد.
- ۲۲-۱۱. مستندات مربوط به داده‌های آلارم (سیستم هشدار) شامل نحوه انجام (SOP)<sup>۱</sup> و جدول مبتنی بر اطلاعات تاریخ، ساعت، کارشناس مسئول انجام آلارم و نتیجه ارزیابی حداقل هفتگی آلارم وجود دارد.

۱۲-۱. آزمایش‌های سازگاری قبل از تزریق خون، جهت فرد گیرنده خون، از جمله بیماران اورژانسی در تمام موارد اجرا می‌شود و سوابق آنها وجود دارد (مطابق دستورالعمل سازمان انتقال خون):

- ABO Typing
- Rh Typing
- غربالگری آنتی بادی
- Cross Match

## بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۱۳. بهبود کیفیت**
- ۱-۱۳. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد، در دسترس است.
- ۲-۱۳. برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۳-۱۳. برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۴-۱۳. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۵-۱۳. مستندات نشان‌می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

- ۱۴. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها**
- ۱-۱۴. داده‌های بخش طب انتقال خون جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲-۱۴. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۳-۱۴. چک‌لیست برای ممیزی داخلی وجود دارد.
- ۴-۱۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۵-۱۴. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای مناسب، مستند شده‌اند.
- ۶-۱۴. تحلیل نتایج ممیزی خارجی پایگاه انتقال خون و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای مناسب، مستند شده و به پایگاه انتقال خون استان ارسال می‌گردند.

**تذکر:** استاندارد ۱۵، مربوط به بیمارستان‌هایی است که طرح سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس) را اجرا می‌نمایند.

- ۱۵. سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس)**
- ۱-۱۵. در بیمارستان طرح سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس) اجرا می‌گردد.
- ۲-۱۵. بیمارستان مسئول هموویژلانس دارد که دارای گواهی مربوط به گذراندن دوره آموزشی در سازمان انتقال خون است.
- ۳-۱۵. فرم استاندارد درخواست خون و فرآورده‌های خونی و فرم نظارت بر تزریق خون و فرآورده‌های خونی به‌طور کامل تکمیل می‌گردد.
- ۴-۱۵. فرم درخواست پلاکت فرزیس و فرم نظارت بر تزریق پلاکت فرزیس به‌طور کامل تکمیل می‌گردد.
- ۵-۱۵. فرم درخواست خون و فرآورده‌های خونی در موارد اورژانس به‌طور کامل تکمیل می‌گردد.
- ۶-۱۵. فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی تزریق خون برای تمامی عوارض ناخواسته به‌طور کامل و حداکثر ظرف ۲ روز به دفتر هموویژلانس سازمان انتقال خون ارسال می‌گردد.
- ۷-۱۵. نتیجه حاصل از اقدامات اصلاحی صادرشده از سوی دفتر هموویژلانس ستاد مرکزی سازمان انتقال خون از طریق مستندات موجود قابل ردیابی است.
- ۸-۱۵. برای پزشکان هموویژلانس، گواهی مربوط به گذراندن دوره آموزشی در سازمان انتقال خون و پرونده پرسنلی آنان موجود است.
- ۹-۱۵. برای پرستاران هموویژلانس گواهی مربوط به گذراندن دوره آموزشی در سازمان انتقال خون و پرونده پرسنلی آنان موجود است.

# بخش فیزیوتراپی





# بخش فیزیوتراپی

## مدیریت و سازماندهی

۱. برنامه استراتژیک
- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۲-۱. در بخش فیزیوتراپی، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۳-۱. تمام کارکنان بخش فیزیوتراپی، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۲. رئیس بخش (مسئول فنی)
- ۱-۲. مسئول فنی بخش فیزیوتراپی به ترتیب ارجحیت دارای شرایط احراز ذیل است:
- دارای تخصص طب فیزیکی توانبخشی
  - دارای مدرک دکترای فیزیوتراپی
  - دارای مدرک کارشناسی ارشد فیزیوتراپی
  - دارای مدرک کارشناسی فیزیوتراپی با حداقل ۲ سال تجربه کار در بخش مذکور

۳. مدیر اجرایی بخش
- ۱-۳. مدیر بخش فیزیوتراپی به ترتیب ارجحیت دارای شرایط احراز ذیل است:
- دارای مدرک کارشناسی ارشد فیزیوتراپی
  - دارای مدرک کارشناسی فیزیوتراپی
- تذکر: مدیر اجرایی بخش فیزیوتراپی و مسئول فنی بخش، می‌تواند یک نفر باشد.

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۴. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک)
- ۱-۴. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش فیزیوتراپی، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله

- مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای کارکنان
- مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

#### ۵. لیست کارکنان

- ۱-۵. در بخش فیزیوتراپی لیستی از تمامی کارکنان شامل موارد ذیل در تمامی ساعات فعالیت بخش در دسترس است:
- نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با فرد تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
  - برنامه نوبت کاری ماهانه
- ۲-۵. مستندات نشان می‌دهند که تعداد و چینش نیروی انسانی، متناسب با تعداد و نیازهای بیماران است.
- ۳-۵. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی است، برنامه‌ریزی انجام شده است.

#### ۶. دوره توجیهی بدو ورود

- ۱-۶. در بخش فیزیوتراپی، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای که اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این بخش را در برمی‌گیرد.

#### ۷. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

- ۱-۷. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۲-۷. مستندات نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای توانمندی حداقل سالی یک بار برای تمام کارکنان، برگزار می‌شود.
- ۳-۷. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون توانمندی دوره‌ای کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۴-۷. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

### ۸. آموزش و توانمندسازی کارکنان

- ۱-۸. بخش فیزیوتراپی، یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۲-۸. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۳-۸. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۴-۸. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.
- ۵-۸. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۶-۸. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۷-۸. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.
- ۸-۸. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

### ۹. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

- ۱-۹. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:
  - اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۹. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

### ۱۰. خط‌مشی‌ها و روش‌ها

- ۱-۱۰. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش وجود دارد که موضوعات بالینی و مدیریتی بخش فیزیوتراپی را توصیف می‌نماید:
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواختی هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص است.
- ۲-۱۰. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل حاوی موارد ذیل هستند:
  - چگونگی دسترسی به خدمات فیزیوتراپی توسط تأمین‌کننده داخلی یا خارجی (برون‌سپاری یا قراردادی)

- پذیرش بیمار
- جابه‌جایی و نقل و انتقال صحیح بیماران
- ایمنی بیمار
- ایمنی تجهیزات برقی (ایمنی در مقابل خطر برق‌گرفتگی)
- کاربرد صحیح تجهیزات و نگهداری آنها
- شناسایی بیماران جدید
- تهیه فهرست روزانه از بیماران
- کنترل رعایت الزامات و استانداردهای بخش، توسط تأمین‌کننده خارجی (در موارد برون‌سپاری)
- شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

**۱۱. دفتر ثبت**

۱-۱۱. دفتر ثبت موارد ذیل را به‌روشنی نشان می‌دهد:

- نام و مشخصات بیمار
- شماره بخش و اتاق بیمار (جهت بیماران بستری)
- تاریخ درخواست برای درمان
- پزشک معالج
- تاریخ شروع درمان
- تاریخ پایان درمان
- آیا بیمار یک مورد جدید مراجعه است و یا قبلاً در این بخش مورد درمان قرار گرفته است.

**۱۲. پرونده بیمار**

۱-۱۲. در ثبت مستندات در پرونده بیمار (یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند:

- تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- تمام مستندات با خط خوانا ثبت شده‌اند.
- نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات پرونده و روی جلد پرونده وی ثبت می‌شوند.
- زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.
- در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- هیچ فضای خالی بین پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.
- در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
- در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط‌خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.



۱۲-۲. حداقل موارد ذیل در پرونده بیمار ثبت می‌شوند:

- ارزیابی بیمار در شروع درمان
- محدودیت‌های بیمار جهت یادآوری به کادر مراقبتی
- برنامه درمان
- ارزشیابی درمان ارائه‌شده در فواصل مناسب
- توصیه‌های بعد از ترخیص

**تذکر:** برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

### ۱۳. آموزش بیمار و همراهان

۱۳-۱. به بیماران و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک در مورد نوع مراقبت در نظر گرفته‌شده، پیامدهای مورد انتظار از درمان، چگونگی انجام حرکات ورزشی و سایر مراقبت‌های لازم در منزل و هرگونه هزینه مورد انتظار، ارائه می‌شود.

۱۳-۲. نام فرد یا افراد مسئول ارائه آموزش به بیماران و همراهان آنان در پرونده بیمار ثبت شده است.

۱۳-۳. بروشور (جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع‌ترین علل مراجعه و بستری در هر بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی درمانی مهمی که بیماران این بخش، باید رعایت نمایند، در بخش فیزیوتراپی برای استفاده بیماران و همراهان آنان، در دسترس است.

### ۱۴. امکانات و ملزومات

۱۴-۱. امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبت‌های اورژانسی مقدور است.

۱۴-۲. امکان دسترسی راحت به بخش فیزیوتراپی برای افراد معلول وجود دارد.

۱۴-۳. امکان تعویض لباس و توالت در بخش در دسترس است.

۱۴-۴. توالت مناسب افراد معلول در بخش وجود دارد.

۱۴-۵. امکانات شستشوی دست در بخش وجود دارد.

۱۴-۶. فضای نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.

۱۴-۷. فضای نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.

۱۴-۸. کارکنان، امکانات مناسب برای ارائه خدمات مراقبتی به بیماران و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.

۱۴-۹. زمان فعالیت بخش

- فیزیوتراپی در تمام روزهای غیر تعطیل هفته و در ساعات اداری فعال است.
- در صورت نیاز به خدمات خارج از ساعات اداری و روزهای تعطیل، بخش از خط‌مشی‌ها و روش‌های تدوین‌شده بیمارستان پیروی می‌نماید.

### ۱۵. ترالی اورژانس

۱۵-۱. ترالی اورژانس در دسترس بوده و مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت، حداقل حاوی موارد ذیل است:

- دفیبریلاتور
- مانیتور قلبی و پالس اکسیمتر
- داروهای اورژانس

- لوله هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها
  - لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یکبار مصرف)
  - آمبویگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
  - لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در تمامی اندازه‌ها
  - باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
  - تخته احیا (بک‌برد) اطفال و بزرگسال
  - ساکشن
  - کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)
- ۱۵-۲. مستندات نشان می‌دهند که پرستار مسئول (پرستاری که با هماهنگی دفتر پرستاری به‌عنوان پرستار مسئول کنترل ترالی اورژانس بخش فیزیوتراپی تعیین شده است) از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۱۵-۳. شواهد مستند نشان می‌دهند که دفیبریلاتور / مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

## بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۱۶-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد، در دسترس است.
- ۱۶-۲. برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان می‌باشد.
- ۱۶-۳. برنامه بهبود کیفیت شامل موضوعات بالینی و غیربالینی می‌باشد.
- ۱۶-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۱۶-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی به‌طور دائمی پایش می‌شود.

۱۶. بهبود  
کیفیت

- ۱۷-۱. داده‌های بخش فیزیوتراپی جمع‌آوری می‌شوند.
- ۱۷-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۱۷-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.
- ۱۷-۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۱۷-۵. تحلیل نتایج ممیزی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۱۷-۶. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت‌گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

۱۷. جمع‌آوری  
و تحلیل  
داده‌ها

# واحد کنترول عفونت

How to wash hands correctly and reduce infection

1. Rub palm to palm



2. Rub the back of both palms

3. Rub palms again with fingers interlaced



4. Rub backs of interlaced fingers



5. Remember to wash back thumbs

6. Rub both palms with fingertips

7. Wash hands under running water using soap, rinse and dry thoroughly





# واحد کنترل عفونت

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۱-۲. واحد کنترل عفونت، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. تمام کارکنان واحد کنترل عفونت، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

- ۲-۱. شرایط احراز ریاست واحد کنترل عفونت، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی عفونی
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی داخلی
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی علوم آزمایشگاهی یا متخصص علوم آزمایشگاهی
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی پاتولوژی یا میکروبیولوژی یا اپیدمیولوژی

۲. رئیس  
واحد

- ۳-۱. شرایط احراز برای پرستار واحد کنترل عفونت، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد پرستاری با گرایش آموزشی و گذراندن دوره‌های آموزشی کنترل عفونت بیمارستانی و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش‌های بالینی
  - دارا بودن مدرک کارشناسی پرستاری و گذراندن دوره‌های آموزشی کنترل عفونت بیمارستانی و حداقل ۵ سال سابقه کار در بخش‌های بالینی بیمارستان

۳. پرستار  
واحد کنترل  
عفونت

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۴-۱. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد کنترل عفونت، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس واحد است:
  - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۴. پرونده  
پرسنلی  
(کاغذی /  
الکترونیک)

۵. لیست  
کارکنان

- ۵-۱. در واحد کنترل عفونت، لیستی از تمام کارکنان این واحد، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
- نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
- ۵-۲. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.
- ۵-۳. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با نوع و شدت بیماری، تعداد بیماران و حجم کار است، در واحد موجود می‌باشد.

۶. دوره  
توجیهی  
بدو ورود

- ۶-۱. در واحد کنترل عفونت، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای که اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این واحد را دربر می‌گیرد.

۷. ارزیابی  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

- ۷-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۷-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک‌بار، برای تمام کارکنان برگزار می‌شوند.
- ۷-۳. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون توانمندی دوره‌ای کارکنان انجام می‌گیرد.
- ۷-۴. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۸. آموزش و  
توانمندسازی  
کارکنان

- ۸-۱. واحد کنترل عفونت یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۸-۲. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را در فواصل زمانی مناسب، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۸-۳. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان در فواصل زمانی مناسب در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۸-۴. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد حداقل سالی یک بار، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.

- ۵-۸. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۶-۸. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۷-۸. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.
- ۸-۸. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی، انجام می‌دهند.

۹. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

- ۱-۹. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:
- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۹. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱۰. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- ۱-۱۰. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد کنترل عفونت وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این واحد را توصیف می‌نماید:
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه / مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص است.
- ۲-۱۰. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل باید شامل موارد ذیل باشند:
- مراقبت از بیماران در مقابل عفونت‌های بیمارستانی
  - مراقبت از پرسنل در مقابل عفونت‌های بیمارستانی
  - آموزش مهارتی پرسنل
  - رعایت بهداشت دست‌ها طبق پروتکل مصوب وزارت بهداشت
  - پیشگیری و کنترل بروز و شیوع عفونت بیمارستانی
  - نگهداری و مراقبت اقلام پارچه‌ای
  - نظارت بر دفع پسماندها (عفونی، خون و مایعات بدن و ...).
  - پیشگیری از عفونت‌های منتقله از راه خون در میان کارکنان بیمارستان، شامل دفع اجسام تیز و برنده
  - مدیریت بیمارانی که دچار نقص ایمنی هستند
  - پیشگیری از عفونت محل جراحی
  - نظارت بر ریختن مایعات خطرناک
  - استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی
  - خط‌مشی ایزولاسیون، شامل اداره و گزارش بیمارانی با بیماری‌های واگیر احتمالی
  - پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی، ایجاد شده باشد.
  - اقدامات درمانی و اسکوپ‌های مربوط به بیمار (مانند کاتتریزاسیون ورید مرکزی و کاترهای ادراری)

- نظافت و پاکسازی بیمارستان
- نظارت بر به‌کارگیری ضدعفونی‌کننده‌ها و گندزداها
- تهیه کشت و دوره انجام آن در قالب نظام مراقبت و مصوبات کمیته کنترل عفونت بیمارستان (مناطق) چون اتاق‌های عمل، اتاق‌های نوزادان، واحد مراقبت ویژه و غیره)
- رعایت نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی (جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل داده‌ها، ارائه پس‌خوراند، طراحی مداخلات و اجرای آنها در قالب برنامه‌ها و طرح‌های عملیاتی زمان‌بندی شده)
- ۱۰-۳. بیمارستان برای کاهش خطر عفونت‌های بیمارستانی یک برنامه فعال دارد.
- ۱۰-۴. برنامه موجود، بیماران، پرسنل و ملاقات‌کنندگان را پوشش می‌دهد.
- ۱۰-۵. یک ممیزی مستند سالیانه کنترل عفونت شامل حداقل موارد ذیل موجود است:
  - تقویم سالیانه برای تاریخ مقرر انجام فعالیت‌ها
  - برنامه فعالیت‌های اختصاصی برای هر واحد
  - نتایج به‌دست آمده در هر فعالیت
  - شواهد مداخله مؤثر در خصوص پاتوژن‌ها و پیروژن‌ها
  - ثبت مداخلات، متعاقب یافته‌ها
  - آزمایش‌های پیگیری و کنترل مجدد
  - شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

- ۱۱-۱. تمام دستشویی‌ها مجهز به صابون مایع، حوله کاغذی و سطل‌های آشغال پدال‌دار است.
- ۱۱-۲. دستکش‌ها، ماسک‌ها، حفاظ‌های چشم و سایر تجهیزات حفاظتی، صابون و ضدعفونی‌کننده‌ها، در دسترس بوده و در زمانی که نیاز می‌باشد، به‌طور صحیح مورد استفاده قرار می‌گیرند.
- ۱۱-۳. کارکنان، امکانات و تجهیزات مناسب برای انجام وظایف مشخص شده و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.

#### ۱۱. امکانات و ملزومات

## بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۱۲-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد، در دسترس است.
- ۱۲-۲. برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان می‌باشد.
- ۱۲-۳. برنامه بهبود کیفیت شامل موضوعات بالینی و غیربالینی است.
- ۱۲-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۱۲-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی، به‌طور دائمی پیش می‌شوند.

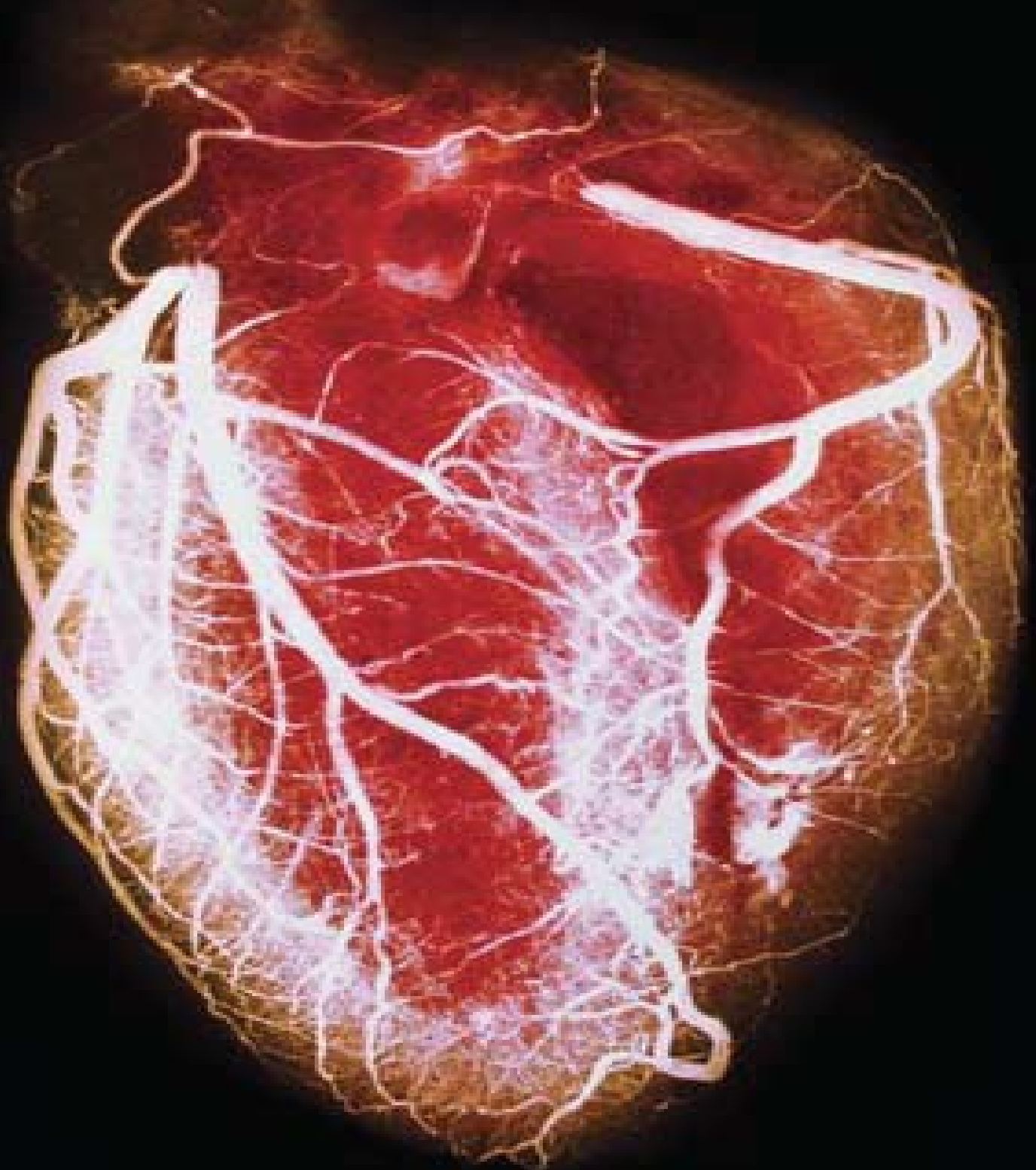
#### ۱۲. بهبود کیفیت

- ۱۳-۱. داده‌های واحد کنترل عفونت جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۱۳-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۱۳-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی واحد وجود دارد.
- ۱۳-۴. ممیزی انجام می‌شود.
- ۱۳-۵. تحلیل نتایج ممیزی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۱۳-۶. در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

#### ۱۳. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها



# بخش آنژیوگرافی





# بخش آنژیوگرافی

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۱-۲. در بخش آنژیوگرافی، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. کلیه کارکنان بخش آنژیوگرافی، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی

### ۱. برنامه استراتژیک

- ۱-۲. شرایط احراز ریاست بخش آنژیوگرافی، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی قلب و عروق و مدرک فلوشیپ اقدامات مداخله‌ای (Interventionalist) و حداقل ۲ سال سابقه کار
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی قلب و عروق و حداقل ۴ سال سابقه کار
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی قلب و عروق

### ۲. رئیس بخش

- ۱-۳. شرایط احراز سرپرستار بخش آنژیوگرافی، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی ارشد پرستاری داخلی، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش آنژیوگرافی به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت) و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش آنژیوگرافی یا بخش مراقبت‌های ویژه قلبی
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش آنژیوگرافی یا سی‌سی‌یو و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش آنژیوگرافی به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت)
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش آنژیوگرافی و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش مراقبت‌های ویژه قلبی یا آنژیوگرافی
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش آنژیوگرافی یا بخش مراقبت‌های ویژه قلبی و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش آنژیوگرافی

### ۳. سرپرستار بخش

- ۱-۴. شرایط احراز پرستار مسئول شیفت به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۲ سال سابقه کار در بخش آنژیوگرافی و گذراندن دوره تکمیلی بخش آنژیوگرافی یا بخش مراقبت‌های ویژه قلبی

### ۴. مسئول شیفت

- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره تکمیلی بخش آنژیوگرافی یا بخش مراقبت‌های ویژه قلبی

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۵. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش آنژیوگرافی، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
  - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده (شامل مدارک محافظت از اشعه)
  - مستندات مربوط به ارزیابی اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۵. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک)

- ۱-۶. در بخش آنژیوگرافی، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
  - نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
- ۲-۶. یک لیست از پزشکان، متخصصان یا مشاوره‌دهندگان که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در بخش آنژیوگرافی، در دسترس می‌باشد.
- ۳-۶. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.
- ۴-۶. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی است برنامه‌ریزی انجام شده است.
- ۵-۶. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با نوع و وخامت بیماری، تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود می‌باشد.

۶. لیست کارکنان

- ۱-۷. در بخش آنژیوگرافی، یک مجموعه / کتابچه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
  - معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های

۷. دوره توجیهی بدو ورود

فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش و رفتار، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)

- معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
- زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این بخش

۸-۱. مستندات نشان‌می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام‌می‌شود.

۸-۲. مستندات نشان‌می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل هر یک سال یک بار برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.

۸-۳. مستندات نشان‌می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی‌شده در آزمون توانمندی دوره‌ای کارکنان، انجام‌می‌گیرد.

۸-۴. مستندات نشان‌می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام‌شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۸. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

۹-۱. بخش آنژیوگرافی یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.

۹-۲. مستنداتی که نشان‌می‌دهند کلیه کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۹-۳. مستنداتی که نشان‌می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.

۹-۴. همه کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.

۹-۵. همه پزشکان و پرستاران بخش آنژیوگرافی، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند.

۹-۶. مستنداتی که نشان‌می‌دهند تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند، موجود است.

۹-۷. مستنداتی که نشان‌می‌دهند کلیه کارکنان در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند، موجود است.

۹-۸. مستنداتی که نشان‌می‌دهند تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند، موجود است.

۹-۹. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام‌می‌دهند.

۹. آموزش و  
توانمندسازی  
کارکنان

۱۰-۱. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

۱۰. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۱۰-۲. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱۱-۱. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش آنژیوگرافی وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:

۱۱. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه / مجموعه دارای یک فهرست دقیق می‌باشد.
  - کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص می‌باشد.
- ۱۱-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل باید شامل موارد ذیل باشند:

- رعایت حقوق گیرندگان خدمت
- برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات)
- پذیرش، انتقال درون و برون‌بخشی، ارجاع و ترخیص
- انتخاب کاتتریزاسیون قلبی (به‌کارگیری مداخله مناسب برای بیمار مناسب با توجه به اندیکاسیون‌ها و کاتراندیکاسیون‌ها)
- آماده‌سازی بیمار
- ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیرتعطیل)
- کنترل عفونت
- ایمنی کارمندان
- کد احیا
- پاسخ‌دهی موارد بحران
- چگونگی ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به‌صورت شفاهی (به‌عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می‌شوند
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید.
- چگونگی گندزدایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی

## ● استفاده از آرامبخش‌ها

● شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

## ۱۲. پذیرش

## در بخش و

## ارزیابی بیمار

۱-۱۲. اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.

۲-۱۲. اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.

۳-۱۲. در طی کلیه مراحل مراقبتی بیمار، پزشک معالج بیمار مشخص شده و تمام مشاوره‌ها، درمان‌ها و مراقبت‌های لازم، با اطلاع و هماهنگی وی انجام می‌پذیرد.

۴-۱۲. در بیمارستان با توجه به وضعیت بیماران بستری در هنگام پذیرش، نیازهای آنان به خدمات تسکینی، درمانی، تغذیه‌ای، مددکاری اجتماعی، ارتقای سلامت، پیشگیری و بازتوانی مشخص می‌شوند تا بیماران حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.

## گزارش پرستاری

۵-۱۲. یک پرستار با مدرک کارشناسی پرستاری، بیمار را در بخش پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می‌نماید:

- شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی و نحوه ورود بیمار (به‌طور مثال با صندلی چرخ‌دار)
- ساعت و تاریخ پذیرش در بخش
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)
- برنامه درمانی و کلیه بررسی‌ها و آزمایش‌های درخواست شده توسط پزشک معالج.
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار

## گزارش پزشکی

۶-۱۲. پزشک معالج، پس از انجام ارزیابی‌ها و اقدامات لازم، موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید:

- ساعت و تاریخ انجام ویزیت و اقدامات تهاجمی
- تمام نتایج حاصل از اخذ شرح حال، انجام معاینه بالینی بیمار و اقدامات تهاجمی
- تمام دستورات درمانی و مراقبتی و بررسی‌ها و اقدامات پاراکلینیکی لازم
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک معالج

۱-۱۳. برای تمام کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

## ۱۳. پرونده

## بیمار

۱۳-۲. در ثبت مستندات در پرونده بیمار(یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل

رعایت می‌شوند:

- تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.
- نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات پرونده و روی جلد پرونده وی ثبت می‌شوند.
- زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.
- در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.
- در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
- در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.
- مستندسازی در بخش آنژیوگرافی باید در فرم‌های طراحی شده خاص این بخش باشد و در پرونده بیمار نگهداری شود.

۱۳-۳. شواهد عدم استفاده مجدد از ابزار کاتترگذاری در فرآیند بازفرآوری وجود دارد.

۱۳-۴. در زمینه ثبت اقدامات کاتتریزاسیون قلبی در پرونده پزشکی بیمار، حداقل موارد ذیل

رعایت می‌شوند:

- فرم‌های استاندارد شده برای مستندسازی اقدامات در دسترس هستند.
- فرم رضایت برای اقدامات ویژه قبل از انجام اقدامات، به وسیله بیمار یا همراهان او امضا می‌شود.
- روند ثبت وسایل یک بار مصرف انجام می‌شود.
- ارزیابی بیمار توسط پرستار قبل از شروع اقدامات، انجام می‌گیرد.
- داروهایی که در طی انجام کاتتریزاسیون استفاده می‌گردد، ثبت می‌شوند.
- مراقبت پرستاری انجام شده در طی اقدامات کاتتریزاسیون ثبت می‌گردد.
- ارزیابی بیمار پس از انجام اقدامات (کاتتریزاسیون) و قبل از ترخیص بیمار از بخش آنژیوگرافی، انجام گرفته و ثبت می‌شوند.
- پزشک مسئول بیمار حداقل‌های قابل قبول تعیین شده توسط بیمارستان را در برگه درخواست آنژیوگرافی تکمیل می‌نماید.

تذکر: برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

۱۴-۱. پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که در فرآیند مراقبت از بیمار، با پزشک معالج وی همکاری

می‌کنند و به منظور تجزیه و تحلیل، یکپارچه نمودن و استمرار ارزیابی‌ها و مراقبت‌ها، با یکدیگر مشارکت می‌نمایند.

۱۴. ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار



۱۴-۲. کارکنان درمانی واجد صلاحیت، ارزیابی مجدد بیمار را در فواصل زمانی مناسب انجام داده و نتایج را در پرونده بیمار، ثبت می‌نمایند:

- پیشبرد برنامه مراقبتی طی اقامت بیمار در بخش آنژیوگرافی
  - ثبت گزارش‌ها توسط پرستار، حداقل یک بار برای هر بیمار در هر شیفت
  - ثبت علائم حیاتی، و پیگیری انجام به موقع آزمایش‌ها و سایر اقدامات لازم، با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی بیمار، توسط پرستار
  - ثبت وضعیت بیمار، تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد، توسط پزشک معالج آنژیوگرافی بیمار
- ۱۴-۳. بیماران از جهت مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی، به‌طور مستمر ارزیابی و کنترل می‌شوند.

۱۴-۴. رعایت بهداشت دست‌ها مطابق با پروتکل مصوب وزارت بهداشت انجام می‌گیرد.

۱۴-۵. اقدامات مراقبتی، براساس برنامه‌ها و دستورات ثبت شده در پرونده انجام می‌شوند.

۱۴-۶. در زمان انتقال از بخش آنژیوگرافی، برگه سیر بیماری و گزارش آنژیوگرافی به‌صورت کامل، خوانا و مطابق با خط‌مشی‌ها و روش‌های بیمارستان، تکمیل شده و نسخه‌ای از گزارش آنژیوگرافی، به بیمار تحویل می‌گردد.

۱۴-۷. پایش بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی صورت می‌گیرد.

۱۴-۸. کنترل محل هموستاز از نظر خونریزی، هماتوم و کنترل نبض‌های انتهایی صورت می‌گیرد.

۱۴-۹. در زمان ترخیص از بخش آنژیوگرافی، پزشک مسئول بیمار آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پزشکی را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.

۱۴-۱۰. در زمان ترخیص از بخش آنژیوگرافی یکی از پرستاران آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پرستاری را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.

۱۴-۱۱. اطلاع‌رسانی و اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می‌پذیرد.

۱۵-۱. یک نسخه از مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده است، در بخش آنژیوگرافی در دسترس است.

۱۵-۲. مجموعه دارویی، حاوی شرح داروهای اختصاصی بخش آنژیوگرافی و نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها است.

۱۵-۳. فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می‌شود.

۱۵-۴. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی توسط پرستار انجام و ثبت می‌شود.

۱۵-۵. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی، داروهای پرخطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت می‌شود و با درج امضای هر کارشناس، تأیید می‌گردد. داروهای خطرناک حداقل شامل موارد ذیل هستند:

● تمام مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت

● دیگوکسین وریدی

● انسولین

● اولین دوز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی

۱۵. دستورات  
دارویی

- خون و فرآورده‌های خونی
- کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص راه‌حل‌های نه‌گانه ایمنی بیمار)
- ۶-۱۵. بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد درست داده‌می‌شود، پیش‌بینی و مکتوب ساخته‌است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.
- ۷-۱۵. همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آنها در یک مکان مناسب و در دسترس، در بخش آنژیوگرافی وجود دارد.
- ۸-۱۵. باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات‌بخش جهت مراقبت اورژانس در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های بخش آنژیوگرافی تأمین شود.
- ۹-۱۵. ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارائه مراقبت‌های اورژانسی، مطابق با دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه‌روز و در تمامی قسمت‌های بخش آنژیوگرافی در دسترس باشند.
- ۱۰-۱۵. سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.
- ۱۱-۱۵. پرستار مسئول داروهای مخدر، کلید را همواره نزد خود نگهداری می‌نماید.
- ۱۲-۱۵. داروهای مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار، محفوظ باشند و کلید نزد پرستار مسئول داروهای مذکور، نگهداری شود.

- ۱-۱۶. به بیماران و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک در مورد نوع مراقبت در نظر گرفته‌شده، روش‌های جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از درمان‌های بخش آنژیوگرافی و هرگونه هزینه مورد انتظار ارائه‌می‌شود.
- ۲-۱۶. نام فرد یا افراد مسئول ارائه آموزش به بیماران و همراهان آنان، در پرونده بیمار ثبت شده‌است.
- ۳-۱۶. بروشور (جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع‌ترین علل مراجعه و بستری در این بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی درمانی مهمی که بیماران این بخش قبل و بعد از آنژیوگرافی، باید رعایت نمایند، در بخش آنژیوگرافی برای استفاده بیماران و همراهان آنان در دسترس است.

۱۶. آموزش  
بیمار و  
همراهان

## امکانات و ملزومات

- ۱-۱۷. خدمات پشتیبانی بخش آنژیوگرافی باید به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد مانند: تصویربرداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی، بانک خون و خدمات بخش مراقبت‌های پس از انجام کاتتریزاسیون (Post Cat)
- ۲-۱۷. فهرست آزمایش‌های اورژانس و جدول زمان‌بندی پاسخ‌دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ‌دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است.
- ۳-۱۷. امکان دریافت پاسخ آزمایش‌های اورژانسی در زمان معین مطابق با الزامات تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتباً با آزمایشگاه توافق شده‌است.

۱۷. خدمات  
پشتیبانی  
بخش‌های  
پاراکلینیک

۱۸-۱. ترالی اورژانس در دسترس بوده و مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت، حداقل حاوی موارد ذیل است:

### ۱۸. ترالی اورژانس

- دفیبریلاتور
  - مانیتور قلبی، پالس اکسیمتر و امکانات پیس‌میکر موقت
  - داروهای اورژانس
  - لوله‌های هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها
  - لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یک‌بار مصرف)
  - آمبویگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
  - لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در تمامی اندازه‌ها
  - باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
  - تخت‌ه‌احیا (بک‌بورد) اطفال و بزرگسال
  - ساکشن
  - کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)
- ۱۸-۲. مستندات نشان‌می‌دهند که پرستار مسئول از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۱۸-۳. مستندات نشان‌می‌دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده می‌باشد.

۱۹-۱. کارکنان امکانات و تجهیزات مراقبتی مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.

### ۱۹. امکانات

- ۱۹-۲. محافظ سربی مناسب برای کارکنان و بیماران (اگر اندیکاسیون دارد) وجود دارد.
- ۱۹-۳. امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبت‌های اورژانسی وجود دارد.
- ۱۹-۴. هر تخت ریکاوری یک سیستم فراخوان اضطراری پرستار دارد.
- ۱۹-۵. همه پریزهای یوپی‌اس به‌وضوح مشخص هستند.
- ۱۹-۶. امکان برقراری روابط اصولی بین سه فضای تمیز، کثیف و استریل وجود دارد.
- ۱۹-۷. اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۱۹-۸. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۱۹-۹. امکان رعایت بهداشت دست‌ها مطابق پروتکل مصوب وزارت بهداشت وجود دارد.
- ۱۹-۱۰. شواهد نشان‌می‌دهد که هیچ یک از کارکنان خارج از ساعات کاری استاندارد دریافت اشعه که توسط سازمان انرژی اتمی تعیین گردیده، در بخش آنژیوگرافی فعالیت نمی‌نمایند.
- ۱۹-۱۱. شواهد وجود وسایل حفاظتی در برابر اشعه به‌ازای هر فرد در معرض اشعه (براساس دستورالعمل سازمان انرژی اتمی) وجود دارد.

## ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۲۰. ایمنی فیزیکی**
- ۱-۲۰. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس و سالم می‌باشد.
  - ۲-۲۰. داخل اتاق‌های بخش آنژیوگرافی، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهداری و جایی که سریعاً جوابگو باشند وجود دارد.
  - ۳-۲۰. نگهبان در زمان مورد نیاز در بخش آنژیوگرافی، فوراً در دسترس می‌باشد.
  - ۴-۲۰. نگهبان دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده‌است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.
  - ۵-۲۰. دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران بخش آنژیوگرافی، کنترل شده و محصور می‌باشد.
- ۲۱. بهبود کیفیت**
- ۱-۲۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد، در دسترس است.
  - ۲-۲۱. برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان می‌باشد.
  - ۳-۲۱. برنامه بهبود کیفیت شامل موضوعات بالینی و غیر بالینی می‌باشد.
  - ۴-۲۱. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
  - ۵-۲۱. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.
- ۲۲. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها**
- ۱-۲۲. داده‌های بخش آنژیوگرافی جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
  - ۲-۲۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده‌است.
  - ۳-۲۲. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.
  - ۴-۲۲. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
  - ۵-۲۲. تحلیل نتایج ممیزی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
  - ۶-۲۲. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

# بخش دیالیز





# بخش دیالیز

## مدیریت و سازماندهی

### ۱. برنامه استراتژیک

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۱-۲. در بخش دیالیز، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است
- ۱-۳. تمام کارکنان بخش دیالیز، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

### ۲. رئیس بخش

- ۱-۲. شرایط احراز ریاست بخش دیالیز، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی نفرولوژی
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی داخلی و حداقل ۲ سال سابقه کار در بخش دیالیز با مدارک آموزشی معتبر بخش دیالیز
  - دارا بودن مدرک دکترای تخصصی داخلی با مدارک آموزشی معتبر دوره بخش دیالیز

### ۳. سرپرستار بخش

- ۱-۳. شرایط احراز برای سرپرستار بخش دیالیز، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی ارشد پرستاری داخلی، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش دیالیز به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت) و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش دیالیز
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش دیالیز و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش دیالیز به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت)
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش دیالیز و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش دیالیز
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش دیالیز و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش دیالیز

### ۴. پرستار بخش دیالیز

- ۱-۴. شرایط احراز برای پرستار بخش دیالیز به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
  - کارشناس پرستاری با مدرک معتبر دوره آموزشی بخش دیالیز با ۲ سال تجربه پرستاری
  - کارشناس پرستاری با مدرک معتبر دوره آموزشی بخش دیالیز

۵. پزشک مقیم و پزشک آنکال
- ۱-۵. بخش دیالیز در تمام ساعات فعال، از حضور پزشک مقیمی که به ترتیب ارجحیت واجد شرایط ذیل است، برخوردار می‌باشد:
- فوق تخصص نفرولوژی
  - متخصص داخلی دارای مدارک معتبر دوره آموزشی بخش دیالیز
  - پزشک عمومی دارای مدارک معتبر دوره آموزشی بخش دیالیز
- ۲-۵. پزشکان متخصص به صورت شبانه‌روزی در دسترس (آنکال) هستند.

۶. پرستار مسئول شیفت
- ۱-۶. شرایط لازم برای پرستاران مسئول شیفت در بخش دیالیز به ترتیب ارجحیت، عبارت است از:
- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۲ سال سابقه کار در بخش دیالیز و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای بخش دیالیز
  - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای بخش دیالیز

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۷. پرونده پرسنلی (کاغذی/ الکترونیک)
- ۱-۷. پرونده پرسنلی (کاغذی/ الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش دیالیز، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک‌لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به ارزیابی اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۸. لیست کارکنان
- ۱-۸. در بخش دیالیز، لیستی از کلیه کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
- نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
- ۲-۸. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.
- ۳-۸. هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).



- ۴-۸. یک لیست از پزشکان، متخصصان یا مشاوره‌دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه‌روز در بخش دیالیز، در دسترس می‌باشد.
- ۵-۸. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی همراه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده‌است.
- ۶-۸. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.
- ۷-۸. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود می‌باشد.

- ۹-۱. در بخش دیالیز، یک کتابچه/ مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این بخش

### ۹. دوره توجیهی بدو ورود

- ۱۰-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۱۰-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل هر ۱ سال یک بار، برای کلیه کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۱۰-۳. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون توانمندی دوره‌ای کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۱۰-۴. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

### ۱۰. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

- ۱۱-۱. بخش دیالیز یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۱۱-۲. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۱۱-۳. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.

### ۱۱. آموزش و توانمندسازی کارکنان

- ۴-۱۱. تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.
- ۵-۱۱. کلیه پزشکان و پرستاران بخش دیالیز، حداقل سالی یک بار، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، وتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند.
- ۶-۱۱. مستنداتی که نشان می‌دهد تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۷-۱۱. مستنداتی که نشان می‌دهد کلیه کارکنان در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۸-۱۱. مستنداتی که نشان می‌دهد کلیه کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۹-۱۱. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

- ۱-۱۲. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:
- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۱۲. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱۲. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
حرفه‌ای و  
بهداشت محیط

- ۱-۱۳. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش دیالیز وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه / مجموعه دارای یک فهرست دقیق می‌باشد.
  - کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص می‌باشد.
- ۲-۱۳. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:
- رعایت حقوق گیرندگان خدمت
  - برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و ...).
  - ارائه خدمات استاندارد دیالیز در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای فعال هفته (اعم از تعطیل و غیرتعطیل، اورژانس و غیراورژانس)

۱۳. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- پذیرش، انتقال درون و برون‌بخشی، ارجاع و ترخیص
- پاسخ‌دهی موارد بحران
- کد احیا
- چگونگی ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به صورت شفاهی (به‌عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می‌شوند.
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید.
- راهنماهای طبابت بالینی حداقل در ۵ مورد از حالات وخیم و شایع در مراجعه‌کنندگان (راهنماهای مورد تأیید وزارت بهداشت)
- بازبینی راهنماهای طبابت بالینی در فواصل زمانی مناسب
- خط مشی جذب کارمند از نظر نسبت پرستار به بیمار
- کنترل عفونت
- مراقبت از فیستول، کاتتر موقت و دائم
- استفاده از خون و محصولات خونی
- چگونگی گندزدایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی
- ایمنی بیمار
- شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

- ۱۴-۱. اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک معالج و تکمیل فرم‌های مربوطه بیمارستان در پرونده بیمار، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.
- ۱۴-۲. اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار و تکمیل فرم‌های مربوطه بیمارستان در پرونده بیمار، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد.
- ۱۴-۳. طی تمام مراحل مراقبتی بیمار، پزشک معالج شیفت دیالیز بیمار مشخص شده و همه مشاوره‌ها، درمان‌ها و مراقبت‌های لازم، با اطلاع و هماهنگی وی انجام می‌پذیرد.
- ۱۴-۴. پزشک معالج داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در بخش، مورد بررسی قرار داده و داروهای لازم را به دستورات دارویی بیمار اضافه می‌نماید.
- ۱۴-۵. ارزیابی‌های دوره‌ای بیماران دیالیزی توسط پزشک معالج در بخش دیالیز با ثبت در پرونده در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌شود.
- ۱۴-۶. یک متخصص تغذیه با صلاحیت که دارای تجربه با مدرک تأییدشده در تغذیه بیماران کلیوی است در شروع برنامه دیالیز و سپس هر ۶ ماه یک بار بیماران دیالیزی را ویزیت و در پرونده بیمار ثبت می‌نماید.

#### گزارش پرستاری

- ۱۴-۷. یک پرستار با مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، بیمار را در هر نوبت دیالیز در بخش پذیرش نموده و فرم دیالیز را تکمیل می‌نماید.

۱۴. پذیرش  
در بخش و  
ارزیابی بیمار

## گزارش پزشکی

۸-۱۴. پزشک معالج، پس از انجام ارزیابی‌ها و اقدامات لازم، موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید:

- ساعت و تاریخ انجام ویزیت
- کلیه نتایج حاصل از اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی بیمار
- کلیه دستورات درمانی و مراقبتی و بررسی‌ها و اقدامات پاراکلینیکی لازم
- توضیحات و آموزش‌های ارائه‌شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک معالج

## ۱۵. پرونده بیمار

۱-۱۵. برای تمام کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

۲-۱۵. در ثبت مستندات در پرونده بیمار (یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند:

- تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.
- نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات و روی جلد پرونده وی ثبت می‌شوند.
- زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات واردشده، مشخص است.
- در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.
- در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
- در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط‌خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.
- مستندسازی در بخش دیالیز باید در فرم‌های طراحی شده خاص این بخش باشد و در پرونده بیمار نگهداری شود.

۳-۱۵. پرونده بیمار حداقل شامل موارد زیر است:

- برگه پذیرش بیماران بخش همودیالیز (ابلاغیه معاونت سلامت وزارت بهداشت)
- آخرین EKG
- چک‌لیست آزمایشات
- برگه ویزیت پزشک
- کاردکس دارویی
- خلاصه دیالیز شیت برای حداقل ۳ ماه اخیر (ابلاغیه معاونت درمان وزارت بهداشت)
- برگه‌های دیالیز شیت یک ماه اخیر
- یک کپی از آخرین گزارش‌های بررسی‌های پاراکلینیک بیمار

**تذکر:** برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

### ۱۶. ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار

- ۱-۱۶. پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که در فرآیند مراقبت از بیمار، با پزشک معالج وی همکاری می‌کنند، به منظور تجزیه و تحلیل، یکپارچه نمودن و استمرار ارزیابی‌ها و مراقبت‌ها، با یکدیگر مشارکت می‌نمایند.
- ۲-۱۶. بیماران از جهت مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی، به‌طور مستمر ارزیابی و کنترل می‌شوند.
- ۳-۱۶. اقدامات مراقبتی، براساس برنامه‌ها و دستورات ثبت شده در پرونده انجام می‌شوند.
- ۴-۱۶. پرستاران بخش دیالیز باید طی انجام همودیالیز در بالین بیماران خود به‌طور مستمر حضور داشته‌باشند.
- ۵-۱۶. اطلاع‌رسانی و اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می‌پذیرد.

### ۱۷. دستورات دارویی

- ۱-۱۷. یک نسخه از کتاب دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده است، در بخش دیالیز در دسترس است.
- ۲-۱۷. کتاب دارویی، حاوی شرح داروهای کلیوی، اورژانسی و نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها است.
- ۳-۱۷. فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می‌شود.
- ۴-۱۷. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی توسط پرستار انجام و ثبت می‌شود.
- ۵-۱۷. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی، داروهای پرخطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت می‌شود و با درج امضای هر کارشناس، تأیید می‌گردد. داروهای خطرناک حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- کلیه مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت
- دیگوکسین وریدی
- انسولین
- اولین دوز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی
- ترکیبات تغذیه کامل وریدی
- ویال‌های چنددوزی
- خون و فرآورده‌های خونی

- کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت درخصوص راه‌حل‌های نه‌گانه ایمنی بیمار)
- ۶-۱۷. بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد درست داده می‌شود، پیش‌بینی و مکتوب ساخته است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.
  - ۷-۱۷. همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آنها در یک مکان مناسب و در دسترس، در بخش دیالیز وجود دارد.
  - ۸-۱۷. قفسه دارویی بخش دیالیز حاوی حداقل داروهای مورد نیاز طبق لیست معاونت سلامت وزارت بهداشت بوده و در یک مکان مناسب جهت دسترسی وجود دارد.
  - ۹-۱۷. سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.
  - ۱۰-۱۷. داروهای مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار، محفوظ باشند و کلید نزد پرستار مسئول داروهای مذکور، نگهداری شود.

### ۱۸. آموزش بیمار و همراهان

- ۱-۱۸. به بیماران دیالیزی و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک در مورد نوع مراقبت در نظر گرفته شده، روش‌های جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از درمان و هرگونه هزینه مورد انتظار ارائه می‌شود.
- ۲-۱۸. نام فرد یا افراد مسئول ارائه آموزش به بیماران و همراهان آنان در فرم ارائه آموزش در پرونده بیمار ثبت شده است.
- ۳-۱۸. بروشور(جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از مهم‌ترین نکات بالینی این بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی درمانی مهمی که بیماران این بخش، باید رعایت نمایند، در بخش دیالیز برای استفاده بیماران و همراهان آنان در دسترس است. این جزوات حداقل حاوی سرفصل‌های زیر است:
- تغذیه، نگهداری ACCESS (دسترسی عروقی جهت انجام همودیالیز)، نحوه مصرف داروها، مراقبت از عفونت، کنترل وزن و تعادل مایعات

## امکانات و ملزومات

### ۱۹. خدمات پشتیبانی بخش‌های پاراکلینیک

- ۱-۱۹. خدمات پشتیبانی بخش دیالیز باید به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد مانند: تصویربرداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی و بانک خون
- ۲-۱۹. یک سیستم برای بازیابی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک تصویربردار حداکثر ظرف ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.
- ۳-۱۹. فهرست آزمایش‌های اورژانس و جدول زمان‌بندی پاسخ‌دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ‌دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است.
- ۴-۱۹. امکان دریافت پاسخ آزمایش‌های اورژانسی در زمان معین مطابق با الزامات تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتباً با آزمایشگاه توافق شده است.

### ۲۰. تفرالی اورژانس

- ۱-۲۰. تفرالی اورژانس در دسترس بوده مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت، حداقل حاوی موارد ذیل است:
- دفیبریلاتور
  - مانیتور قلبی و پالس اکسیمتر
  - داروهای اورژانس
  - لوله هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها
  - لوله تراشه برای کودکان و بزرگسالان (یک‌بار مصرف)
  - آمبوبگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
  - لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در تمامی اندازه‌ها
  - باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
  - تخت‌ه احیا(بک‌بورد) اطفال و بزرگسال
  - ساکشن
  - کپسول اکسیژن و ملزومات(پروآماده استفاده)

۲-۲۰. مستندات نشان می‌دهند که پرستار مسئول از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.

۳-۲۰. شواهد مستند نشان می‌دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

۱-۲۱. کارکنان، امکانات و تجهیزات مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.

#### ۲۱. امکانات

۲-۲۱. مستندات طرز نگهداری هر دستگاه دیالیز موجود می‌باشد.

۳-۲۱. هر دستگاه دیالیز مجهز به یک سیستم هشداردهنده خطر است.

۴-۲۱. امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبت‌های اورژانسی مقدور می‌باشد.

۵-۲۱. در دستشویی و رختکن یک سیستم فراخوان اضطراری پرستار وجود دارد.

۶-۲۱. همه پریزهای یوپی‌اس به‌وضوح مشخص هستند.

۷-۲۱. در بخش، اتاق ایزولاسیون برای جداسازی بیماران عفونی، وجود دارد.

۸-۲۱. اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.

۹-۲۱. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.

۱۰-۲۱. دسترسی آسان به امکانات رعایت بهداشت دست‌ها فراهم می‌باشد.

۱۱-۲۱. شواهدی مبنی بر وجود سیستم عفونت‌زدایی دستگاه دیالیز بین بیمارگیری وجود دارد.

۱-۲۲. مشخصات فنی ماشین‌های همودیالیز و دستگاه‌های تصفیه آب (RO)<sup>۱</sup> مطابق مصوبه ابلاغی از معاونت درمان وزارت بهداشت می‌باشد.

#### ۲۲. تصفیه آب دیالیز و مشخصات فنی دستگاه‌های تصفیه آب و دستگاه‌های همودیالیز

۲-۲۲. شواهدی مبنی بر انجام آزمایش‌های منظم کیفیت آب دیالیز از نظر باکتری و محتویات شیمیایی وجود دارد (مطابق دستورالعمل معاونت درمان وزارت بهداشت)

۳-۲۲. شواهدی مبنی بر انجام آزمایش‌های منظم سیستم توزیع آب از نظر اندوتوکسین‌ها وجود دارد.

۴-۲۲. شواهدی مبنی بر انجام فرآیند عفونت‌زدایی بین بیمارگیری وجود دارد.

۵-۲۲. شواهدی مبنی بر پیگیری مناسب و گزارش‌دهی موارد عدم تطابق کیفیت آب با سنج‌های تاییدشده، وجود دارد.

۱-۲۳. شواهدی مبنی بر عدم استفاده مجدد از صافی‌های همودیالیز وجود دارد.

#### ۲۳. صافی دستگاه دیالیز

۲-۲۳. مشخصات فنی صافی‌های همودیالیز مورد مصرف جهت هر بیمار، در بخش همودیالیز مطابق دستورالعمل معاونت سلامت وزارت بهداشت است.

## ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

۱-۲۴. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس و سالم می‌باشد.  
۲-۲۴. داخل بخش دیالیز، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهداری و جایی که سریعاً جوابگو باشند، وجود دارد.

۲۴. ایمنی  
فیزیکی

۳-۲۴. نگهبان در زمان مورد نیاز در بخش دیالیز، فوراً در دسترس می‌باشد.  
۴-۲۴. نگهبان دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده‌است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.  
۵-۲۴. دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران بخش دیالیز، کنترل شده و محصور می‌باشد.

۱-۲۵. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد، در دسترس است.  
۲-۲۵. برنامه بهبود کیفیتی هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، در این واحد نیز پیاده می‌شود.  
۳-۲۵. برنامه بهبود کیفیت شامل موضوعات بالینی و غیر بالینی می‌باشد.  
۴-۲۵. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.  
۵-۲۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

۲۵. بهبود  
کیفیت

۱-۲۶. داده‌های بخش دیالیز جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.  
۲-۲۶. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده‌است.  
۳-۲۶. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.  
۴-۲۶. ممیزی داخلی انجام می‌شود.  
۵-۲۶. تحلیل نتایج ممیزی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.  
۶-۲۶. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به‌مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

۲۶. جمع‌آوری  
و تحلیل  
داده‌ها



# واحد مدیریت پرستاری





# واحد مدیریت پرستاری

## مدیریت و سازماندهی

### ۱. برنامه استراتژیک

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۱-۲. در واحد مدیریت پرستاری، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. تمام پرسنل پرستاری، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک سازمان اطلاع دارند.

### ۲. شرایط احراز مدیر پرستاری

- ۲-۱. شرایط احراز برای مدیریت پرستاری به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
  - دارا بودن مدرک دکترای پرستاری ترجیحاً با گرایش مدیریت، مدرک RN و حداقل ۵ سال سابقه کار در بیمارستان که حداقل ۲ سال آن در مشاغل مدیریتی و سرپرستی واحد پرستاری بوده باشد.
  - دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد پرستاری ترجیحاً با گرایش مدیریت، مدرک RN و حداقل ۷ سال سابقه کار در بیمارستان که حداقل ۲ سال آن در مشاغل مدیریتی و سرپرستی واحد پرستاری بوده باشد.
  - دارا بودن مدرک کارشناسی پرستاری، مدرک RN با حداقل ۱۲ سال سابقه کار در بیمارستان که حداقل ۴ سال آن در مشاغل مدیریتی و سرپرستی واحد پرستاری بوده باشد. به علاوه داشتن مدارک مورد تأیید وزارت بهداشت مبنی بر گذراندن ۴۰ ساعت دوره مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره مدیریت پرستاری
  - دارا بودن مدرک کارشناسی پرستاری، مدرک RN با حداقل ۵ سال سابقه کار در بیمارستان که حداقل ۲ سال آن در مشاغل مدیریتی و سرپرستی بوده باشد.

### ۳. جانشین مدیر پرستاری

- ۳-۱. مدیر پرستاری، برای زمانهایی که در بیمارستان حضور ندارد سوپروایزری را به عنوان جانشین به طور مکتوب و با قید حیطه اختیارات، مشخص می نماید.
- ۳-۲. به جانشین مدیر پرستاری، در زمان برعهده داشتن مسئولیت سرپرستی، وظایف بالینی محول نمی شود.

### ۴. نمودار سازمانی

- ۴-۱. مدیر پرستاری عضو تیم مدیریت ارشد بیمارستان است.
- ۴-۲. مدیر پرستاری، با هیئت مدیره و کادر پزشکی در پیشرفت، بازنگری و اجرای خط‌مشی‌ها و اقدامات درمانی مربوط به بیمارستان همکاری می نماید.
- ۴-۳. مدیر پرستاری در فرآیند محاسبه نیروی پرستاری مورد نیاز، به کارگیری و تعیین صلاحیت حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای کادر پرستاری، مشارکت فعال دارد.

۵. بودجه

- ۱-۵. مستندات نشان می‌دهند که مدیر پرستاری در فرآیندهای مربوط به بودجه بیمارستان، مشارکت فعال دارد.
- ۲-۵. سالانه، بودجه لازم برای اداره امور پرستاری، توسط مدیر پرستاری، پیشنهاد می‌شود.
- ۳-۵. ردیف‌های صرف بودجه به صورت مکتوب مشخص می‌گردند.
- ۴-۵. در بودجه سالانه، بخشی نیز برای آموزش کادر پرستاری در نظر گرفته می‌شود.
- ۵-۵. در سال جاری، هزینه‌های انجام شده و نتایج حاصل از آنها تا این لحظه، مشخص هستند.

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۶. پرونده پرسنلی (کاغذی/ الکترونیک)

- ۱-۶. پرونده پرسنلی (کاغذی/ الکترونیک) تمام کارکنان واحد مدیریت پرستاری، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک کپی از آن در دسترس مدیر پرستاری است:
  - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۷. لیست کارکنان

- ۱-۷. لیستی از کلیه کادر پرستاری، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس مدیر پرستاری یا جانشین وی بوده و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
  - نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
- ۲-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی کادر پرستاری هر بخش در هر ماه، با ذکر نام و سمت آنها در آن نوبت کاری، در تمام اوقات شبانه‌روز از طریق مدیر پرستاری یا جانشین وی، در دسترس است.
- ۳-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.
- ۴-۷. مستندات نشان می‌دهند که نام دانشجویان پرستاری، اتاق عمل و هوشبری و نیروهای داوطلب، خارج از برنامه نوبت کاری پرستاری واحد است.
- ۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود است.
- ۶-۷. مستندات نشان می‌دهند برنامه‌ریزی نوبت کاری گروه پرستاری به نحوی صورت می‌گیرد که هیچ یک از کارکنان گروه پرستاری در بخش‌های بالینی، بیش از ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمت نمی‌پردازند (به جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).

## ۸. دوره توجیهی بدو ورود

- ۸-۱. در واحد مدیریت پرستاری، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، یژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به تمام تجهیزاتی که کادر پرستاری در همه واحدها با آن سر و کار دارند.

## ۹. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

- ۹-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کادر پرستاری با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۹-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای در فواصل زمانی منظم و مناسب، برای همه کادر پرستاری، برگزار می‌شوند.
- ۹-۳. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کادر پرستاری، انجام می‌گیرند.
- ۹-۴. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کادر پرستاری، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

## ۱۰. آموزش و توانمندسازی کارکنان

- ۱۰-۱. مدیر پرستاری، با همکاری مسئولان واحدها، یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کلیه کادر پرستاری جهت دستیابی به اهداف برنامه استراتژیک، برنامه بهبود کیفیت سازمان و استانداردهای مراقبتی بیماران، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۱۰-۲. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کادر پرستاری، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۱۰-۳. مستنداتی که نشان می‌دهند پرستاران حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۱۰-۴. تمام کادر پرستاری در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.
- ۱۰-۵. تمام کادر پرستاری، حداقل سالی یک بار، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی واحد مربوطه را دریافت می‌نمایند.
- ۱۰-۶. تمام کادر پرستاری در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۱۰-۷. تمام کادر پرستاری در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۱۰-۸. مستندات نشان می‌دهند که بیمارستان دارای ارتباط با انستیتوها، مؤسسات و انجمن‌های آموزشی است.
- ۱۰-۹. بیمارستان یک سهمیه برنامه آموزشی کادر پرستاری سالانه بین ۴۰ تا ۶۰ ساعت برای هر کادر پرستاری دارد.

- ۱۰-۱۰. مربیان پرستاری بالینی مسئول سرپرستی دانشجویان پرستاری در زمان حضور آنان در بیمارستان هستند.
- ۱۱-۱۰. تمام کادر پرستاری در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند.
- ۱۲-۱۰. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

- ۱-۱۱. کتابچه/مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:
- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۱۱. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱۱. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

- ۱-۱۲. مدیر پرستاری برای اطمینان از مطابقت عملکرد کادر پرستاری با استانداردهای پرستاری، بررسی‌های لازم را، حداقل در موارد ذیل انجام خواهد داد:
- اطمینان از ثبت صحیح ارزیابی‌ها و تشخیص‌های پرستاری
  - اطمینان از ثبت صحیح اقدامات پرستاری انجام شده
  - اطمینان از تطبیق مراقبت‌های پرستاری انجام شده با برنامه‌های مراقبت پرستاری طراحی شده
  - بررسی تفاوت بین برنامه‌های مراقبتی ثبت شده با مراقبت‌های انجام گرفته
  - اطمینان از ثبت صحیح نتایج حاصل از ارزیابی‌های مجدد پرستاری
  - ارزشیابی اثربخشی مراقبت‌های پرستاری

۱۲. ارزیابی  
عملکرد  
پرستاران

- ۱-۱۳. یک کتابچه/مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد پرستاری وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این واحد را توصیف می‌نماید:
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه/مجموعه دارای یک فهرست دقیق می‌باشد.
  - کتابچه/مجموعه دارای نمایه مشخص باشد.

۱۳. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- ۲-۱۳. خط‌مشی‌ها و روش‌های مدیریتی این واحد حداقل شامل موارد ذیل هستند:
- مشارکت کادر پرستاری در برنامه‌های پژوهشی
  - مشارکت کادر پرستاری در برنامه‌های آموزشی (آموزش به بیمار، همراهان، کارکنان و دانشجویان)
  - مشارکت کادر پرستاری در برنامه‌های مدیریتی
  - ارزیابی‌های لازم
  - برخوردهای تشویقی، تنبیهی و انضباطی
  - ارتباطات بین بخشی
  - خرید
  - استانداردهای حرفه‌ای و مراقبتی پرستاری

۱۳-۳. خط‌مشی‌ها و روش‌های بالینی حداقل شامل موارد ذیل هستند:

— اقدامات عمومی بالینی از جمله:

- کنترل عفونت
- ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای و مراقبت مناسب
- ایمنی و ارزیابی احتمال خطر و آسیب به خود و بیمار
- بهداشت پایه
- مراقبت پوست و حفاظت در برابر زخم‌های فشاری
- مدیریت دارو (تهیه - تأمین - نگهداری - داروهای فراخوان‌شده و داروهای مرجوعی با نظارت و هماهنگی بخش مدیریت دارویی)
- درمان وریدی
- تزریق خون و فرآورده‌های خونی
- دستورات تلفنی
- گزارش و ثبت عوارض جانبی درمان‌های دارویی
- فعالیت‌ها و تصمیمات مربوط به مراقبت تسکین درد
- عدم به‌کارگیری مجدد وسایل یک بار مصرف
- عدم درپوش‌گذاری مجدد سرنگ و سرسوزن (No Recapping)
- دسترسی آسان به خدمات پاراکلینیکی در صورتی که این خدمات در خود بیمارستان ارائه‌نشوند.
- شناسایی بیماران مجهول‌الهویه
- کودکانی که مورد آزار واقع می‌شوند.
- بیمارانی که مورد ضرب و شتم قرار گرفته‌اند.
- تحویل واحد به نوبت بعدی (واحد، پرسنل و تجهیزات)
- پذیرش و انتقال و ارجاع بیمار (درون و برون بیمارستانی)
- مدیریت تجهیزات پزشکی مصرفی
- راهنماهای مراقبت پرستاری
- شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ‌یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

۱۴-۱. موارد ذیل به مدیر پرستاری، اختصاص داده شده‌است:

- یک دفتر اختصاصی با ملزومات کافی
- یک منشی
- یک خط تلفن مستقل
- یک خط تلفن بی‌سیم / پیجر (فراخوان‌کننده)
- حداقل یک دستگاه رایانه
- امکانات برگزاری جلسات مورد نیاز
- مجوز فرصت مطالعاتی به منظور ارتقای سطح تحصیلی

۱۴. امکانات و ملزومات

- ۱۴-۲. مدیر پرستاری اطمینان حاصل می‌کند که کادر پرستاری، تجهیزات و وسایل مورد نیاز برای ارائه مراقبت مناسب از بیماران را در اختیار دارند که حداقل شامل موارد ذیل است:
- یخچال‌های جداگانه برای داروها و کارکنان
  - وسایل حفاظت فردی (گان، ماسک، دستکش و نقاب برای پوشش صورت در مواقع لازم)
  - وسایل مناسب جهت دفع وسایل نوک تیز به تعداد کافی
  - روشویی به تعداد کافی همراه با وسایل شستشوی بهداشتی
  - تخت‌ها/ برانکاردها با قابلیت بالا و پایین رفتن (تنظیم ارتفاع) و دارای نرده‌های محافظ

## بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۱۵-۱. یک نسخه از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان (شامل بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری)، در این واحد در دسترس است.
- ۱۵-۲. برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی می‌باشد.
- ۱۵-۳. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۱۵-۴. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

### ۱۵. بهبود کیفیت

- ۱۶-۱. فهرست کمیته‌های فعالی که مدیر پرستاری یا نماینده وی در آن شرکت می‌نمایند در دسترس است.
- ۱۶-۲. مدیر پرستاری یا نماینده وی در کمیته‌های بیمارستانی که حداقل شامل موارد زیر است شرکت می‌کند:
- بهبود کیفیت
  - کنترل عفونت
  - مصرف دارو
  - مدارک پزشکی
  - ایمنی
  - مرگ و میر
- ۱۶-۳. فهرست اسامی اعضای هر کمیته موجود است.
- ۱۶-۴. تاریخ برگزاری جلسات هر کمیته، در دسترس است.
- ۱۶-۵. صورت‌جلسه تمام جلسات، در دسترس است.
- ۱۶-۶. نتایج مباحث مورد بحث در تمامی جلسات، به‌وسیله مستندات موجود، قابل پیگیری است.

### ۱۶. کمیته‌ها

- ۱۷-۱. داده‌های مربوط به اقدامات پرستاری، جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۱۷-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۱۷-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی اقدامات پرستاری وجود دارد.
- ۱۷-۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۱۷-۵. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای مناسب، با همکاری مسئولان هر واحد، مستند شده‌اند.
- ۱۷-۶. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت‌گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

### ۱۷. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها



# بخش مدیریت دارویی





# بخش مدیریت دارویی

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۲-۱. در بخش دارویی، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۳-۱. کلیه کارکنان بخش دارویی، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

- ۱-۲. رئیس بخش مدیریت دارویی به ترتیب ارجحیت دارای شرایط احراز ذیل است:
- دارای مدرک داروسازی بالینی و پروانه مسئول فنی
  - دارای مدرک داروسازی و پروانه مسئول فنی

۲. رئیس  
بخش

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۳. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش دارویی، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش دارویی است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۳. پرونده  
پرسنلی  
(کاغذی /  
الکترونیک)

- ۱-۴. در بخش دارویی، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
- نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی

۴. لیست  
کارکنان

- ۲-۴. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.
- ۳-۴. هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به‌جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
- ۴-۴. یک لیست از پزشکان، متخصصین و مشاوره‌دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه‌روز در بخش دارویی، در دسترس می‌باشد.
- ۵-۴. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده‌است.
- ۶-۴. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.
- ۷-۴. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود می‌باشد.
- ۸-۴. در مواردی که بیمارستان از پیمانکاران خارجی برای بخش دارویی استفاده می‌کند (برون‌سپاری) نیز موارد فوق باید در دسترس باشد.

- ۱-۵. در بخش دارویی، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این بخش

۵. دوره  
توجیهی  
بدو ورود

- ۱-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۲-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای همه کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۳-۶. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون توانمندی دوره‌ای کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۴-۶. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۶. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

۷. آموزش و توانمندسازی کارکنان

- ۱-۷. بخش دارویی یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۲-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۳-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۴-۷. تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.
- ۵-۷. دکتر متخصص داروسازی بالینی یا داروساز عمومی، به‌طور منظم و برحسب نیازسنجی آموزشی برای پرسنل بالینی، دوره‌های آموزشی دارویی و لوازم مصرفی را برگزار می‌نماید.
- ۶-۷. آموزش دارویی بیمار و خانواده‌اش جزئی از برنامه درمان بیمار است که توسط کارکنان آموزش دیده ارائه می‌شود.
- ۷-۷. تمام کارکنان داروخانه و پزشکان و پرستاران در زمینه اشتباهات دارویی (Medication Error) آموزش می‌بینند.
- ۸-۷. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۹-۷. تمام کارکنان در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.
- ۱۰-۷. تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند.
- ۱۱-۷. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

۸. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

- ۱-۸. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:
  - اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۱-۸. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۹. خط‌مشی‌ها و روش‌ها

- ۱-۹. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش دارویی وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه / مجموعه دارای یک فهرست دقیق می‌باشد.
  - کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص می‌باشد.

- ۹-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌های اختصاصی بخش دارویی، حداقل شامل موارد زیر هستند:
- دسترسی به دارو و لوازم مصرفی در زمانی که داروخانه بسته است یا در مواردی که دارویی در انبار دارویی موجود نیست.
  - حفظ ایمنی دارو و لوازم مصرفی در انبار
  - تحویل (حمل و نقل و آماده‌سازی)
  - نسخه‌پیچی
  - دفع پسماندهای داروهای سیتوتوکسیک با استفاده از تجهیزات ایمنی مناسب
  - اینکه چه کسی می‌تواند درخواست دارو دهد و چه کسی می‌تواند دارو را به بیمار یا نماینده بخش تحویل دهد
  - نحوه استفاده از وسایل یک‌بار مصرف یا داروهای Multiple Dose
  - ارزیابی الگوی مصرف دارو در بیمارستان (DUE)<sup>۱</sup>
  - مشاوره دارویی در پرونده پزشکی بیمار توسط داروساز ثبت می‌گردد.
  - عناصر یک دستور یا نسخه کامل دارویی و انواع دستورات دارویی مورد پذیرش و قابل استفاده
  - دستورات دارویی خودبه‌خود متوقف‌شونده (Automatic Stop Orders)
  - رفع کمبود دارویی
  - کنترل رعایت الزامات و استانداردهای بخش توسط تأمین‌کننده خارجی (در صورتی که بخش برون‌سپاری شده است).
  - اطلاع‌رسانی درخصوص داروهای جدید در حیطه کاری بیمارستان
  - شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی
- ۱۰-۱. ارائه خدمات شبانه‌روزی دارویی در کلیه نوبت‌های کاری برای بیماران بستری و سرپایی توسط بیمارستان تعریف شده است.
- ۱۰-۲. بیمارستان دارای یک سیستم فراخوان دارویی در موارد نیاز به جمع‌آوری سریع دارو (داروهای مرجوعی) است.
- ۱۰-۳. دستورالعمل مستندی جهت انهدام داروهای تاریخ مصرف گذشته (مطابق دستورالعمل معاونت دارو و غذا وزارت بهداشت) وجود دارد.

۱۰. خدمات  
پشتیبانی

۱۱. مسئولیت‌ها

- ۱۱-۱. مسئول بخش دارویی اطمینان حاصل می‌کند که:
- داروها به‌طور مناسب و ایمن انبار می‌شوند.
  - داروها در یک محیط ایمن و تمیز، آماده و توزیع می‌شوند.
  - یخچال برای نگهداری داروهایی که نیاز به یخچال دارند وجود دارد.
  - درجه دمای یخچال‌های مخصوص، به‌طور مرتب کنترل و ثبت می‌شود.

- قفسه دارویی قفل دار برای داروهای مخدر وجود دارد.
- داروخانه از دسترسی‌های غیرمجاز محفوظ است.
- ۱۱-۲. مدیریت دارو در بیمارستان، مبتنی بر قوانین و مقررات وزارت بهداشت و متناسب با نیاز بیماران است.
- ۱۱-۳. موجودی دارویی در بخش‌های بالینی تحت نظارت یک داروساز یا داروساز بالینی است.
- ۱۱-۴. یک نسخه از فهرست دارویی بیمارستانی در ایستگاه پرستاری هر بخش موجود است.

## ۱۲. ایمنی

- ۱۲-۱. بیمارستان فرآیندی را ایجاد کرده‌است که به داروساز امکان می‌دهد در صورت اطلاع از تداخلات موجود در دستورات دارویی و بروز حساسیت در بیمار و هرگونه عارضه ناشی از اقلام مصرفی بتواند براساس خط‌مشی‌ها و روش‌های مدون بیمارستان، مداخله نماید.
- ۱۲-۲. متخصص داروسازی بالینی، بازنگری داروهای تجویز شده برای بیمار را حداقل در بخش‌های ویژه انجام داده و نتیجه را در پرونده بیمار ثبت می‌کند.
- ۱۲-۳. برچسب‌های داروها و مایعات تزریقی وریدی تحویل شده از داروخانه به بیمار حداقل واجد موارد زیر هستند:
  - نام بیمار
  - نام دارو و قدرت/ غلظت دارو
  - تاریخ انقضا
  - دستورات مکتوب درمورد نحوه استفاده از دارو
- ۱۲-۴. برای بیماران بستری، داروساز از برچسب زدن صحیح و دادن اطلاعات لازم به پرستاران و کارکنان پزشکی درمورد استفاده از دارو، نحوه تجویز و عوارض جانبی شامل واکنش‌های بالقوه زیان‌آور، اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۱۲-۵. بیمارستان فرآیند مکتوبی درمورد به حداقل رساندن خطاهای دارودهی دارد که شامل موارد زیر است:
  - نحوه استفاده از الکترولیت‌های تغلیظ شده به‌ویژه کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص راه‌حل‌های نه‌گانه ایمنی بیمار)
  - داروی یک بیمار، اشتباهاً به بیمار دیگری داده شده‌است.
  - داروی اشتباه به بیمار داده شده‌است.
  - دارو با مقدار اشتباه داده شده‌است.
  - دارو به روش اشتباه به بیمار داده شده‌است.
  - دارو در زمان اشتباه، داده شده‌است.
  - دادن دارو از قلم افتاده‌است.
- ۱۲-۶. تمام پرستاران، کارکنان داروخانه، پزشکان و هر فرد دیگری که در این فرآیند دخالت دارد، در این زمینه توجیه شده‌اند.

۱۳-۱. بخش دارویی برای هر بیمار بستری به موارد زیر دسترسی دارد:

- نام بیمار
- جنس بیمار

۱۳. دسترسی

به اطلاعات

بیمار

- وزن بیمار
- سن بیمار
- هر نوع حساسیت یا آلرژی شناخته شده
- تمام داروهای تجویز شده (اعم از اینکه در بیمارستان تجویز شده باشد یا بیمار به همراه خود آورده باشد).
- تشخیص فعلی و بیماری‌های قبلی مرتبط با آن
- اعداد و ارقام و نتایج آزمایشگاهی مربوطه

#### ۱۴. لیست دارویی

- ۱-۱۴. لیست داروهای ضروری بر مبنای نام ژنریک فهرست بندی شده‌اند.
- ۲-۱۴. لیست داروهای ضروری مربوط به همه گروه‌های درمانی است.
- ۳-۱۴. لیست داروهای ضروری بین تمام پزشکان توزیع شده است.
- ۴-۱۴. لیست داروهای ضروری حداقل سالی یک بار به روز رسانی می‌شود.

#### ۱۵. آموزش

۱-۱۵. به بیماران سرپایی با زبان و روشی قابل درک، اطلاعات مناسب (براساس خط‌مشی‌ها و روش‌های مکتوب بخش دارویی) در مورد داروی تجویز شده، ارائه می‌گردد. این اطلاعات حداقل شامل موارد زیر است:

- نحوه و مقدار مصرف دارو
- عوارض جانبی بالقوه مهم دارو
- اهمیت پیگیری دستورات

## بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

#### ۱۶. بهبود کیفیت

- ۱-۱۶. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد در دسترس است.
- ۲-۱۶. برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۳-۱۶. برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۴-۱۶. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۵-۱۶. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

#### ۱۷. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

- ۱-۱۷. داده‌های بخش دارویی جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲-۱۷. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۳-۱۷. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.
- ۴-۱۷. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۵-۱۷. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۶-۱۷. در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.



# واحد بہبود کیفیت





# واحد بهبود کیفیت

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۱-۲. در واحد بهبود کیفیت، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. کلیه کارکنان واحد بهبود کیفیت، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

- ۱-۲. مسئول واحد بهبود کیفیت حداقل دارای شرایط ذیل است:
  - دارای مدرک حداقل کارشناسی و مدارک گذراندن دوره‌های مدیریت کیفیت حداقل به مدت ۱۰۰ ساعت.

۲. مسئول  
واحد بهبود  
کیفیت

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۳. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد بهبود کیفیت، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس واحد است:
  - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۳. پرونده  
پرسنلی  
(کاغذی /  
الکترونیک)

- ۱-۴. در واحد بهبود کیفیت، لیستی از تمام کارکنان این واحد، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
  - نام و نام خانوادگی

۴. لیست  
کارکنان

● جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).

● سمت سازمانی

۲-۴. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده است.

۳-۴. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با حجم کار است، در واحد موجود می‌باشد.

۱-۵. در واحد بهبود کیفیت، یک کتابچه/ مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:

● معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)

● معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد

● زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این واحد

۱-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.

۲-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای کلیه کارکنان، برگزار می‌شوند.

۳-۶. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون توانمندی دوره‌ای کارکنان، انجام می‌گیرد.

۴-۶. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۱-۷. واحد بهبود کیفیت یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، ارائه می‌نماید.

۲-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۳-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.

۵. دوره  
توجیهی  
بدو ورود

۶. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

۷. آموزش و  
توانمندسازی  
کارکنان

- ۴-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان واحد، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند، موجود است.
- ۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۷-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۸-۷. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

- ۱-۸. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:
- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۸. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۸. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

- ۱-۹. در واحد بهبود کیفیت بیمارستان، ساختار سازمانی شفاف و مستند بیمارستان که حدود اختیارات را به‌صورت واضح عنوان نموده است موجود است.
- ۲-۹. در واحد بهبود کیفیت بیمارستان، یک نمودار سازمانی از ساختار کمیته‌های فعال بیمارستانی موجود است.

۹. نمودار  
سازمانی

- ۱-۱۰. در واحد بهبود کیفیت بیمارستان، برنامه سالیانه بهبود کیفیت فراگیر بیمارستان، شامل موضوعات بالینی و غیر بالینی، موجود است:
- مدیریت
  - امور مالی
  - خدمات پزشکی
  - خدمات پرستاری
  - خدمات عمومی و پشتیبانی
  - خدمات پاراکلینیک
- در برنامه بهبود کیفیت، شاخص‌های مهم عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، واقع‌بینانه و زمان‌دار، تعریف شده است.
- برنامه بهبود کیفیت تمام واحدها، هماهنگ با برنامه جامع بهبود کیفیت بیمارستان است.
- شواهدی دال بر پایش مستمر برنامه بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی انجام شده، در دسترس است.

۱۰. برنامه  
بهبود کیفیت  
فراگیر

- طراحی، پایش و اجرای برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار با مشارکت مدیران ارشد بیمارستان انجام می‌شود.
- شاخص‌های نیازمند پایش برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، توسط مدیران ارشد بیمارستان و با همکاری صاحبان فرآیند، اولویت‌بندی شده‌است.
- تکنولوژی لازم و ابزارهای حمایت‌کننده برنامه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار توسط مدیران ارشد بیمارستان فراهم شده‌است.
- تیم مدیریت ارشد بیمارستان و رؤسای بخش‌ها، به‌طور فعال در برنامه‌ریزی و پایش برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار مشارکت دارند.

#### ۱۱. گزارش برنامه بهبود کیفیت

۱-۱۱. هر سال گزارشی از برنامه بهبود کیفیت به تیم مدیریت ارشد بیمارستان ارائه می‌شود.

#### ۱۲. سیستم‌ها و فرآیندهای بیمارستان

۱-۱۲. سیستم‌ها و فرآیندهای بیمارستان مطابق اصول بهبود کیفیت طراحی شده‌است و یک نسخه مدون از آن، در این واحد موجود است.

#### ۱۳. فرآیند عملیاتی و چرخه بازخورد برنامه بهبود کیفیت

۱-۱۳. فرآیندهای عملیاتی جهت اجرای برنامه بهبود کیفیت موجود است.  
 ۲-۱۳. شواهدی مستند برای نشان‌دادن چرخه بازخورد اجرای برنامه بهبود کیفیت موجود است.

#### ۱۴. پایش مدیریتی

۱-۱۴. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مدیریتی، از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی حداقل در موارد ذیل صورت می‌گیرد:

- پیشرفت برنامه استراتژیک
- پیشرفت برنامه بهبود کیفیت
- توانمندسازی نیروی انسانی
- پیشرفت برنامه ایمنی بیمار و کارکنان
- مدیریت خطر
- مدیریت تأسیسات
- امور مالی
- تدارک مواد مصرفی و داروهای مورد نیاز روزانه عمدتاً مطابق با نیازهای بیمار
- انتظارات و رضایت‌مندی بیمار و خانواده وی
- ترخیص بیمار با رضایت شخصی
- انتظارات و رضایت‌مندی کارکنان

۱۵-۱. در واحد بهبود کیفیت، خط‌مشی‌ها و روش‌های مستند برای دریافت و رسیدگی به پیشنهادات، انتقادات و شکایات، حداقل برای افراد زیر موجود است:

● بیماران

● کارکنان

● ملاقات‌کنندگان و همراهان

۱۵-۲. مستندات مربوط به رسیدگی به پیشنهادات، انتقادات و شکایات، موجود است.

۱۵. سیستم  
پیشنهادات،  
انتقادات و  
شکایات

۱۶-۱. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مراقبتی، از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی، حداقل در موارد ذیل صورت می‌گیرد:

● رعایت حقوق گیرندگان خدمت

● رعایت اصول ایمنی بیمار و کارکنان

● ارزیابی بیمار(حداقل شامل ارزیابی اولیه، ارزیابی تکمیلی، ارزیابی قبل از ورود به اتاق عمل و ارزیابی قبل از القای بیهوشی)

● ارائه مراقبت‌ها براساس دانش روز و ترجیحاً براساس راهنماهای طبابت بالینی مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

● ارائه مراقبت به‌موقع، مستمر و یکپارچه

● برنامه‌های کنترل کیفیت، ایمنی تصویربرداری و آزمایشگاه

● اعمال جراحی تهاجمی

● کاربرد آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای خطرناک

● خطاهای دارویی و تمام خطاهای مراقبتی

● کاربرد بیهوشی و آرامبخش‌های متوسط و عمیق

● کاربرد خون و فرآورده‌های خونی

● کنترل عفونت

● تبعیت از قوانین پژوهش‌های بالینی

● مدارک پزشکی شامل محتوا و سطح دسترسی

● شناسایی بیماران(به‌ویژه در موارد تشابه اسمی)

۱۶. پایش  
مراقبت بالینی

۱۷-۱. بیمارستان از راهنماهای طبابت بالینی مورد تأیید وزارت بهداشت در ارائه خدمات مراقبتی استفاده می‌نماید:

● کارکنان مرتبط، در زمینه راهنماها، آموزش لازم را دیده‌اند.

● بیمارستان به‌عنوان بخشی از برنامه بهبود کیفیت، داده‌های مربوط به اجرا و نتایج حاصل از به‌کارگیری راهنماهای خدمات بالینی را، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل می‌نماید.

۱۷. راهنماهای  
طبابت بالینی

۱۸-۱. افراد دارای تجربه، دانش و مهارت در زمینه تحلیل داده‌ها، با مشارکت صاحبان فرآیند، مرتباً (حداقل فصلی)، داده‌های بیمارستان را گردآوری و تحلیل می‌نمایند.

۱۸. جمع‌آوری  
و تحلیل  
داده‌ها

- ۱۸-۲. گزارش تحلیل داده‌ها، با مشارکت یکی از اعضای کمیته یا بخش‌های مربوطه تهیه شده و در اختیار مسئولین هر بخش قرار می‌گیرد.
- ۱۸-۳. داده‌های بیمارستانی تحلیل می‌شوند و به وسیله تیم مدیریت ارشد بیمارستان، در تصمیم‌گیری‌ها به کار گرفته می‌شوند.
- ۱۸-۴. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۱۸-۵. چک‌لیست برای ممیزی داخلی این واحد و کل بیمارستان وجود دارد.
- ۱۸-۶. ممیزی داخلی این واحد و کل بیمارستان، انجام می‌شود.
- ۱۸-۷. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۱۸-۸. اقدامات اصلاحی که براساس نتایج تحلیل‌ها، صورت گرفته‌اند، مرتباً پایش می‌شوند.
- ۱۸-۹. در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران اطلاع‌رسانی می‌شود.



# واحد فناوری اطلاعات





# واحد فناوری اطلاعات

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۲-۱. در واحد فناوری اطلاعات، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۳-۱. تمام کارکنان واحد فناوری اطلاعات، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

- ۱-۲. مسئول فناوری اطلاعات حداقل دارای شرایط ذیل است:
- دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی مرتبط با فناوری اطلاعات با ۲ سال سابقه کار و گذراندن دوره‌های تخصصی فناوری اطلاعات شامل ابزارها و فناوری‌های نوین جهت پشتیبانی و نگهداری خدمات فناوری اطلاعات بیمارستان

۲. مسئول  
واحد

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۳. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد فناوری اطلاعات، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس واحد است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۳. پرونده  
پرسنلی  
(کاغذی /  
الکترونیک)

- ۱-۴. در واحد فناوری اطلاعات، لیستی از کارکنان این واحد، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
- نام و نام خانوادگی

۴. لیست  
کارکنان

- جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
- سمت سازمانی
- ۲-۴. یکی از کارکنان واحد فناوری اطلاعات در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیر تعطیل) و در تمام اوقات شبانه روز، در دسترس است.
- ۳-۴. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه روزی می باشد، برنامه ریزی انجام شده است.
- ۴-۴. یک جدول مکتوب از اسامی و سمت افراد جهت برنامه نوبت کاری ماهانه واحد فناوری اطلاعات وجود دارد.
- ۵-۴. مستندات نشان می دهند که تعداد و چینش نیروی انسانی، متناسب با حجم کار است.
- ۶-۴. در مواردی که بیمارستان از پیمانکاران خارجی برای بخش فناوری اطلاعات استفاده می کند (برون سپاری) نیز جزئیاتی که در بالا گفته شد باید در دسترس باشد.

۵. دوره  
توجهی  
بدو ورود

- ۱-۵. در واحد فناوری اطلاعات، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می باشد:
  - معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل ها، آیین نامه ها و بخشنامه های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این واحد

۶. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

- ۱-۶. مستندات نشان می دهند که آزمون اولیه/ دوره ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش ها و مسئولیت های آنان، انجام می شود.
- ۲-۶. مستندات نشان می دهند که آزمون های توانمندی دوره ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می شوند.
- ۳-۶. مستندات نشان می دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی های شناسایی شده در آزمون دوره ای توانمندی کارکنان، انجام می گیرد.
- ۴-۶. مستندات نشان می دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره ای کارکنان، مورد بررسی قرار می گیرند.

۷. آموزش و  
توانمندسازی  
کارکنان

- ۱-۷. واحد فناوری اطلاعات یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می نماید.

- ۲-۷. واحد فناوری اطلاعات مشاوره درخصوص نیازسنجی آموزشی مباحث فناوری اطلاعات سایر پرسنل بیمارستان را انجام می‌دهد.
- ۳-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۴-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.
- ۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۷-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۸-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.
- ۹-۷. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

- ۱-۸. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:
- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۸. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

- ۱-۹. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد فناوری اطلاعات وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این واحد را توصیف می‌نماید:
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه / مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص است.
- ۲-۹. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:
- حفظ امنیت سیستم، مشخص کردن سطوح دسترسی افراد و بخش‌های مختلف و کنترل ورود به سیستم رایانه‌ای و روش‌های محرمانه بودن اطلاعات الکترونیکی
  - ترویج استفاده از واژه‌ها و تعاریف استاندارد در بیمارستان

۸. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

۹. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- روش‌های نگهداری و پشتیبانی منظم داده‌ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان (Back up)
- روش‌های پشتیبانی از سیستم‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری بیمارستان
- روش‌های خرید و انتخاب نرم‌افزار
- روش‌های پیشگیری و مقابله با حوادث و اتفاقات ناخواسته
- کنترل رعایت الزامات و استانداردهای واحد فناوری اطلاعات در صورت برون‌سپاری خدمات این واحد
- اطلاع‌رسانی در زمینه مراقبت‌ها و خدمات ارائه‌شده توسط بیمارستان و نحوه دسترسی بیماران، خانواده‌ها و جمعیت تحت پوشش به خدمات مربوطه
- شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر)

۱۰-۱. ثبت داده‌ها در سامانه اطلاعات بیمارستان، با رعایت حداقل‌های مورد نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می‌گیرد.

۱۰. سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS)

- ۱۱-۱. بیمارستان در راستای یکپارچه‌سازی، اثربخشی و کاربری آسان سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS)، در طراحی این سیستم از مشارکت کاربران رایانه‌ای بیمارستان، استفاده می‌نماید.
- ۱۱-۲. مسئول بخش فناوری اطلاعات اطمینان حاصل می‌نماید که در تمامی بخش‌های بالینی و غیر بالینی حداقل یک دستگاه رایانه متصل به سیستم رایانه‌ای بیمارستان موجود است.

۱۱. امکانات

## بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۱۲-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می‌باشد در دسترس است.
- ۱۲-۲. برنامه بهبود کیفیت این واحد هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۱۲-۳. برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۱۲-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۱۲-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

۱۲. بهبود کیفیت

- ۱۳-۱. داده‌های واحد فناوری اطلاعات جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۱۳-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۱۳-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی واحد وجود دارد.
- ۱۳-۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۱۳-۵. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۱۳-۶. در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت‌گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.
- ۱۳-۷. اطلاعات، از کار افتادن تجهیزات و اتفاقات و حوادث ناخواسته، تعریف و ثبت می‌گردند.
- ۱۳-۸. زمانی که مشکلات شناسایی شدند اقدامات اصلاحی اعمال می‌گردد.

۱۳. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

# واحد مدارك پزىشتى







# واحد مدارک پزشکی

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۱-۲. در واحد مدارک پزشکی، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. تمام کارکنان واحد مدارک پزشکی، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

- ۲-۱. مسئول واحد مدارک پزشکی به ترتیب ارجحیت واجد شرایط ذیل است:
  - دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد مدارک پزشکی و ۱ سال سابقه کار در واحد مدارک پزشکی و گذراندن ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی، بهبود کیفیت و عملکرد و دوره‌های فناوری اطلاعات
  - دارا بودن مدرک کارشناسی مدارک پزشکی و گذراندن ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی، بهبود کیفیت و عملکرد و دوره‌های فناوری اطلاعات

۲. مسئول  
واحد

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۳-۱. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد مدارک پزشکی، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس مسئول واحد است:
  - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۳. پرونده  
پرسنلی  
(کاغذی /  
الکترونیک)

۴-۱. در واحد مدارک پزشکی، لیستی از تمامی کارکنان شامل موارد ذیل در تمامی ساعات شبانه‌روز در دسترس است.

۴. لیست  
کارکنان

- نام و نام خانوادگی
- تلفن تماس و آدرس (شامل تلفن و آدرس خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با فرد تماس گرفت).
- سمت سازمانی

۴-۲. یک جدول مکتوب از اسامی و سمت افراد جهت برنامه نوبت کاری ماهانه واحد مدارک پزشکی وجود دارد.

- ۴-۳. مستندات نشان می‌دهند که تعداد و چینش نیروی انسانی، متناسب با حجم کار است.
- ۴-۴. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده است.

۵-۱. در بخش مدارک پزشکی، یک کتابچه / مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:

۵. دوره  
توجیهی  
بدو ورود

- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
- معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
- زیرمجموعه‌ای که اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این واحد را دربر می‌گیرد.

۶-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه / دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.

۶. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

۶-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان برگزار می‌شوند.

۶-۳. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی‌شده در آزمون توانمندی دوره‌ای کارکنان انجام می‌گیرد.

۶-۴. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام‌شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۷-۱. واحد مدارک پزشکی، یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.

۷. آموزش و  
توانمندسازی  
کارکنان

- ۲-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۳-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کارکنان این واحد در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.
- ۴-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.
- ۷-۷. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

۱-۸. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۸. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده و واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱-۹. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد مدارک پزشکی وجود دارد که موضوعات مدیریتی و عملیاتی این واحد را توصیف می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
- خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- کتابچه / مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
- کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص است.

۲-۹. خط‌مشی‌ها و روش‌های واحد مدارک پزشکی، حداقل شامل موارد ذیل است:

- محافظت و امنیت، سیستم‌های ذخیره و بازیابی اطلاعات
- شرایط و معیارهای دسترسی به مدارک پزشکی
- حفظ حریم خصوصی و اسرار بیماران
- بایگانی پرونده‌ها و امحای آنها پس از یک دوره زمانی تعیین شده
- فواصل و دفعات تهیه نسخه پشتیبان از داده‌ها
- مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار (مثلاً تفکیک از طریق رنگ برگه‌ها)

۸. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

۹. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- انواع دستورات تلفنی یا شفاهی که باید تأیید شود و چارچوب زمانی تأیید آنها
- تعیین صلاحیت فردی که در پرونده پزشکی بیمار نوشته‌ای ثبت می‌نماید
- ارسال پرونده در زمان انتقال بیمار به واحد یا بیمارستان دیگر
- برگه دستورات پزشک
- چک‌لیست ممیزی کلیه اوراق پرونده در زمان ترخیص
- کنترل و رفع نقص در چارچوب زمانی مشخص شده توسط کمیته مدارک پزشکی بیمارستان
- فایل‌ها و پرونده‌های پزشکی ناقص
- ختم پرونده پزشکی ناقص
- مدیریت و طراحی سایر فرم‌های بیمارستانی مورد نیاز (علاوه بر ۱۸ برگ اصلی پرونده) طبق مصوبات کمیته مدارک پزشکی بیمارستان
- پیگیری و احیای اطلاعات پرونده‌های مفقودشده و آسیب‌دیده
- فهرست اصلی بیماران
- سیستم بایگانی متناسب با نیاز واحد مدارک پزشکی (از جمله حجم بایگانی، تعداد پذیرش، ترخیص و درخواست پرونده)
- پذیرش مجدد بیمار با استفاده از پرونده قبلی
- کنترل خروج پرونده از واحد مدارک پزشکی
- شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر)

- ۱-۱۰. بیمارستان برای هر بیمار ارزیابی یا درمان‌شده (اورژانسی، سرپایی، بستری) یک پرونده مخصوص به خود تشکیل می‌دهد.
- ۲-۱۰. هر بیمار یک شماره پرونده اختصاصی دارد.
- ۳-۱۰. شماره پرونده و نام و نام خانوادگی هر بیمار در فهرست اصلی بیماران موجود بوده و به سرعت قابل بازیابی است.
- ۴-۱۰. واحد پذیرش بیمارستان، قسمت مربوطه را به‌طور کامل پر می‌کند.
- ۵-۱۰. از داده‌های موجود در رایانه، در فواصل زمانی منظم نسخه‌های پشتیبان تهیه می‌شود.

#### ۱۰. تشکیل پرونده

- ۱-۱۱. پرونده پزشکی در یک پوشه مناسب و ایمن نگهداری می‌شود.
- ۲-۱۱. محتوای همه پرونده‌های پزشکی به روشی از پیش تعیین شده، ذخیره می‌گردد.
- ۳-۱۱. مشخصات بیمار روی تمامی برگه‌های پرونده پزشکی در محلی مشابه (ترجیحاً در گوشه بالا و سمت راست هر صفحه)، ثبت شده است.
- ۴-۱۱. مشخصات بیمار به شکل تایپ‌شده، مهرشده یا روی یک برچسب کامپیوتری در تمام صفحات پرونده پزشکی درج شده است.

#### ۱۱. مشخصات پرونده بیمار

- ۱-۱۲. فرم شرح حال بیمار در پرونده وی موجود است و حداقل موارد ذیل در آن ثبت شده‌اند:

- مشخصات دموگرافیک (جمعیت‌شناختی) بیمار
- جزئیات بیماری و شکایت فعلی

#### ۱۲. برگ شرح حال

- تاریخچه شکایت فعلی
  - تاریخچه‌ای از وضعیت سلامت و بیماری در گذشته
  - سوابق مربوط به پرونده یا پذیرش قبلی در این بیمارستان و سوابق جراحی
  - وضعیت حساسیت بیمار
  - داروهایی که مصرف می‌کند
  - حساسیت و ناسازگاری دارویی
  - نتایج معاینات بالینی
  - تشخیص‌های افتراقی
  - برنامه درمانی
  - تاریخچه روانی - اجتماعی بیمار شامل واکنش‌های احساسی - هیجانی، رفتاری و وضعیت اجتماعی
  - تاریخچه فامیلی
- ۱۲-۲. حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال و معاینه فیزیکی، برای تمام کارکنان پزشکی و پیراپزشکی، تعیین‌گردیده که می‌تواند بنا به نیازهای بیمار و وضعیت وی، متفاوت باشد، اما در موارد ذیل تعیین حداقل‌ها الزامی است:
- بستری جهت انجام عمل جراحی
  - جراحی‌های سرپایی و سایر اقدامات تهاجمی که نیاز به بستری شدن ندارند
  - گزارش ارزیابی‌های قبل و پس از عمل جراحی
  - بیماران بخش اورژانس
  - پذیرش روانپزشکی
  - پذیرش مامایی
  - پذیرش چشم‌پزشکی
- ۱۲-۳. فرم تریاژ
- ۱۲-۴. بستری کوتاه‌مدت (کمتر از ۲۴ ساعت)
- ۱۲-۵. ویزیت بیماران سرپایی (درمانگاه‌ها)
- پرونده‌های سرپایی از نظر دسترسی و سایر مقررات مربوط با پرونده‌های بستری انطباق دارند.
  - پرونده‌های سرپایی از نظر درج مشخصات بیماران، برگه رضایت بیمار، شرح حال، شرح اقدامات پزشکی و پرستاری، آزمایش‌ها و نتایج تصویربرداری ثبت نتیجه نهایی تکمیل است.
- ۱۲-۶. گزارش‌های سیر بیماری

- ۱۳-۱. در ثبت گزارش‌ها در پرونده بیماران، موارد ذیل رعایت می‌گردد:
- تمام مستندات خوانا هستند.
  - تمام دستورات شفاهی توسط افراد با صلاحیت (با ذکر نام دریافت‌کننده و دستوردهنده) با ذکر تاریخ و ساعت طبق قوانین و مقررات پزشکی ثبت و تأیید می‌گردد.
  - تمام اطلاعات ثبت‌شده در پرونده مهر و امضا دارند.
  - تمام گزارش‌ها تاریخ و ساعت دارند.

**۱۳. اصول  
مستندسازی  
پرونده بیمار**

- در تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده، نام و نام خانوادگی و سمت ثبت کننده موجود است.
  - ثبت اطلاعات در فرم‌های شرح حال، شرح عمل و مشاوره بلافاصله انجام می‌گیرد.
  - تمام فرم‌های پرونده اصل بوده و عناصر اطلاعات موجود تکمیل شده است.
  - یک زبان واحد (به عنوان مثال فارسی یا انگلیسی) جهت ثبت تمامی گزارش‌های پزشکی در کل بیمارستان مشخص شده است.
  - گزارش‌های روزانه توسط پزشک معالج، ثبت شده‌اند.
  - ۱۳-۲. حداقل یک گزارش پرستاری در هر شیفت روزانه که توسط کارشناس پرستاری نوشته شده است وجود دارد.
  - ۱۳-۳. اطلاعات و نتایج تمامی بررسی‌ها و مراقبت‌های کلینیکی و پاراکلینیکی، به ترتیب زمانی در پرونده پزشکی بیماران درج می‌گردند.
  - ۱۳-۴. گزارش‌های پیشرفت بیماری، متناسب با وخامت وضعیت بیمار، تنظیم می‌شوند (از جهت فواصل و حجم گزارش‌ها)
  - ۱۳-۵. تمام تشخیص‌های احتمالی مطرح شده در سیر بیماری، در پرونده بیمار ثبت شده‌اند.
  - ۱۳-۶. مستندات ارائه آموزش به بیمار یا همراه وی، در ارتباط با آزمون‌های تشخیصی، درمان‌ها، داروها و استفاده از هرگونه وسیله پزشکی، در پرونده وی ثبت شده و به امضای بیمار یا همراه وی رسیده است.
  - ۱۳-۷. برگه‌های رضایت بیمار تکمیل شده‌اند و حاوی امضای بیمار و پزشک معالج هستند.
  - ۱۳-۸. اطلاعات سربرگ اوراق شامل: نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، نام بخش، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج، هستند.
  - ۱۳-۹. اطلاعات پرونده بیمار موارد ذیل را نشان می‌دهد:
    - مشخصات بیمار شامل نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت)، شغل بیمار و تاریخ تولد
    - یکپارچگی و تداوم مراقبت درمانی
    - تأیید تشخیص
    - اندیکاسیون درمان
    - مستندات سیر بیماری و نتایج درمان
- تذکر: برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

۱۴-۱. یک برگه خلاصه پرونده موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:

- تاریخ پذیرش
- تاریخ ترخیص
- خلاصه‌ای از شرح حال و معاینات بالینی
- نتایج آزمایش‌ها و تصاویر رادیولوژی
- نتایج آزمایش‌ها و تصاویر رادیولوژی که به ترخیص بیمار منجر شده‌اند
- درمان‌ها، اقدامات درمانی، اسکوپ‌ها و جراحی‌های انجام شده و نتایج آنها
- خلاصه‌ای از وضعیت بیمار در طول مدت بستری در بیمارستان

۱۴. خلاصه  
پرونده

- عوارض احتمالی که بیمار به آنها دچار شده است
  - توضیح جابه‌جایی بیمار در بخش‌ها
  - وضعیت بیمار در زمان ترخیص
  - نحوه پیگیری بیمار
  - دستورالعمل‌ها و داروهای بیمار در زمان ترخیص و آموزش‌ها و توضیحات ارائه‌شده به وی و همراهان.
  - تشخیص اولیه
  - تشخیص ثانویه
  - تشخیص نهایی
  - تشخیص بیماری براساس سیستم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (آخرین ویرایش ICD)
  - امضای پزشک معالج
- ۱۴-۲. تمام موارد فوق حداکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص، کامل می‌شوند.

۱۵-۱. بیمارستان برای بازبینی پرونده بیمار دارای یک فرآیند مشخص است که موارد ذیل در آن رعایت می‌شوند:

#### ۱۵. بازبینی پرونده

- مشارکت نمایندگان همه تخصص‌های مختلف که در پرونده پزشکی، اطلاعاتی وارد کرده‌اند.
- بازبینی از جهت خوانا بودن مندرجات و کامل بودن محتوای پرونده
- مستندات مربوط به سیر ارزیابی، مراقبت و درمان بیمار و نتایج و گزارش‌های مربوط به آزمایشات، تصویربرداری‌ها و... با رعایت توالی زمانی، در پرونده بیمار ثبت و نگهداری می‌شوند.
- بازخورد نتایج حاصل از بازبینی پرونده‌ها به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیمار هستند.

۱۶-۱. بیمارستان برای بازبینی پرونده بیمار دارای یک فرآیند مشخص است که موارد ذیل در آن رعایت می‌شوند:

#### ۱۶. بایگانی

- بایگانی مناسب برای نگهداری مدارک پزشکی در کوتاه‌مدت (فعال) و درازمدت (راکد)، موجود است.
- محل نگهداری پرونده‌ها خشک، دارای تهویه و نور مناسب و عاری از جانوران موزی است.
- بازبایی مدارک پزشکی در کمتر از یک ساعت امکان‌پذیر است.
- سیستم به نحوی طراحی شده است که پرونده یا محتویات داخل آن هر زمان که برداشته یا خارج می‌شوند، قابل بازبایی هستند.
- مدارک پزشکی در تمام ۲۴ ساعت توسط پرسنل آموزش‌دیده قابل بازبایی هستند.
- یک کپی از برگه ترخیص در بایگانی نگهداری می‌گردد.
- در زمان انتقال بیمار، اصل گزارش در پرونده بیمار در بیمارستان بایگانی می‌گردد و رونوشتی از خلاصه گزارش انتقال جهت ارائه به بیمارستان مقصد به همراه بیمار انتقال می‌باید.
- ۱۶-۲. از داده‌های موجود در رایانه، در فواصل زمانی منظم نسخه‌های پشتیبان تهیه می‌شود.
- ۱۶-۳. بیمارستان دارای سیستم کدگذاری رنگی (Color Coding) است.
- ۱۶-۴. امکانات اعلام آتش‌سوزی و آتش‌نشانی، موجود است.

- ۱۷-۱. کدگذاری پرونده براساس آخرین ویرایش ICD در واحد مدارک پزشکی (طبق دستورالعمل کشوری) انجام می‌شود.
- ۱۷-۲. کدگذاری همهٔ تشخیص‌ها و اقدامات درمانی (علل خارجی حوادث و مسمومیت‌ها و علت زمینه‌ای مرگ)، صورت می‌پذیرد.
- ۱۷-۳. ثبت و گزارش تمام اطلاعات کدگذاری شده تشخیصی و اقدامات درمانی انجام می‌شود.
- ۱۷-۴. برای انجام تحقیقات، از اطلاعات کدگذاری شده استفاده می‌شود.
- ۱۷-۵. از منابع علمی و کتب مرتبط در واحد مدارک پزشکی استفاده می‌شود.

۱۷. کدگذاری  
و طبقه‌بندی  
بیماری‌ها و  
اقدامات درمانی

## بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۱۸-۱. بخشی از برنامهٔ بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می‌باشد در دسترس است.
- ۱۸-۲. برنامهٔ بهبود کیفیت این واحد هماهنگ با برنامهٔ بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۱۸-۳. برنامهٔ بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۱۸-۴. برنامهٔ بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۱۸-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

۱۸. بهبود  
کیفیت

- ۱۹-۱. داده‌های واحد مدارک پزشکی جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۱۹-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۱۹-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی واحد وجود دارد.
- ۱۹-۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۱۹-۵. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامهٔ مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۱۹-۶. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

۱۹. جمع‌آوری  
و تحلیل  
داده‌ها



# واحد مهندسی پزشکی





# واحد مهندسی پزشکی

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۲-۱. در واحد مهندسی پزشکی، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۳-۱. تمام کارکنان واحد مهندسی پزشکی، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

### ۱. برنامه استراتژیک

- ۱-۲. مسئول واحد مهندسی پزشکی، به ترتیب ارجحیت دارای شرایط ذیل است:
- مهندسی پزشکی با حداقل ۱ سال سابقه کار در بیمارستان
  - مهندسی الکترونیک با حداقل ۳ سال سابقه کار در بیمارستان

### ۲. مسئول واحد

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۳. پرونده پرسنلی (کاغذی/ الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد مهندسی پزشکی، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس مسئول واحد است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

### ۳. پرونده پرسنلی (کاغذی/ الکترونیک)

- ۱-۴. در واحد مهندسی پزشکی، لیستی از تمام کارکنان شامل موارد ذیل در تمامی ساعات شبانه‌روز، در دسترس و حداقل شامل موارد ذیل است:
- نام و نام خانوادگی
  - سمت سازمانی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).

### ۴. لیست کارکنان

- ۲-۴. یک جدول مکتوب از اسامی و سمت افراد جهت برنامه نوبت کاری ماهانه واحد مهندسی پزشکی، وجود دارد.

۳-۴. مستندات نشان می‌دهند که تعداد و چینش نیروی انسانی، فضاهای فیزیکی مربوطه متناسب با حجم کار است.

۴-۴. در مواردی که بیمارستان از پیمانکاران خارجی برای واحد مهندسی پزشکی استفاده می‌کند (برون‌سپاری) نیز، موارد بالا در دسترس هستند.

۱-۵. در واحد مهندسی پزشکی، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:

- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
- معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
- زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این واحد

### ۵. دوره توجیهی بدو ورود

۱-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.

۲-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار برای تمام کارکنان، برگزار می‌شود.

۳-۶. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون توانمندی دوره‌ای کارکنان، انجام می‌گیرد.

۴-۶. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

### ۶. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

۱-۷. واحد مهندسی پزشکی، یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.

۲-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۳-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.

۴-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.

۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.

۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.

۷-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.

۸-۷. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

### ۷. آموزش و توانمندسازی کارکنان

- ۸-۱. کتابچه/مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:
- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۸-۲. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور(جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۸. کتابچه/  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

- ۹-۱. یک کتابچه/مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد وجود دارد که موضوعات مدیریتی و عملیاتی واحد مهندسی پزشکی را توصیف می‌نماید:

۹. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه/مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه/مجموعه دارای نمایه مشخص است.
- ۹-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌های واحد مهندسی پزشکی، حداقل شامل موارد ذیل است:
- نگهداری و به‌روز رسانی شناسنامه تجهیزات پزشکی
  - کنترل کیفی تجهیزات پزشکی (کالیبراسیون)
  - اقتصادسنجی و نظارت بر به‌روز بودن و افزایش بهره‌وری تجهیزات پزشکی
  - آموزش فنی کارکنان واحد مهندسی پزشکی
  - آموزش فنی کاربران برای استفاده صحیح و ایمن دستگاه‌ها
  - اسقاط تجهیزات پزشکی مطابق با ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت متبوع
  - انبارش تجهیزات پزشکی غیر مصرفی مطابق ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت متبوع
  - سرویس و تعمیرات تجهیزات پزشکی
  - فراخوان(سیستمی برای جمع‌آوری تجهیزات پزشکی معیوب)
  - گزارش حوادث ناگوار هماهنگ با برنامه کل بیمارستان(اطلاعات مرتبط به‌صورت مکتوب به کمیته ایمنی و سلامت حرفه‌ای بیمارستان گزارش می‌شود).
  - ایمنی بیمار

- ۱۰-۱. مستندات تجهیزات پزشکی شامل: نام دستگاه، محل استقرار، مارک، مدل، شرکت نمایندگی و کد شناسه
- ۱۰-۲. راهنمای کاربری تجهیزات پزشکی (User Manual)
- ۱۰-۳. راهنمای سرویس تجهیزات پزشکی
- ۱۰-۴. راهنمای کاربری سریع تجهیزات پزشکی به زبان فارسی و نصب‌شده روی دستگاه‌ها
- ۱۰-۵. دستورالعمل‌ها، چک‌لیست‌های نگهداری پیشگیرانه کاربری و فنی تجهیزات پزشکی
- ۱۰-۶. شناسنامه تجهیزات پزشکی مطابق قالب مورد تأیید اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت متبوع

۱۰. مستندات  
تجهیزات  
پزشکی

- ۱۱-۱. نحوه خرید تجهیزات پزشکی غیر مصرفی بیمارستان مطابق ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت متبوع است.
- ۱۱-۲. ارائه نظر کارشناسی درخصوص خرید تجهیزات پزشکی، توسط واحد مهندسی پزشکی انجام می‌شود.

۱۱. برنامه  
نیازسنجی،  
کارشناسی  
خرید، نظارت  
بر قراردادهای  
خرید تجهیزات  
پزشکی

۳-۱۱. تمام مصوبات مرتبط با خرید تجهیزات پزشکی غیر مصرفی، در جلسه‌ای که حداقل افراد ذیل در آن شرکت دارند، انجام می‌پذیرد:

- رئیس بیمارستان
- نماینده متخصصان رشته مربوطه
- مدیر بیمارستان
- مسئول واحد مهندسی پزشکی
- مسئول واحد تدارکات
- یک پرستار مطلع، به انتخاب مدیر پرستاری

۱-۱۲. برنامه مکتوب سرویس و نگهداری دستگاه‌ها از جمله نگهداری پیشگیرانه مطابق با ضوابط مدیریت نگهداشت اداره کل تجهیزات پزشکی است.

۲-۱۲. برنامه کنترل کیفی تجهیزات پزشکی توسط شرکت‌های دارای صلاحیت مورد تأیید اداره کل تجهیزات پزشکی یا نمایندگی شرکت سازنده، موجود است.

۳-۱۲. سوابق تعمیرات انجام شده برای کلیه تجهیزات، موجود است.

۴-۱۲. قراردادهای سرویس و نگهداری تجهیزات پزشکی مطابق با چارچوب ارائه شده از سوی اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت متبوع موجود است.

۵-۱۲. دسترسی به خدمات تعمیراتی اضطراری، یا برنامه‌ریزی جهت تأمین تجهیزات پشتیبان در کوتاه‌ترین زمان ممکن و در طول شبانه‌روز و ایام تعطیلات وجود دارد.

۶-۱۲. نصب برچسب تاریخ آخرین سرویس دوره‌ای انجام شده و تاریخ سرویس دوره‌ای بعدی بر روی تمام تجهیزات الزامی است.

۷-۱۲. کارکنان، امکانات و تجهیزات لازم برای انجام وظایف مشخص شده را، در اختیار دارند.

#### ۱۲. برنامه

#### نگهداشت

#### تجهیزات

#### پزشکی و

#### امکانات لازم

## بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

۱-۱۳. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می‌باشد در دسترس است.

۲-۱۳. برنامه بهبود کیفیت این واحد هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.

۳-۱۳. برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات فنی و مدیریتی است.

۴-۱۳. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد

۵-۱۳. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی به‌طور دائمی پایش می‌شود.

#### ۱۳. بهبود

#### کیفیت

۱-۱۴. داده‌های واحد مهندسی پزشکی، جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.

۲-۱۴. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.

۳-۱۴. چک‌لیست برای ممیزی داخلی این واحد وجود دارد.

۴-۱۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.

۵-۱۴. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.

۶-۱۴. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

#### ۱۴. جمع‌آوری

#### و تحلیل

#### داده‌ها

# واحد مدیریت منابع انسانی







# واحد مدیریت منابع انسانی

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۱-۲. در واحد مدیریت منابع انسانی، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. تمام کارکنان واحد مدیریت منابع انسانی، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

- ۲-۱. مسئول واحد مدیریت منابع انسانی، به ترتیب ارجحیت دارای شرایط احراز ذیل است:
  - دارا بودن مدرک دکترا (گروه اداری و مدیریت، گروه مهندسی صنایع و گروه اقتصاد) با حداقل ۱ سال سابقه کار
  - دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد (گروه اداری و مدیریت، گروه مهندسی صنایع و گروه اقتصاد) با حداقل ۲ سال سابقه کار
  - دارا بودن مدرک کارشناسی (گروه اداری و مدیریت، گروه مهندسی صنایع و گروه اقتصاد) با حداقل ۳ سال سابقه کار

۲. مسئول  
واحد

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۳-۱. پرونده پرسنلی یا فایل پرسنلی الکترونیک تمام کارکنان (حتی پرونده پرسنلی کارکنان بخش‌ها و واحدهایی که برون‌سپاری شده‌اند)، در این واحد موجود است.
- ۳-۲. پرونده پرسنلی حداقل شامل موارد زیر است:
  - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک‌لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت و بهداشت محیط، امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت
  - حکم انتصاب
  - احکام حقوقی یا قراردادهای توافقی
  - مدارک ارزیابی عملکرد
  - مرخصی‌ها (استعلاجی، استحقاقی، زایمان، بدون حقوق)
  - مستندات مربوط به تشویق‌ها، تنبیه‌ها و تخلف‌ها
  - مستندات مربوط به بیماری کارکنان تأیید شده توسط مراجع ذیصلاح
  - نتایج آزمایش‌ها و معاینات مربوط با سلامت شغلی

۳. پرونده  
پرسنلی  
(کاغذی/  
الکترونیک)

- ۴. کارت شناسایی**
- ۴-۱. کارت شناسایی عکس‌دار هریک از کارکنان که روی سینه آنان نصب شده‌است، شامل حرف اول نام، نام خانوادگی و سمت وی بوده و از فاصله دو متری قابل خواندن است.
- ۵. لیست کارکنان**
- ۵-۱. واحد مدیریت منابع انسانی قادر به ارائه گزارش درخصوص اطلاعات اداری و مالی کارکنان است.
- ۶. شرح وظایف**
- ۶-۱. یک نسخه اصلی از شرح شغل تمام مشاغل سازمانی در این واحد موجود است.  
۶-۲. یک نسخه اصلی از شرح وظایف جاری موجود است.  
۶-۳. شرح شغل‌ها شامل موارد ذیل است:
- پست سازمانی
  - سلسله مراتب سازمانی
  - وظایف و مسئولیت‌ها
  - سطح تحصیلات مورد نیاز هر شغل یا پست سازمانی
  - تجربه مورد نیاز هر شغل یا پست سازمانی
  - آموزش‌ها، توانایی‌ها، مهارت‌های مورد نیاز هر شغل یا پست سازمانی
- ۶-۴. مرور منظم شرح شغلی و به‌روز رسانی آن انجام می‌گیرد.
- ۷. دوره توجیهی بدو ورود**
- ۷-۱. در واحد مدیریت منابع انسانی، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
- ۸. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان**
- ۸-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.  
۸-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار برای همه کارکنان برگزار می‌شوند.  
۸-۳. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان انجام می‌گیرد.  
۸-۴. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان مورد بررسی قرار می‌گیرند.
- ۹. آموزش و توانمندسازی کارکنان**
- ۹-۱. واحد مدیریت منابع انسانی یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.  
۹-۲. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.  
۹-۳. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند، موجود است.

- ۴-۹. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۵-۹. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۶-۹. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.
- ۷-۹. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

- ۱-۱۰. کتابچه/مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:
- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۱۰. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱۰. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

- ۱-۱۱. یک کتابچه/مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد مدیریت منابع انسانی وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه/مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه/مجموعه دارای نمایه مشخص است.

۱۱. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- ۲-۱۱. خط‌مشی‌ها و روش‌های واحد مدیریت منابع انسانی حداقل شامل موارد ذیل است:
- جذب نیرو
  - نمودار سازمانی
  - سلسله مراتب اداری و گزارش‌دهی
  - مقررات داخلی بیمارستان (حضور و غیاب، تشویق‌ها، تنبیه‌ها و..).
  - واگذاری اختیار مدیریت منابع انسانی
  - ارزشیابی‌های سالیانه برای تمام کارکنان
  - انجام آزمایش‌های پزشکی قبل و بعد از جذب نیرو
  - رسیدگی به شکایت‌های مربوط به کارکنان واحد مدیریت منابع انسانی
  - خاتمه خدمت (بازنشستگی، مأمور به خدمت، انتقال، اخراج و..).
  - تعیین حقوق و مزایا
  - رازداری در زمینه اطلاعات مالی و اداری تمام کارکنان بیمارستان مگر در مواردی که براساس استانداردها و قوانین و مقررات، مجاز شمرده شده‌اند)
  - رضایت‌سنجی از همه کارکنان بیمارستان
  - خدمات رفاهی
  - ارتقای شغلی
  - بهره‌وری کارکنان
  - جذب نیرو با توجه به نیازسنجی انجام شده و با در نظر گرفتن شرایط احراز و شرح شغل

- توانمندسازی نیروی انسانی (آموزش و کسب اطمینان از وجود تسهیلات و مواد آموزشی متناسب با نیازهای آموزشی شناسایی شده)

- ۱۲-۱. یک برنامه مکتوب نیازسنجی نیروی انسانی از تمام بخش‌ها در این واحد وجود دارد که شامل موارد ذیل است:
- تعداد نیروی انسانی مورد نیاز به منظور برآورده نمودن مسئولیت‌های محوله به بخش
  - انواع رده‌های شغلی کارکنان مورد نیاز
  - آموزش‌ها، مهارت‌ها، دانش و توانایی‌ها و تجربه مورد نیاز برای هر پست سازمانی
- ۱۲-۲. برنامه به صورت دوره‌ای (حداقل سالی یک بار) بازنگری و در صورت ضرورت به روز می‌شود.
- ۱۲-۳. نیازسنجی نیروی انسانی در همه قسمت‌های بیمارستان با همکاری و هماهنگی مسئولان بخش‌ها و واحدهای مربوطه، انجام می‌گیرد.

### ۱۲. نیازسنجی نیروی انسانی

- ۱۳-۱. واحد منابع انسانی در ارزشیابی کارکنان، موارد ذیل را مد نظر قرار می‌دهد:

- تناوب ارزشیابی‌ها
  - انطباق عملکرد کارکنان با شرح وظایف آنان
  - استخراج نقاط قوت و فرصت‌های بهبود در کارکنان
  - طراحی برنامه آموزشی مبتنی بر نتایج ارزیابی عملکرد
  - بررسی میزان انجام پیشنهادهای اصلاحی در دوره ارزیابی قبلی
- ۱۳-۲. امضای فرم ارزشیابی توسط کارمند و سرپرست مربوطه مبنی بر اینکه فرم ارزشیابی را مطالعه و قبول نموده‌اند.

### ۱۳. ارزشیابی کارکنان

## بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۱۴-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می‌باشد در دسترس است.
- ۱۴-۲. برنامه بهبود کیفیت هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، در این واحد نیز پیاده می‌شود.
- ۱۴-۳. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۱۴-۴. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

### ۱۴. بهبود کیفیت

- ۱۵-۱. داده‌های واحد مدیریت منابع انسانی جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۱۵-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۱۵-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی این واحد وجود دارد.
- ۱۵-۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۱۵-۵. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۱۵-۶. اطلاعات منابع انسانی جمع‌آوری شده و حداقل شامل موارد ذیل است:

### ۱۵. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

- مرخصی استعلاجی
  - میزان حوادث شغلی
  - میزان گردش کارکنان در انواع پست‌های هر بخش
  - مرخصی‌های استحقاقی و تعداد مرخصی استفاده نشده
  - اضافه‌کاری هر واحد
- ۱۵-۷. در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

# واحد مدیریت دفع پسماند





# واحد مدیریت دفع پسماند

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۱-۲. در واحد مدیریت دفع پسماند، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. کلیه کارکنان مدیریت دفع پسماند، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

### ۱. برنامه استراتژیک

- ۲-۱. مسئول واحد مدیریت پسماند به ترتیب ارجحیت دارای شرایط احراز ذیل است:
  - دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی بهداشت محیط با ۲ سال سابقه کار
  - دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی بهداشت محیط
  - دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کاردانی بهداشت محیط با ۲ سال سابقه کار

### ۲. مسئول واحد

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۳-۱. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد مدیریت پسماند، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس واحد است:
  - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

### ۳. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک)

- ۴-۱. در واحد مدیریت پسماند، لیستی از تمام کارکنان این واحد، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
  - نام و نام خانوادگی
  - سمت سازمانی

### ۴. لیست کارکنان

- جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
- لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن شیفت، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده‌است.
- ۲-۴. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی است، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.
- ۳-۴. مستنداتی که نشان‌می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در واحد موجود می‌باشد.
- ۴-۴. در مواردی که بیمارستان از پیمانکاران برای مدیریت پسماند استفاده می‌کند (برون‌سپاری) نیز جزئیاتی که در بالا گفته شد باید در دسترس باشد.

۵. دوره  
توجیهی  
بدو ورود

- ۱-۵. در واحد مدیریت پسماند، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
  - معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این واحد

۶. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

- ۱-۶. مستندات نشان‌می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۲-۶. مستندات نشان‌می‌دهند که آزمون‌های توانمندی حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۳-۶. مستندات نشان‌می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۴-۶. مستندات نشان‌می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۷. آموزش و  
توانمندسازی  
کارکنان

- ۱-۷. واحد مدیریت پسماند یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۲-۷. مستنداتی که نشان‌می‌دهند کلیه کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۳-۷. مستنداتی که نشان‌می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی شرکت می‌نمایند، موجود است.



- ۴-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کارکنان این واحد در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.
- ۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کارکنان این واحد در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کارکنان این واحد در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۷-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کارکنان این واحد در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.
- ۸-۷. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

- ۸-۱. کتابچه/مجموعه بهداشت محیط و ایمنی و سلامت شغلی، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:
- اطلاعات عمومی در ارتباط با بهداشت محیط و ایمنی و سلامت شغلی
  - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۸-۲. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۸. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

- ۹-۱. یک کتابچه/مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد مدیریت پسماند وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این واحد را توصیف می‌نماید:
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه/مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه/مجموعه دارای نمایه مشخص است.
- ۹-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل باید شامل موارد ذیل باشند:
- جداسازی و تفکیک پسماندها
  - انتقال و خروج پسماندها از بیمارستان
  - جمع‌آوری و بی‌خطر سازی پسماندهای تیز و برنده
  - کنترل کلیه ظروف نگهداری و انتقال پسماندها
  - کنترل عفونت بیمارستانی (با هدایت و هماهنگی واحد کنترل عفونت)
  - ایمنی کارکنان
  - آموزش علمی و عملی اصول بهداشت محیط به کارکنان (با نگاه ویژه به موضوع دفع پسماند)
  - کنترل رعایت الزامات و استانداردهای واحد مدیریت پسماند توسط پیمانکار (در مواردی که برون‌سپاری صورت گرفته است).

۹. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- ۱۰-۱. موازین تفکیک در مبدأ به‌طور دقیق برای پسماندهای عادی، عفونی، تیز، برنده و شیمیایی رعایت می‌شود.
- ۱۰-۲. یک لیست از انواع و محل مواد خطرناک و مواد زائد موجود است.
- ۱۰-۳. کدبندی رنگی پسماندهای تفکیک‌شده مشخص شده است.

۱۰. تفکیک،  
جمع‌آوری،  
حمل، نگهداری  
و دفع

- ۴-۱۰. تمام پسماندها برچسب گذاری می شوند.
- ۵-۱۰. برای تمام پسماندها ظروف نگهدارنده و تسهیلات ذخیره سازی در بخش ها و اماکن موجود است.
- ۶-۱۰. یک محوطه متمرکز ایمن جهت دریافت کلیه پسماندهای تفکیک شده، موجود است.
- ۷-۱۰. هر بخش دارای یک فضای مشخص جهت ذخیره سازی پسماندها، تا زمان جمع آوری است.
- ۸-۱۰. هر بخش دارای ظروف مستحکم مناسب (Safety Box) جهت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده است.
- ۹-۱۰. حمل ظروف (Safety Box) به محل جمع آوری پسماندهای بیمارستانی با یک روش مطمئن انجام می شود.
- ۱۰-۱۰. استفاده از روش مناسب دفع پسماندهای بیمارستانی:
  - قرارداد جهت دفع مناسب، به موقع، بی خطر و مطابق با مقررات مصوب وزارت متبوع
  - استفاده از کوره های محفظه ای
  - ضد عفونی توسط میکروویو
  - ضد عفونی کلیه پسماندها توسط اتوکلاو
  - خرد نمودن، تجمع و فشردن پسماندها
- ۱۱-۱۰. مستندات پایش و ارزیابی روش بی خطر سازی پسماند وجود دارد.
- ۱۲-۱۰. اعضا و اندام های قطع شده بدن و جنین مرده، مطابق ضوابط، جمع آوری و دفع می گردند.
- ۱۳-۱۰. محلی مناسب در بخش برای شستشو و گندزدایی سطوح های زیاله وجود دارد.
- ۱۴-۱۰. مشخصات محل نگهداری موقت پسماندها با ضوابط وزارت بهداشت مطابقت دارد.
- ۱۵-۱۰. نقل و انتقال ها، انبارداری و اقدامات در موارد تماس با مواد آسیب زا و یا ریختن محلول های خطرناک با اصول ایمنی مطابقت دارد.

## بهبود کیفیت و جمع آوری داده ها

- ۱-۱۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می باشد در دسترس است.
- ۲-۱۱. برنامه بهبود کیفیت این واحد هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۳-۱۱. برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۴-۱۱. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه گیری، واقع بینانه و دارای زمان بندی باشد.
- ۵-۱۱. مستندات نشان می دهند که اجرای برنامه های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به طور دائمی پایش می شوند.

۱۱. بهبود  
کیفیت

- ۱-۱۲. داده های واحد مدیریت پسماند جمع آوری و رایانه ای می شوند.
- ۲-۱۲. علت منطقی جمع آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۳-۱۲. چک لیست برای ممیزی داخلی این واحد وجود دارد.
- ۴-۱۲. ممیزی داخلی انجام می شود.
- ۵-۱۲. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله ای مناسب براساس آن، مستند شده اند.
- ۶-۱۲. در خصوص نتایج بررسی ها و تحلیل های صورت گرفته، به مدیران و دست اندرکاران، اطلاع رسانی می شود.

۱۲. جمع آوری  
و تحلیل  
داده ها

# واحد بهداشت محیط





# واحد بهداشت محیط

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۲-۱. در واحد بهداشت محیط، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۳-۱. تمام کارکنان واحد بهداشت محیط، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

### ۱. برنامه استراتژیک

- ۱-۲. مسئول بهداشت محیط بیمارستان به ترتیب ارجحیت دارای شرایط احراز ذیل است:
- دارای مدرک کارشناسی ارشد بهداشت محیط و ۱ سال سابقه کار در بیمارستان
  - دارای مدرک کارشناسی بهداشت محیط و ۳ سال سابقه کار در بیمارستان
- ۲-۲. مسئول واحد، عضو کمیته کنترل عفونت بیمارستان است و نسخه‌ای از صورتجلسات کمیته را نزد خود نگهداری می‌نماید.

### ۲. مسئول واحد

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۳. پرونده پرسنلی (کاغذی/ الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد بهداشت محیط، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس مسئول واحد است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت
  - مستندات مربوط به کارت بهداشتی و سوابق بررسی‌ها و معاینات دوره‌ای لازم برای کارکنان (براساس دستورالعمل‌ها و قوانین موجود)

### ۳. پرونده پرسنلی (کاغذی/ الکترونیک)

- ۱-۴. در واحد بهداشت محیط، لیستی از تمامی کارکنان این واحد، شامل موارد ذیل در تمامی ساعات شبانه‌روز، در دسترس است:
- نام و نام خانوادگی

### ۴. لیست کارکنان

- شماره تماس (شامل تلفن و آدرس خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با فرد تماس گرفت).
- سمت سازمانی
- ۲-۴. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.
- ۳-۴. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با، تعداد بیماران و حجم کار است (مطابق دستورالعمل وزارت متبوع)، در واحد موجود است.
- ۴-۴. در مواردی که بیمارستان از پیمانکاران خارجی برای بهداشت محیط استفاده می‌کند (برون‌سپاری) نیز، جزئیاتی که در بالا گفته شد باید در دسترس باشد.

- ۱-۵. در واحد بهداشت محیط، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:
  - معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای که اطلاعات مربوط به همه تجهیزات اختصاصی این واحد را دربر می‌گیرد.

### ۵. دوره توجیهی بدو ورود

- ۱-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۲-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای کلیه کارکنان برگزار می‌شوند.
- ۳-۶. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون توانمندی دوره‌ای کارکنان انجام می‌گیرد.
- ۴-۶. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان مورد بررسی قرار می‌گیرند.

### ۶. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

- ۱-۷. واحد بهداشت محیط، یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۲-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی/ آموزشی آنان، موجود است.

### ۷. آموزش و توانمندسازی کارکنان

- ۳-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۴-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.
- ۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۷-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.
- ۸-۷. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

۸-۱. کتابچه ایمنی و سلامت حرفه‌ای و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۸-۲. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

- ۹-۱. کتابچه راهنمای مواد شیمیایی و گندزدهای مورد استفاده در بیمارستان موجود است.
- ۹-۲. سیستم اختصاصی و کدگذاری برای همه مواد شیمیایی و گندزدها در دسترس است و ارجاع آن در کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها وجود دارد.
- ۹-۳. مایعات شیمیایی دارای برچسب صحیح و اختصاصی هستند.

- ۱۰-۱. محل‌های نگهداری ایمن با تهویه و نور مناسب برای ذخیره تمام مواد شیمیایی موجود است.
- ۱۰-۲. برای ذخیره صحیح مواد شیمیایی تسهیلات و امکانات موجود است (به‌عنوان مثال قفسه‌ها به نحوی چیده می‌شوند که مایعات، زیر مواد شیمیایی خشک قرار بگیرند).
- ۱۰-۳. محلی ایمن برای ذخیره روزانه مواد شیمیایی وجود دارد.
- ۱۰-۴. توالی‌های نظافت، در زمانی که مورد استفاده قرار نمی‌گیرند، در محل مناسبی دور از راهروها و مسیر عبور افراد نگهداری می‌شوند.

- ۱۱-۱. جدول اطلاعات مواد خطرناک در تمام بخش‌ها در دسترس است.
- ۱۱-۲. اطلاعات احتیاطی لازم برای زمانی که محلول‌ها ترکیب شده و یا ریخته‌شوند در دسترس کارکنان است.

۸. کتابچه  
بهداشت  
محیط و ایمنی  
و سلامت  
حرفه‌ای

۹. کتابچه  
راهنمای مواد  
شیمیایی و  
گندزدا

۱۰. ذخیره  
مواد شیمیایی

۱۱. مواد  
خطرناک

۱۲. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- ۱-۱۲. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد بهداشت محیط وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این واحد را توصیف می‌نماید:
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه / مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص است.
- ۲-۱۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل باید شامل موارد ذیل باشند:
- شستشوی بهداشتی دست‌ها
  - لکه‌زدایی سریع مواد خطرناک از قبیل مایعات بدن، مواد شیمیایی و غیره
  - نظافت و گندزدایی تجهیزات شامل تجهیزات مراقبت از بیمار
  - سیستم کدگذاری مستند برای تجهیزات مورد استفاده در قسمت‌های خاص مثل بخش‌ها، دستشویی‌ها و اتاق‌ها
  - ترکیب مواد شیمیایی و گندزداها
  - ایمنی کارکنان
  - ایمنی بیمار
  - سیستم جمع‌آوری، دفع، کنترل کیفی و دفع نهایی فاضلاب (مطابق با قوانین، مقررات و ضوابط موجود)
  - تأمین آب سالم و بهداشتی بیمارستان
  - کنترل حشرات و جانوران موذی
  - فرآیند عدم استفاده مجدد از اقلام یک بار مصرف
  - جداسازی مسیرها و مناطق کثیف و تمیز
  - استعمال دخانیات
  - کنترل رعایت الزامات و استانداردهای واحد توسط پیمانکاران (در صورتی برون‌سپاری صورت گرفته‌است).
- ۱-۱۳. بیمارستان چک‌لیست‌های ممیزی داخلی به‌منظور اطمینان از مطابقت وضعیت بهداشت بیمارستان با قوانین و آیین‌نامه‌های موجود را، تهیه کرده‌است.
- ۲-۱۳. چک‌لیست‌ها در فواصل زمانی مناسب توسط افراد آموزش‌دیده تکمیل می‌گردند.
- ۳-۱۳. واحد بهداشت محیط گزارش حاصل از تکمیل چک‌لیست‌های مذکور و پیشنهادات اصلاحی لازم را به تیم مدیریت ارشد بیمارستان ارائه می‌نماید.
- ۴-۱۳. مداخلات تأییدشده، تا حصول نتیجه پیگیری می‌شوند.
- ۵-۱۳. مستندات مجوز کار با اشعه (تشخیصی - درمانی) تمام واحدهای پرتوزشی کنترل می‌گردد.
- ۶-۱۳. بیمارستان دارای تدارکات کافی به‌منظور کسب اطمینان از ارتقای فرآیند ضدعفونی است.
- ۷-۱۳. مسیرهای ورود و خروج تجهیزات و لوازم اتاق عمل تداخل ندارند.
- ۸-۱۳. مسیرهای کثیف و تمیز در همه قسمت‌های مربوطه رعایت می‌شوند.

۱۳. کنترل  
بهداشت  
بخش‌ها و  
قسمت‌های  
مختلف  
بیمارستان



۱۴-۱. کیفیت آب بیمارستان با استانداردهای کشوری آب آشامیدنی (استانداردهای ۱۰۱۱ و ۱۰۵۳ آب آشامیدنی) مطابقت دارد.

۱۴. کنترل  
کیفیت آب  
بیمارستان

۱۴-۲. مخزن ذخیره آب با شرایط بهداشتی برای تأمین آب بیمارستان به مدت حداقل ۲۴ ساعت در مواقع بحران، به طوری که آب مخزن ذخیره دائم در حال گردش باشد، وجود دارد.

۱۵-۱. برنامه مستند کنترل حشرات شامل جدول زمان‌بندی منظم و معین برای همه قسمت‌های بیمارستان وجود دارد.

۱۵. کنترل  
حشرات

۱۵-۲. جدولی که حاوی اطلاعات مربوط به مواد خطرناک موجود در تمامی حشره‌کش‌های مورد استفاده در بیمارستان و نکات ایمنی مرتبط با آنها می‌باشد در دسترس است.

۱۵-۳. برنامه کنترل جوندگان در بیمارستان موجود است و به‌طور منظم پایش می‌شود.

۱۶-۱. شبکه جمع‌آوری فاضلاب بیمارستان از نظر تناسب با نیازها، با اصول فنی و بهداشتی مطابقت دارد.

۱۶. سیستم  
جمع‌آوری و  
دفع فاضلاب

۱۷-۱. آشپزخانه و فضاهای پشتیبانی آن (نظیر انبار، سردخانه، اتاق‌های استراحت و...)، دارای معیارها و شرایط بهداشتی هستند.

۱۷. بهداشت  
آشپزخانه و  
مواد غذایی

۱۷-۲. مواد غذایی با وسیله نقلیه دارای مجوز بهداشتی حمل می‌شوند.

۱۷-۳. ضوابط بهداشتی مربوط به بهداشت ابزار و لوازم کار رعایت می‌شود.

۱۷-۴. ظروف مورد استفاده برای بیماران عفونی، گندزدایی شده و یا از نوع یک بار مصرف مورد تأیید هستند.

۱۷-۵. سالن‌های غذاخوری و محل سرو غذای کارکنان، بهداشتی است.

۱۷-۶. سالن غذاخوری مجهز به دستشویی و ظرفشویی مجزا برای استفاده کارکنان بیمارستان است.

۱۷-۷. ضوابط و مقررات بهداشتی نگهداری مواد غذایی در انبارها و سردخانه‌های مواد غذایی (مواد پروتینی، سبزیجات و لبنیات) رعایت می‌شود.

۱۷-۸. آبدارخانه بخش‌های مختلف، بهداشتی است.

۱۷-۹. محل فروش مواد غذایی (نظیر بوفه و تریا) در داخل بیمارستان، بهداشتی بوده و مواد غذایی مجاز عرضه می‌نمایند.

۱۷-۱۰. مستندات رعایت اصول شناسایی خطرات و کنترل خطرات مواد غذایی (HACCP)<sup>۱</sup> وجود دارد.

۱۷-۱۱. زنجیره گرم و سرد به تناسب مواد غذایی رعایت می‌شود.

۱۷-۱۲. ورود افراد متفرقه به داخل آشپزخانه ممنوع است.

۱۷-۱۳. امکانات و تسهیلات لازم برای جلوگیری از انتقال آلودگی از کفش‌ها در ابتدای ورودی به واحدهایی نظیر محل طبخ، انبار و سردخانه مواد غذایی وجود دارد و رعایت می‌شود.

۱۷-۱۴. آماده‌سازی، جابه‌جایی، انبارکردن، تهیه و توزیع غذا، ایمن، بهداشتی و مطابق با ضوابط و مقررات است.

۱۷-۱۵. میوه و سبزیجات خام مصرفی مطابق دستورالعمل‌های ابلاغی سالم‌سازی می‌شوند.

۱۶-۱۷. محل طبخ غذا از گردش کار و چیدمان مناسب برخوردار است (انبار، آماده‌سازی، محل پخت، محل توزیع و ظرفشویی)  
 ۱۷-۱۷. از مواد غذایی غیرمجاز (نظیر نمک‌های تصفیه‌نشده، مواد غذایی فاقد پروانه، رنگ‌های غیرمجاز و جوش شیرین در نان)، استفاده نمی‌شود.

## بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

۱-۱۸. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می‌باشد در دسترس است.  
 ۲-۱۸. برنامه بهبود کیفیت هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان در این واحد نیز پیاده می‌شود.  
 ۳-۱۸. برنامه بهبود کیفیت شامل موضوعات بالینی و غیربالینی است.  
 ۴-۱۸. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.  
 ۵-۱۸. مستندات نشان‌می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

۱۸. بهبود  
کیفیت

۱-۱۹. داده‌های واحد بهداشت محیط جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.  
 ۲-۱۹. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.  
 ۳-۱۹. چک‌لیست برای ممیزی داخلی این واحد وجود دارد.  
 ۴-۱۹. ممیزی داخلی انجام می‌شود.  
 ۵-۱۹. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.  
 ۶-۱۹. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت‌گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

۱۹. جمع‌آوری  
و تحلیل  
داده‌ها

# واحد بهداشت حرفه‌ای





# واحد بهداشت حرفه‌ای

## مدیریت و سازماندهی

### ۱. برنامه استراتژیک

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۱-۲. در واحد بهداشت حرفه‌ای، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. تمام کارکنان واحد بهداشت حرفه‌ای، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

### ۲. مسئول واحد

- ۲-۱. مسئول واحد بهداشت حرفه‌ای به ترتیب ارجحیت واجد شرایط ذیل است:
  - متخصص طب کار یا دکتری بهداشت حرفه‌ای با ۳ سال سابقه کار در بیمارستان
  - کارشناس ارشد بهداشت حرفه‌ای با ۴ سال سابقه کار در بیمارستان
  - کارشناس بهداشت حرفه‌ای یا پزشک سلامت شغلی، هریک با ۵ سال سابقه کار در بیمارستان
- ۲-۲. مسئول واحد دارای اختیارات واگذار شده به منظور مدیریت و کسب اطمینان از اجرای صحیح برنامه ایمنی و سلامت حرفه‌ای در بیمارستان است.
- ۲-۳. مسئول واحد، عضو کمیته کنترل عفونت بیمارستان است و نسخه‌ای از صورت جلسات کمیته را نزد خود نگهداری می‌نماید.

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

### ۳. پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک)

- ۳-۱. پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد بهداشت حرفه‌ای، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس مسئول واحد است:
  - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت
  - مستندات مربوط به سوابق بررسی‌ها و معاینات دوره‌ای لازم کارکنان (براساس دستوالعمل‌ها و قوانین موجود)

۴. لیست  
کارکنان

- ۱-۴. در واحد بهداشت حرفه‌ای، لیستی از همه کارکنان این واحد، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
- نام و نام خانوادگی
  - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
- ۲-۴. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی است، برنامه‌ریزی انجام شده است.
- ۳-۴. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با، تعداد بیماران و حجم کار می‌باشد، در واحد موجود است.

۵. دوره  
توجیهی  
بدو ورود

- ۱-۵. در واحد بهداشت حرفه‌ای، یک کتابچه/ مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای که اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این واحد را دربر می‌گیرد.

۶. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

- ۱-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۲-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۳-۶. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۴-۶. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۷. آموزش و  
توانمندسازی  
کارکنان

- ۱-۷. واحد بهداشت حرفه‌ای، یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۲-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند همه کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

- ۳-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۴-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.
- ۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۷-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.
- ۸-۷. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

- ۱-۸. کتابچه/مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:
- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۸. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۸. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

- ۱-۹. یک کتابچه/مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد بهداشت حرفه‌ای وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این واحد را توصیف می‌نماید:
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه/مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه/مجموعه دارای نمایه مشخص است.
- ۲-۹. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل باید شامل موارد ذیل باشند:
- معاینات پزشکی قبل از استخدام
  - اجرا و ثبت برنامه ایمن‌سازی
  - روش جابه‌جایی بار و اجسام سنگین یا حساس
  - ممنوعیت گذاردن درپوش سرنگ و سرسوزن بعد از استفاده (No Recapping)
  - فرآیند مکتوب برای تکمیل فرم‌های اتفاقات و حوادث ناخواسته
  - ملاحظات کارکنان در طی دوره حاملگی
  - دستورالعمل مدیریت خطر در اتفاقات ناخواسته برای مثال: خرابی یک وسیله و غیرایمن بودن پریرز یک وسیله الکتریکی.

۹. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- موارد کاربرد و راهنمای عملی استفاده صحیح از وسایل حفاظتی نظیر: گان، ماسک، محافظ چشم، دستکش، کفش و روپوش
- راهنمای الزامات کارکنان در صورت تماس با خون
- راهنمای رعایت الزامات بهداشتی - ایمنی کارکنان در صورت تماس با خون و مایعات و بافت‌های بدن
- نحوه صحیح ریختن مایعات از ظرفی به ظرف دیگر (برای مثال مایعات شیمیایی و خون)
- استفاده صحیح از برگه‌های اطلاع‌رسانی درخصوص ایمنی مواد (MSDS)<sup>۱</sup> در مواجهه با عوامل فیزیکی (صدا، نور، ارتعاش، شرایط جوی، پرتوها، میدان‌های مغناطیسی و...).
- بیماری کارکنان (الزامات کارکنان در صورت ابتلا به انواع بیماری‌ها)

#### ۱۰. امکانات و ملزومات

- ۱-۱۰. دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی مناسب به سهولت میسر است.
- ۲-۱۰. فرم نظرسنجی کارکنان درمورد کنترل‌های بهداشت حرفه‌ای و حفاظت فردی (دسترسی و نحوه استفاده) وجود دارد که به صورت ادواری (حداقل فصلی) تکمیل و مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.
- ۳-۱۰. مخاطرات، عوامل زیان‌آور محیط کار و بیماری‌های شغلی بخش‌های مختلف بیمارستان معرفی شده و کارکنان آموزش‌های کافی در خصوص این مخاطرات و بیماری‌ها و روش‌های پیشگیری از مواجهه با آنها را دیده‌اند.
- ۴-۱۰. کارکنان، امکانات لازم جهت انجام وظایف مشخص شده را، در اختیار دارند.

## بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

#### ۱۱. بهبود کیفیت

- ۱-۱۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد است در دسترس است.
- ۲-۱۱. برنامه بهبود کیفیت هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان در این واحد نیز پیاده می‌شود.
- ۳-۱۱. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۴-۱۱. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت به‌طور دائمی پایش می‌شود.

#### ۱۲. گزارش اتفاقات و حوادث ناخواسته

- ۱-۱۲. برگه‌های یکسان و استاندارد شده شناسایی و گزارش مخاطرات که توسط این واحد تهیه شده‌اند، در کل بیمارستان موجود بوده و در دسترس همه کارکنان هستند.
- ۲-۱۲. تمام برگه‌های تکمیل شده به مسئول واحد بهداشت حرفه‌ای ارجاع می‌شوند.

#### ۱۳. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

- ۱-۱۳. داده‌های واحد بهداشت حرفه‌ای جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲-۱۳. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۳-۱۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی این واحد وجود دارد.
- ۴-۱۳. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۵-۱۳. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۶-۱۳. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.



# واحد تداركات





# واحد تدارکات

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۱-۲. در واحد تدارکات، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. تمام کارکنان واحد تدارکات، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

- ۲-۱. مسئول واحد تدارکات حداقل دارای شرایط ذیل است:
  - مدرک کارشناسی و حداقل ۲ سال سابقه کار در واحد تدارکات یا سایر واحدهای پشتیبانی

۲. مسئول

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۳-۱. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد تدارکات، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس مسئول واحد است:
  - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۳. پرونده  
پرسنلی  
(کاغذی /  
الکترونیک)

- ۴-۱. در واحد تدارکات، لیستی از تمامی کارکنان شامل موارد ذیل در تمامی ساعات شبانه‌روز، در دسترس است:

۴. لیست  
کارکنان

- نام و نام خانوادگی
- جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با فرد تماس گرفت).
- سمت سازمانی

۲-۴. مستندات نشان می‌دهند که تعداد و چینش نیروی انسانی، متناسب با حجم کار است.  
۳-۴. در مواردی که بیمارستان از پیمانکار برای واحد تدارکات استفاده می‌کند (برون‌سپاری)، نیز جزئیاتی که در بالا گفته شد در دسترس هستند.

۵. دوره  
توجیهی  
بدو ورود

۱-۵. در واحد تدارکات، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:

- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
- معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
- زیرمجموعه‌ای که اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این واحد را دربر می‌گیرد.

۶. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

۱-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.  
۲-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای کلیه کارکنان برگزار می‌شوند.  
۳-۶. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون توانمندی دوره‌ای کارکنان انجام می‌گیرد.  
۴-۶. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۷. آموزش و  
توانمندسازی  
کارکنان

۱-۷. واحد تدارکات، یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.  
۲-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.  
۳-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.  
۴-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.  
۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.

۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.

۷-۷. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌شود.

۱-۸. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۸. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۸. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

۱-۹. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد تدارکات وجود دارد که موضوعات مدیریتی و عملیاتی این واحد را توصیف می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه / مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص است.
- ۲-۹. خط‌مشی‌ها و روش‌های واحد تدارکات، حداقل شامل موارد ذیل است:
- نحوه جابه‌جایی بارهای سنگین
  - فرآیندهای تدارکات شامل خرید، تأمین (تهیه)، توزیع، تعمیر و نگهداری، اسقاط و مازاد، فروش
- ۳-۹. کنترل رعایت الزامات و استانداردهای واحد و اگذار شده به پیمانکار خارجی (در صورتی که برون‌سپاری صورت گرفته باشد).

۹. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

۱-۱۰. یک فرم درخواست خرید یا حداقل یک گزارش رسمی از تمام مواردی که درخواست خرید می‌شود وجود دارد.

- ۲-۱۰. فرآیند مکتوب مطابقت موارد خریداری شده با مبلغ پرداخت شده بابت آن، موجود است.
- ۳-۱۰. مستندات نشان می‌دهند که کلیه کالاهای سفارش داده شده دریافت شده است.
- ۴-۱۰. سیستم کنترل موجودی (سرجمع داری) برای مشخص شدن اختلاف میان آنچه خریداری شده و ذخیره گشته است، موجود است.
- ۵-۱۰. فرآیندهای خرید کالا در واحد تدارکات به صورت مکتوب موجود است.

۱۰. خرید

### ۱۱. عرضه‌کنندگان داخلی

- ۱-۱۱. فهرستی از اسامی عرضه‌کنندگان داخلی که بیمارستان از آنها خرید نموده موجود است.
- ۲-۱۱. فهرست عرضه‌کنندگانی که در لیست ممنوعه هستند (Blacklist)، موجود است.

## امکانات و ملزومات

- ۱-۱۲. دسترسی به فضاهای ذخیره کالا محدود است و فقط افراد معینی می‌توانند به آن دسترسی داشته باشند.
- ۲-۱۲. فضاهای ذخیره کالا، دارای نور کافی و تهویه مناسب است.
- ۳-۱۲. فضاهای ذخیره کالا، مجهز به سیستم اعلام آتش و خاموش نمودن آن است.
- ۴-۱۲. قفسه‌بندی باید به شکل مناسبی انجام شده و قفسه‌های کالا از زمین فاصله داشته باشند.
- ۵-۱۲. کالاهای فاقد شکل ثابت (مثل شکر و برنج) نباید زیر مایعات نگهداری شوند (مایعات حتماً در پایین‌ترین بخش قفسه‌ها نگهداری می‌شوند).
- ۶-۱۲. فهرستی از همه کالاهای موجود در انبار با ذکر تعداد آنها موجود است.
- ۷-۱۲. کارکنان امکانات لازم برای انجام وظایف مشخص شده را، در اختیار دارند.

### ۱۲. فضای ذخیره کالا

## بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۱-۱۳. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می‌باشد در دسترس است.
- ۲-۱۳. برنامه بهبود کیفیت هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان در این واحد نیز پیاده می‌شود.
- ۳-۱۳. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۴-۱۳. مستندات نشان‌می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

### ۱۳. بهبود کیفیت

- ۱-۱۴. داده‌های واحد تدارکات جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲-۱۴. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۳-۱۴. چک‌لیست برای ممیزی داخلی این واحد وجود دارد.
- ۴-۱۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۵-۱۴. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۶-۱۴. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

### ۱۴. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

# ساختمان







# ساختمان

۱-۱. استاندارد ۱. واحد ساختمان تحت نظارت مدیر بیمارستان یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان، فعالیت می نماید.

۱. استاندارد

۱-۲. ساختمان و سازه، با هدف کاربری به عنوان بیمارستان، احداث یا بازسازی شده است.

۲. استاندارد

۱-۳. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد ساختمان، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس مسئول واحد است:

۳. پرونده

پرسنلی

(کاغذی /

الکترونیک)

● نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی

● شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد

● چک لیست های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد

● کپی آخرین مدرک تحصیلی

● کپی مدارک دوره های آموزشی طی شده

● مستندات مربوط به آزمون های اولیه و دوره ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت های محوله

● مستندات مربوط به آزمون های دوره ای ارزیابی حرفه ای و غیر حرفه ای کارکنان

● مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۱-۴. در واحد ساختمان، لیستی از تمامی کارکنان شامل موارد ذیل در تمامی ساعات شبانه روز در دسترس است.

۴. لیست

کارکنان

● نام و نام خانوادگی

● تلفن تماس و آدرس (شامل تلفن و آدرس خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با فرد تماس گرفت).

● سمت سازمانی

۲-۴. یک جدول مکتوب از اسامی و سمت افراد جهت برنامه نوبت کاری ماهانه واحد ساختمان وجود دارد.

۳-۴. مستندات نشان می دهند که تعداد و چینش نیروی انسانی، متناسب با حجم کار است.

۱-۵. در واحد ساختمان، یک کتابچه / مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی

۵. دوره

توجیهی

بدو ورود

بیمارستان و ویژگی ها و نکات اختصاصی این واحد، وجود دارد که حداقل شامل موارد ذیل است:

● معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان

خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر،

ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت

استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب،

حقوق و مزایا، پاداش و اضافه کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)

- معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
- زیرمجموعه‌ای که اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این واحد را دربر می‌گیرد.

- ۱-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۲-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای کلیه کارکنان برگزار می‌شوند.
- ۳-۶. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون توانمندی دوره‌ای کارکنان انجام می‌گیرد.
- ۴-۶. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان مورد بررسی قرار می‌گیرند.

### ۶. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

- ۱-۷. واحد ساختمان، یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۲-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۳-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.
- ۴-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.
- ۷-۷. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

### ۷. آموزش و توانمندسازی کارکنان

- ۱-۸. کتابچه/ مجموعه ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:
  - اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی.
- ۲-۸. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

### ۸. کتابچه/ مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

- ۱-۹. ورودی‌های کالا، به وضوح با علائم راهنما مشخص شده‌اند.
- ۲-۹. ورودی‌های کالا، از ورودی اصلی جدا هستند.
- ۳-۹. ورودی اصلی و اورژانس جدا بوده و از یک فاصله دور به وضوح قابل تشخیص هستند.
- ۴-۹. تمام ورودی‌ها نور کافی دارند و به راحتی قابل شناسایی هستند.
- ۵-۹. موقعیت جغرافیایی بیمارستان و دسترسی به آن آسان است.
- ۶-۹. ورودی بیماران درمانگاهی جدا است.

### ۹. استاندارد

## ۱۰. استاندارد

۱-۱۰. علائم راهنما (مطابق با استانداردهای جهانی) برای موارد زیر فراهم است:

- بیماران
  - کارمندان
  - ملاقات کنندگان و همراهان بیمار
- ۱-۱۰.۲. توضیحات کنار علائم راهنما به زبان رایج کشور است.
- ۱-۱۰.۳. توضیحات کنار علائم راهنما به زبان انگلیسی نیز نوشته شده‌اند.
- ۱-۱۰.۴. علائم راهنما به آسانی قابل تشخیص هستند.
- ۱-۱۰.۵. راهنما مطابق با سمبل‌های (نشانه‌های) اصلی هستند.
- ۱-۱۰.۶. علائم راهنما در معرض دید همگان قرار گرفته‌اند.

## ۱۱. استاندارد

۱-۱۱. مجموعه‌ای از نقشه‌های ساختمان در دسترس هستند:

- نقشه سازه
- نقشه معماری
- نقشه تأسیسات مکانیکی
- نقشه تأسیسات الکتریکی

## ۱۲. استاندارد

- ۱-۱۲. در بیمارستان، انبارهای لازم به تفکیک کاربری با علائم راهنمای مشخص وجود دارد.
- ۱-۱۲.۲. انبار لوازم کثیف از انبار لوازم تمیز جدا است.
- ۱-۱۲.۳. یک انبار امن خارج از ساختمان وجود دارد و مواد قابل اشتغال در آن نگهداری می‌شوند.
- ۱-۱۲.۴. محوطه انبار مواد قابل اشتغال، باید با یک توضیح و تصویر گرافیکی یا علائم راهنما، به وضوح مشخص شده باشند.

## ۱۳. استاندارد

- ۱-۱۳. در سردخانه فضایی جهت انتظار همراهان متوفی وجود دارد، و مسیر خروج جسد دور از راهروهای اصلی است.
- ۱-۱۳.۲. امکانات انجام اتوپسی در بیمارستان آموزشی موجود است.

## ۱۴. استاندارد

- ۱-۱۴. در تمام سطوح و دیوارها نکات ایمنی رعایت شده است.
- ۱-۱۴.۲. نرده پلکان برای تمام راه پله‌ها وجود دارد.
- ۱-۱۴.۳. پله فرار در صورت طبقاتی بودن بیمارستان پیش‌بینی شده است.

## ۱۵. استاندارد

- ۱-۱۵. برای هر تخت و سرویس بهداشتی در بخش‌های بستری، سیستم احضار پرستار وجود دارد.
- ۱-۱۵.۲. درهای توالت از داخل قفل نمی‌شوند، از هر دو طرف دستگیره داشته و رو به بیرون باز می‌شوند.
- ۱-۱۵.۳. توالت فرنگی و تسهیلات لازم برای معلولین و افراد ناتوان، وجود دارد.
- ۱-۱۵.۴. اتاق بیماران از داخل قفل نمی‌شود.

## ۱۶. استاندارد

- ۱-۱۶. ژنراتور برق اضطراری، برای کل بیمارستان فراهم است و به ترتیب ارجحیت دارای شرایط ذیل است:
- سیستم دستی
  - سیستم اتوماتیک
  - ژنراتور برق اضطراری اضافه (ذخیره) وجود دارد.

- ۱۷. استاندارد**
- ۱-۱۷. برنامه مدیریت ساختمان در بیمارستان وجود دارد.  
 ۲-۱۷. برنامه مکتوب فرآیند مدیریت خطر برای بیماران، همراهان، ملاقات کنندگان و کارکنان وجود دارد.  
 ۳-۱۷. یک یا چند شخص واجد شرایط روی برنامه ریزی و پیاده کردن برنامه مدیریت خطر در محیط مراقبت از بیمار، نظارت می نمایند.
- ۱۸. استاندارد**
- ۱-۱۸. بیمارستان دارای یک طرح کاهش رخدادهای خطرناک و تأمین ایمنی ساختمان برای کلیه بیماران، همراهان، کارکنان و ملاقات کنندگان است و تمام بخش های بیمارستان به طور منظم از این جهت بازرسی می شوند.  
 ۲-۱۸. طرح ها و برنامه های مالی جهت به روز رسانی و یا جایگزینی سیستم های اصلی، ساختمان ها یا اجزای تشکیل دهنده، با توجه به نتایج بازرسی از ساختمان و تأسیسات و با لحاظ کردن قوانین و مقررات انجام می پذیرد.
- ۱۹. استاندارد**
- ۱-۱۹. در سیستم مدیریت ساختمان، فرآیند بازدید دوره ای تمامی قسمت های ساختمان دیده شده و اطمینان حاصل شده است که:
- اصول ایمنی در ساختمان رعایت می شود.
  - هر نارسایی، اتفاق یا حادثه ناخواسته ای، از طریق سیستم گزارش دهی اتفاقات و حوادث ناخواسته، فوراً به فرد یا کمیته مسئول مدیریت خطر، ایمنی و سلامت حرفه ای، گزارش می گردد.
  - تشخیص و گزارش اتفاقات تکراری صورت می گیرد.
  - هر اقدام اصلاحی یا پیشگیرانه ای که انجام می شود ثبت گردیده و نظارت و پایش می شود.
  - در خصوص نتایج بررسی ها و تحلیل های صورت گرفته، به مدیران و دست اندرکاران، اطلاع رسانی می شود.
- ۲۰. استاندارد**
- ۱-۲۰. سیستم اتصال به زمین (Earth) برای تمام مناطق بیمارستان به صورت جداگانه وجود دارد.  
 ۲-۲۰. سیستم اتصال به زمین (Earth) برای بخش های مراقبت ویژه و اتاق های عمل وجود دارد.  
 ۳-۲۰. سیستم پایش رایانه ای جهت کنترل فعال بودن سیستم اتصال به زمین (Earth) وجود دارد.
- ۲۱. استاندارد**
- ۱-۲۱. سیستم اطلاع رسانی (بلندگو / پیجر) در سراسر بیمارستان در دسترس است.  
 ۲-۲۱. در سیستم اطلاع رسانی (بلندگو / پیجر) پارازیت وجود ندارد.  
 ۳-۲۱. یک سیستم جایگزین برای زمانی که نقص در سیستم اطلاع رسانی (بلندگو / پیجر) به وجود آمده، وجود دارد.
- ۲۲. جمع آوری و تحلیل داده ها**
- ۱-۲۲. داده های واحد ساختمان جمع آوری و رایانه ای می شود.  
 ۲-۲۲. علت منطقی جمع آوری هر داده شرح داده شده است.  
 ۳-۲۲. چک لیست برای ممیزی داخلی این واحد وجود دارد.  
 ۴-۲۲. ممیزی داخلی انجام می شود.  
 ۵-۲۲. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله ای مناسب براساس آن مستند شده اند.  
 ۶-۲۲. در خصوص نتایج بررسی ها و تحلیل های صورت گرفته، به مدیران و دست اندرکاران اطلاع رسانی می شود.
- ۲۳. پدافند غیرعامل**
- ۱-۲۳. مقاوم سازی اجزای سازه ای صورت گرفته است.  
 ۲-۲۳. مقاوم سازی اجزای غیرسازه ای صورت گرفته است.

# واحد تأسيسات





# واحد تأسیسات

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه‌ استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۱-۲. در واحد تأسیسات، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. تمام کارکنان واحد تأسیسات، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

- ۱-۲. فردی با تحصیلات مهندسی (سیالات) یا برق، مسئول واحد تأسیسات است.

۲. مسئول  
واحد

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۳. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد تأسیسات، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس مسئول واحد است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۳. پرونده  
پرسنلی  
(کاغذی /  
الکترونیک)

- ۱-۴. در واحد تأسیسات، لیستی از کلیه کارکنان این واحد، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:

۴. لیست  
کارکنان

- نام و نام خانوادگی
- جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
- سمت سازمانی

- ۲-۴. یک جدول مکتوب از اسامی و سمت افراد جهت برنامه نوبت کاری ماهانه در این واحد وجود دارد.
- ۳-۴. مستندات نشان می‌دهند که تعداد و چینش نیروی انسانی، متناسب با حجم کار است.
- ۴-۴. در مواردی که بیمارستان از پیمانکاران خارجی برای واحد تأسیسات استفاده می‌کند (برون‌سپاری)، نیز موارد فوق در دسترس هستند.

۵. دوره  
توجیهی  
بدو ورود

- ۱-۵. در واحد تأسیسات، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان، ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، وجود دارد که حداقل شامل موارد ذیل است:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این واحد

۶. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

- ۱-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۲-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۳-۶. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون توانمندی دوره‌ای کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۴-۶. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۷. آموزش و  
توانمندسازی  
کارکنان

- ۱-۷. واحد تأسیسات، یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۲-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۳-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.
- ۴-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.



۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.  
۷-۷. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

۸-۱. کتابچه/مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:  
● اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط  
● اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی  
۸-۲. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۸. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

۹-۱. در این واحد یک دستورالعمل راهبردی و اجرایی وجود دارد که حداقل شامل توضیحات کامل در موارد ذیل است:  
● سیستم‌های الکتریکی  
● سیستم‌های مکانیکی

۹. کتابچه  
راهنمای  
عملکرد

۱۰-۱. یک کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد وجود دارد که موضوعات مدیریتی و عملیاتی بخش تأسیسات (الکتریکی، مکانیکی) را توصیف می‌نماید:  
● خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.  
● خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.  
● خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.  
● روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.  
● کتابچه/مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.  
● کتابچه/مجموعه دارای نمایه مشخص است.

۱۰. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

۱۰-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌های اختصاصی برای واحد تأسیسات الکتریکی، مکانیکی بیمارستان حداقل شامل موارد ذیل است:  
● تعمیر و نگهداری انواع تأسیسات موجود در بیمارستان  
● ایمنی کارکنان  
● ایمنی بیمار  
● ایمنی تأسیسات و تجهیزات (الکتریکی، مکانیکی)  
● فرآیند درخواست و انجام سرویس‌های تعمیر  
● انجام فرآیند سرویس‌های دوره‌ای  
● نظام ثبت کامل خدمات  
● کنترل رعایت الزامات و استانداردهای بخش توسط پیمانکار خارجی (در صورتی که برون‌سپاری صورت گرفته است).

۱۱-۱. هرگونه واگذاری خدمات تعمیر و نگهداری یا فعالیت‌های اختصاصی مربوطه به خارج از بیمارستان، براساس یک قرارداد کارشناسی شده است.

۱۱. برون‌سپاری  
خدمات

۱۱-۲. گزارش‌ها یا رونوشت آنها برای هر مورد از تعمیراتی که به وسیله پیمانکار انجام می‌شود در این واحد نگهداری می‌گردد.

## امکانات و ملزومات

### ۱۲. نقشه‌ها

۱۲-۱. نقشه‌های ساختمان، فضاها و تجهیزات مربوطه در دسترس هستند.

۱۲-۲. نقشه‌های مربوطه شامل موارد ذیل هستند:

- نقشه‌های الکتریکی
- نقشه‌های مکانیکی

### ۱۳. لیست

#### تجهیزات

۱۳-۱. لیست کاملی از کلیه تجهیزاتی که توسط این واحد نگهداری می‌شود، موجود است.

۱۳-۲. جدول برنامه زمان‌بندی سرویس، تعمیر و نگهداری، موجود است.

۱۳-۳. گزارش‌های بازدیدها و آزمون‌ها در واحد تأسیسات نگهداری می‌شود.

### ۱۴. امکانات

۱۴-۱. فضاها و زیربنایی تأسیسات الکتریکی - مکانیکی، دارای نور و تهویه کافی است.

۱۴-۲. فضاها و زیربنایی تأسیسات الکتریکی - مکانیکی، بیمارستان مناسب است.

۱۴-۳. کارکنان امکانات و تجهیزات کافی جهت ارائه خدمات را در اختیار دارند.

۱۴-۴. تسهیلات سرویس بهداشتی، در دسترس است.

## بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

### ۱۵. بهبود

#### کیفیت

۱۵-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می‌باشد در دسترس است.

۱۵-۲. برنامه بهبود کیفیت این واحد هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.

۱۵-۳. برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات مدیریتی است.

۱۵-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.

۱۵-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

### ۱۶. جمع‌آوری

#### و تحلیل

#### داده‌ها

۱۶-۱. داده‌های واحد تأسیسات جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.

۱۶-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.

۱۶-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی این واحد وجود دارد.

۱۶-۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.

۱۶-۵. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.

۱۶-۶. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت‌گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران اطلاع‌رسانی می‌شود.

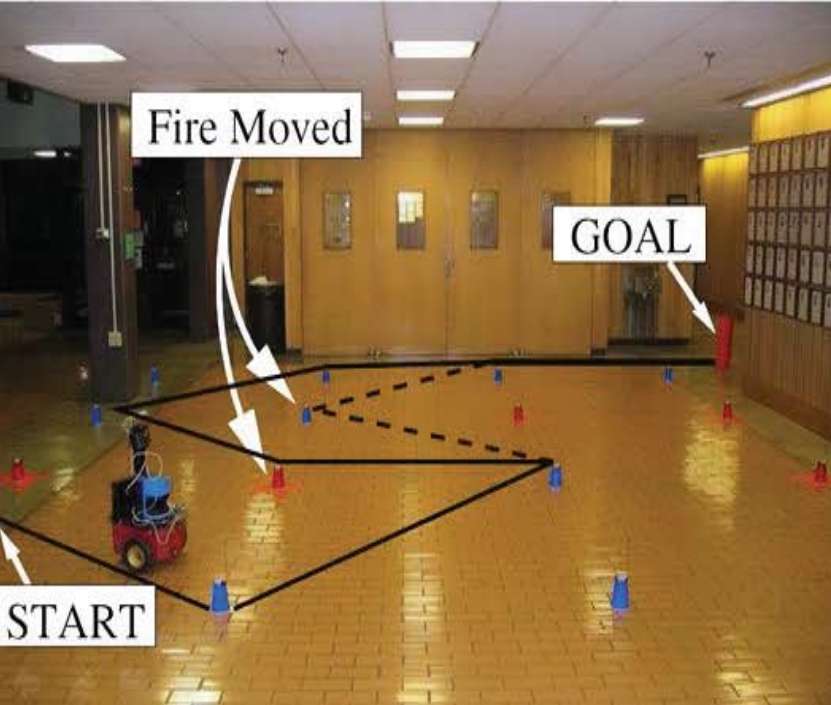
### ۱۷. پدافند

#### غیرعامل

۱۷-۱. مقاوم‌سازی اجزای سازه‌ای صورت گرفته است.

۱۷-۲. مقاوم‌سازی اجزای غیرسازه‌ای صورت گرفته است.

# آتش نشانی





# آتش نشانی

## مدیریت و سازماندهی

۱-۱. مسئول هماهنگی امور آتش نشانی، دارای مدارک گذراندن دوره‌های آموزشی آتش نشانی است.

۱. مسئول

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۱-۲. لیستی از تمامی کارکنان آتش نشانی شامل موارد ذیل در تمامی ساعات شبانه‌روز، در دسترس است:

۲. لیست

کارکنان

● نام و نام خانوادگی

● جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با فرد تماس گرفت).

● سمت سازمانی

۲-۲. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.

۳-۲. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی است، برنامه‌ریزی انجام شده است.

۴-۲. مستندات نشان‌می‌دهند، محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با حجم کار است.

۱-۳. بیمارستان یک تیم آتش نشانی تشکیل داده است.

۳. تیم

آتش نشانی

۲-۳. تمام بخش‌ها/ واحدها، علاوه بر تیم آتش نشانی، نگهبان و مسئول ایمنی مجزا دارند.

۱-۴. یک کتابچه/ مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:

۴. دوره

توجیهی

بدو ورود

● معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی).

● معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد

● زیرمجموعه‌ای که اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این واحد را دربر می‌گیرد.

- ۵-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان در خصوص استفاده صحیح و به‌موقع (با توجه به آموزش‌های داده‌شده) از وسایل آتش‌نشانی، انجام می‌گیرد.
- ۵-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای کلیه کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۵-۳. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی‌شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۵-۴. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام‌شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۵. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

- ۶-۱. مستندات نشان می‌دهند که دوره‌های آموزشی سالانه ایمنی و آتش‌نشانی برای همه کارکنان (از جمله پزشکان و مدیران) اجرا می‌شود.
- ۶-۲. دوره‌های آموزشی حداقل شامل موارد ذیل است:
- مباحث تئوری ایمنی در برابر آتش‌سوزی.
  - کار با کپسول آتش‌نشانی و جعبه‌های آب آتش‌نشانی به‌منظور کسب مهارت عملی
  - نقش کارکنان در برنامه ایمنی آتش (به‌ویژه نگهبان‌ها و مسئولان ایمنی)
  - نگهداری ایمن از مواد قابل اشتعال و خطرناک
- ۶-۳. آموزش تخلیه اماکن در هنگام آتش‌سوزی شامل:
- مباحث تئوری.
  - آموزش عملی.
  - برگزاری مانور حداقل یک بار در سال برای تمامی قسمت‌های بیمارستان.
- ۶-۴. مسئول هماهنگی امور آتش‌نشانی، یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۶-۵. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۶-۶. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.
- ۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۶-۸. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۶-۹. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.

۶. آموزش و  
توانمندسازی  
کارکنان

- ۷-۱. کتابچه/ مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:
- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی

۷. کتابچه/  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

۲-۷. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی‌شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۸-۱. یک کتابچه/ مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌های مربوط به آتش‌نشانی، در بیمارستان وجود دارد:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
- خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- کتابچه/ مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
- کتابچه/ مجموعه دارای نمایه مشخص است.

۸-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل حاوی موارد ذیل هستند:

- عملیات آتش‌نشانی در بیمارستان
- انجام عملیات تخلیه
- برخورد با شرایط بحرانی ناشی از آتش‌سوزی
- استعمال دخانیات (علائم و نشانه‌های واضح، وجود این خط‌مشی و روش‌ها را اثبات می‌کند)

۹-۱. برنامه واضح مستند و عملیاتی در مورد چگونگی آغاز عملیات آتش‌نشانی بخش‌ها/ واحدها یا تیم‌های مقابله با آتش در صورت بروز آتش یا بحران، وجود دارد.

۹-۲. طرح ایمنی در مقابل آتش‌سوزی و بحران، چگونگی پیشگیری، کشف سریع، پاسخ و خروج ایمن هنگام بروز آتش‌سوزی یا سایر موارد بحرانی مرتبط را شرح می‌دهد.

۹-۳. طرح ایمنی در مقابل آتش‌سوزی و سیگار کشیدن، در تمام بخش‌های بالینی و غیربالینی بیمارستان، اجرامی گردد.

۹-۴. طرح‌ها و برنامه‌های سازمان برای اطمینان از ایمنی افراد درون ساختمان، در مقابل آتش، دود و سایر موارد اضطراری مرتبط با ساختمان و تأسیسات، تدوین شده‌است.

۹-۵. مستندات نشان می‌دهند که در طرح ایمنی و آتش‌نشانی، هماهنگی‌های لازم برای استفاده فوری از خدمات آتش‌نشانی و آمبولانس‌های خارج از بیمارستان، انجام گرفته‌است.

۱۰-۱. اشکال‌ها و کمبودها برای پیشگیری و مقابله با آتش‌سوزی، شناسایی و تحلیل شده‌اند و برنامه‌های اصلاحی آنها اجرا می‌شوند.

۸. خط‌مشی‌ها و روش‌ها

۹. برنامه آتش‌نشانی

۱۰. اقدامات اصلاحی

## امکانات و ملزومات

۱۱-۱. برنامه تعمیر، نگهداری و بازرسی تجهیزات و اعلام آتش‌سوزی به‌صورت دوره‌ای وجود دارد.

۱۱-۲. سیستم مرکزی هشداردهنده، هر هفته کنترل‌شده و نتایج آن ثبت می‌گردد.

۱۱-۳. چراغ‌ها، علائم و تابلوهای راهنمای خروج اضطراری، به‌طور ماهانه کنترل و نتیجه آن ثبت می‌گردد.

۱۱. سیستم‌های دستی و اتوماتیک اعلام آتش‌سوزی

۱۲. سیستم‌های  
دستی و  
اتوماتیک  
آتش‌نشانی

- ۱-۱۲. خاموش‌کننده‌های دستی (پودری، گازی، آبی):
  - خاموش‌کننده‌های مناسب به تعداد کافی در تمامی بخش‌ها/ واحدهای بیمارستان موجودند:
    - ◀ همواره پر و آماده استفاده هستند.
    - ◀ کاملاً در معرض دید هستند.
    - ◀ در ارتفاع و محلی نصب شده‌اند که دسترسی به آنها آسان است.
- ۱-۱۳. در هر بخش/ واحد بیمارستان به‌طور واضح علائم راهنمای خروج اضطراری وجود دارد.
- ۲-۱۳. علائم تصویری خروج اضطراری در هر بخش/ واحد برای افراد بی‌سواد وجود دارد.
- ۳-۱۳. علائم راهنمای خروج اضطراری و جعبه‌های آب آتش‌نشانی، به رنگ فسفری (شب‌رنگ) هستند.
- ۴-۱۳. خروجی‌های اضطراری مسدود نمی‌باشند.
- ۵-۱۳. تابلوی عدم استفاده از آسانسور هنگام آتش‌سوزی نصب شده‌است و آسانسورها مجهز به کلید اضطراری هستند.
- ۶-۱۳. در فضای عمومی بیمارستان و اتاق بیماران نقشه راهنمای درب‌های خروج اضطراری ساختمان نصب شده‌است.
- ۷-۱۳. مکانی برای ملاقات بازماندگان حادثه پس از وقوع حادثه، خارج از بیمارستان تعیین شده‌است و همه کارکنان از آن مطلع هستند.

۱۳. علائم و  
نشانه‌ها

## بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

۱۴. بهبود  
کیفیت

- ۱-۱۴. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می‌باشد در دسترس است.
- ۲-۱۴. برنامه بهبود کیفیت این واحد هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۳-۱۴. برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات مدیریتی است.
- ۴-۱۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۵-۱۴. مستندات نشان‌می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

۱۵. جمع‌آوری  
و تحلیل  
داده‌ها

- ۱-۱۵. داده‌های مربوط به آتش‌نشانی در بیمارستان جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲-۱۵. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده‌است.
- ۳-۱۵. چک‌لیست برای ممیزی داخلی این واحد وجود دارد.
- ۴-۱۵. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۵-۱۵. تحلیل نتایج ممیزی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌است.
- ۶-۱۵. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.



# واحد رختشویخانه





# واحد رختشویخانه

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۱-۲. در واحد رختشویخانه، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. تمام کارکنان واحد رختشویخانه، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

- ۱-۲. مسئول واحد رختشویخانه از جهت تحصیلات، آموزش و مهارت به ترتیب ارجحیت دارای شرایط ذیل است:

۲. مسئول  
واحد

- دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کاردانی بهداشت محیط با ۱ سال سابقه کار
- دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کاردانی بهداشت عمومی با ۲ سال سابقه کار
- دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم با ۳ سال سابقه کار در این واحد

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۳. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد رختشویخانه، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس واحد است:
  - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۳. پرونده  
پرسنلی  
(کاغذی /  
الکترونیک)

- ۱-۴. در واحد رختشویخانه، لیستی از تمام کارکنان این واحد، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
  - نام و نام خانوادگی

۴. لیست  
کارکنان

- جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
- سمت سازمانی
- ۲-۴. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده‌است.
- ۳-۴. هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به‌جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
- ۴-۴. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی است، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.
- ۵-۴. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در واحد موجود می‌باشد.

- ۱-۵. در واحد رختشویخانه، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
  - معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این واحد

۵. دوره  
توجیهی  
بدو ورود

- ۱-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۲-۶. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۳-۶. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون توانمندی دوره‌ای کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۴-۶. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام‌شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۶. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

- ۱-۷. واحد رختشویخانه یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۲-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۷. آموزش و  
توانمندسازی  
کارکنان

۳-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی شرکت می‌نمایند، موجود است.

۴-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.

۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.

۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.

۷-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.

۸-۷. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

۱-۸. کتابچه/مجموعه بهداشت محیط ایمنی و سلامت شغلی در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با بهداشت محیط و ایمنی و سلامت شغلی
- اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل اطلاعات درمورد تأسیسات، تجهیزات و ماشین‌آلات از نظر شرایط نصب بهداشتی، ایمنی، رعایت عدم تداخل مسیرها و لوازم کثیف و تمیز وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی

۲-۸. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور(جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱-۹. یک کتابچه/مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد رختشویخانه وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این واحد را توصیف می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
- خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- کتابچه/مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
- کتابچه/مجموعه دارای نمایه مشخص است.

۲-۹. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- جمع‌آوری لباس‌ها و ملحفه‌های کثیف
- تفکیک لباس‌ها و ملحفه
- روش‌های اجرایی خاص برای جابه‌جایی لباس‌ها و ملحفه‌های آغشته به مواد آلوده، خطرناک یا مایعات بدن و رعایت موازین کنترل عفونت در حین کار با لباس‌ها و ملحفه‌های آلوده
- کاربرد صحیح مواد شوینده و گندزدا در رختشویخانه
- شستن، خشک کردن، دوخت و رفوی لباس‌ها و ملحفه‌ها
- برنامه کنترل کیفیت شامل اندازه‌گیری درجه حرارت آب
- ذخیره، توزیع و تحویل لباس‌ها و ملحفه‌های تمیز
- تأمین مواد شوینده

۸. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

۹. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- برنامه سرویس و خدمات نگهداری ماشین‌های رختشویی و خشک‌کن‌های موجود شامل قطعات مورد معاینه طی سرویس و خدمات دوره‌ای دستگاه‌ها
- کنترل رعایت الزامات و استانداردهای بخش توسط پیمانکار (در صورتی که برون‌سپاری صورت گرفته باشد)

### ۱۰. امکانات و ملزومات

- ۱-۱۰. شرایط بهداشت محیط رختشوییخانه براساس مصوبات وزارت بهداشت است.
- ۲-۱۰. شرایط بهداشتی و ایمنی تأسیسات، تجهیزات و ماشین‌آلات واحد رختشوییخانه مطابق مصوبات وزارت بهداشت است.
- ۳-۱۰. جهت شستشو منحصراً از ماشین‌های رختشویی صنعتی استفاده می‌شود.
- ۴-۱۰. شواهد دال بر این است که درجه حرارت شستشو مطابق دستورالعمل ارائه شده از سوی کارخانه است.
- ۵-۱۰. دستگاه اتوی برقی دارای سوئیچ خودکار قطع جریان برق است.
- ۶-۱۰. حداقل یک دستگاه لباسشویی تمام اتوماتیک موجود است.
- ۷-۱۰. ترالی حمل لباس‌ها، ملحفه و اقلام پارچه‌ای تمیز و کثیف کاملاً از یکدیگر مجزا و قابل تشخیص هستند.
- ۸-۱۰. میزان لباس‌ها و ملحفه‌ها و سایر اقلام پارچه‌ای در هنگام بالاترین ضریب اشغال تخت بیمارستانی پاسخگوی نیاز بیمارستان است و برای بروز شرایط بحرانی نیز پیش‌بینی‌های لازم صورت گرفته است.
- ۹-۱۰. نظام سرجمع‌داری اموال به‌منظور تفکیک لباس‌ها و ملحفه‌های در گردش از لباس‌ها و ملحفه‌های موجود در انبار (استوک) موجود است.
- ۱۰-۱۰. محیط رختشوییخانه از نظر نور، سر و صدا، رطوبت، تهویه و دما مناسب است.
- ۱۱-۱۰. ملاقات‌کنندگان حق ورود به داخل واحد رختشوییخانه را ندارند.
- ۱۲-۱۰. هیچ‌گونه ماده آشامیدنی، خوردنی و یا سیگار در داخل محیط رختشوییخانه خورده، آشامیده و یا استعمال نمی‌شود.
- ۱۳-۱۰. کارکنان از سینک دستشویی مجهز به صابون مایع، دستمال کاغذی و ظروف آشغال‌پدال‌دار استفاده می‌کنند.

## بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۱-۱۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می‌باشد در دسترس است.
- ۲-۱۱. برنامه بهبود کیفیت این واحد هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۳-۱۱. برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات مدیریتی است.
- ۴-۱۱. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۵-۱۱. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

### ۱۱. بهبود کیفیت

- ۱-۱۲. داده‌های واحد رختشوییخانه جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲-۱۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۳-۱۲. چک‌لیست برای ممیزی داخلی این واحد وجود دارد.
- ۴-۱۲. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۵-۱۲. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۶-۱۲. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

### ۱۲. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

# بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی







# بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۱-۲. در بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۳-۱. تمام کارکنان بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه  
استراتژیک

- ۱-۲. مسئول بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی به ترتیب ارجحیت دارای شرایط احراز ذیل است:
- دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی پرستاری یا اتاق عمل با ۳ سال سابقه کار
  - دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کاردانی اتاق عمل با ۵ سال سابقه کار

۲. مسئول  
واحد

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۳. پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی (CSSD)<sup>۱</sup>، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک گذراندن دوره‌های آموزشی تخصصی CSSD مورد تأیید وزارت بهداشت
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۳. پرونده  
پرسنلی  
(کاغذی/  
الکترونیک)

- ۱-۴. در بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
- نام و نام خانوادگی

۴. لیست  
کارکنان

- جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
  - سمت سازمانی
  - ۲-۴. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده‌است.
  - ۳-۴. هر یک از پرسنل در طول ۲۴ ساعت حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به‌جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
  - ۴-۴. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی است، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.
  - ۵-۴. مستنداتی که نشان می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود می‌باشد.
- ۵-۱. یک کتابچه / مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این بخش
- ۶-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه / دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۶-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۶-۳. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۶-۴. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام‌شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان مورد بررسی قرار می‌گیرند.
- ۷-۱. یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان ارائه می‌نماید.
- ۷-۲. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۷-۳. مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.

۵. دوره  
توجیهی  
بدو ورود

۶. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

۷. آموزش و  
توانمندسازی  
کارکنان

- ۴-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.
- ۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۷-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.
- ۸-۷. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

۸-۱. کتابچه/ مجموعه بهداشت محیط و ایمنی و سلامت شغلی، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۸-۲. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۹-۱. یک کتابچه/ مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی (CSSD) وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه/ مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه/ مجموعه دارای نمایه مشخص است.
- ۹-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل باید شامل موارد ذیل باشند:
- کنترل سنج‌های چرخه زمان، دما و فشار دستگاه‌های استریل‌کننده توسط کاربران CSSD و واحد مهندسی پزشکی در بازدیدهای دوره‌ای
  - ایمنی کارکنان
  - کنترل عفونت
  - روش‌های دستی یا اتوماتیک شستشو و تمیزکردن محیط و ابزار و وسایل
  - روش‌های دستی یا اتوماتیک گندزدایی محیط و ابزار و وسایل
  - استریل کردن اقلام حساس به حرارت
  - بازخوانی (Recall) ابزار و وسایل استریل از بخش‌ها
  - بازبینی و بررسی مجدد کلیه اقلام، در صورت بروز هر اختلالی در استریل‌سازی
  - جابه‌جایی، نگهداری و انبارداری وسایل استریل
  - استریل کردن فوری (Flash) (مثلاً زمانی که در حین عمل جراحی، یک وسیله منحصر به فرد از دست جراح می‌افتد و امکان جایگزینی آن با وسیله مشابه وجود ندارد).

۸. کتابچه /  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

۹. خط‌مشی‌ها  
و روش‌ها

- پایش و کنترل نشتی گازهای اتیلن اکسید و فرمالدئید و اقدامات اضطراری در این خصوص
- فرآیند مستمر و منظم نگهداری و تعمیر وسایل و تجهیزات
- ایمنی بیمار

### ۱۰. آزمون شیمیایی و بیولوژیکی

- ۱-۱۰. اقدامات مربوط به استریل سازی حداقل در موارد زیر پایش و مستند می شود:
  - انجام روزانه آزمون (بووی - دیک) روی استریل کننده های دارای سیکل پری و کیوم
  - انجام آزمون اسپور (اسپورهای زنده باکتریایی) به صورت هفته ای
  - انجام آزمون های اسپور در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده و پس از هر بار تعمیر کلی
  - وجود شاخص های بیولوژیک در هر بار جاگذاری اسباب و تجهیزات حاوی ایمپلنت در دستگاه های استریل کننده
  - جاگذاری شاخص های شیمیایی در هر بسته یا پک استریل
  - کاربرد شاخص های مناسب و حساس شیمیایی و بیولوژیک در استریل کننده های مناسب

### ۱۱. امکانات

- ۱-۱۱. وسایل و فضاهای فیزیکی کثیف، تمیز و استریل، به طور کامل جدا هستند.
- ۲-۱۱. اتفاقی که اتوکلاو/ استریل کننده در آن قرارداد، از محلی که سایر فعالیت های بخش در آن انجام می شود مجزا است.
- ۳-۱۱. تهویه هوای قسمت بسته بندی و تاکردنشان و وسایل مرتبط و منطقه غیرآلوده به خارج از فضای بخش، صورت می گیرد.
- ۴-۱۱. امکانات شستشوی دست در مکان های آلوده، غیرآلوده، مکان استریل سازی و سرویس های بهداشتی، وجود دارد.
- ۵-۱۱. تجهیزات مخصوص برای تمیز کردن، ضد عفونی کردن، خشک کردن، بسته بندی و استریل کردن در دسترس است:
  - دستگاه اولتراسوند
  - دستگاه پر فشار آب در سینک گندزدایی
  - دستگاه پر فشار هوا برای خشک کردن
  - دستگاه شستشوی وسایل
  - مواد و وسایل بسته بندی کردن در دستگاه اتوکلاو، دستی (پارچه یا کاغذ استریل کردن) یا دستگاه سیلر (دوخت Viopac)
- ۶-۱۱. یک سیستم اعلام خطر نشت گاز وجود دارد.
- ۷-۱۱. سیستم تهویه خروجی به شبکه برق اضطراری متصل است.
- ۸-۱۱. سطل، جارو و وسایل نظافت مورد استفاده در قسمت گندزدایی و در قسمت پاک جدا از یکدیگر بوده و خاص این بخش هستند.

### ۱۲. فرآیندها

- ۱-۱۲. برچسب هر وسیله یا بسته ای که استریل می شود حاوی موارد ذیل است:
  - شماره ای که نشان دهنده دستگاه استریل کننده باشد
  - تاریخ استریل کردن
  - شماره سیکل (چرخه) بارگذاری استریل کننده

- مشخص کردن فرد مسئول بسته‌بندی و جمع کردن بسته
  - تاریخ انقضا
- ۱۲-۲. از استریل کردن مجدد وسایل یک‌بار مصرف خودداری می‌شود.
- ۱۲-۳. سیستمی که نشان‌دهنده شماره سریال یا هر فاکتور شناسایی دیگر برای وسایل یک بار مصرف حساس وجود دارد و تأییدکننده اینگونه ابزار یک بار مورد استفاده قرار گرفته و سپس از چرخه مصرف خارج شده‌اند، طراحی و مستقر شده‌است.
- ۱۲-۴. تمام وسایل استریل شده در سطحی بالاتر از سطح زمین انبارداری می‌شوند.
- ۱۲-۵. وسایل استریل شده به صورت جداگانه و مستقل از سایر تجهیزات و وسایل انبارداری می‌شوند.
- ۱۲-۶. قفسه‌ها و جعبه‌های نگهداری دارای سطوح صاف و بدون خلل و فرج هستند تا تمیز کردن آنها به سهولت انجام گیرد.
- ۱۲-۷. تمام وسایل استریل شده در جعبه‌های در بسته، ترالی‌های کم‌مدار و یا کانتینرهای دردار جابه‌جا می‌شوند.
- ۱۲-۸. یک سیستم رهگیری برای مشخص کردن وسایل و تجهیزات استریل به کار برده شده برای بیمار(و ثبت شده در پرونده پزشکی وی)، وجود دارد.
- ۱۲-۹. تجهیزات استریل‌سازی با گاز اتیلن اکسید یا فرمالدئید راه‌اندازی شده‌است.
- ۱۲-۱۰. تجهیزات استریل‌کننده با حرارت پایین راه‌اندازی شده‌است.
- ۱۲-۱۱. دستگاه استریل‌کننده اتیلن اکسید و فرمالدئید دارای استانداردهای بین‌المللی (EN)<sup>۱</sup> بوده و براساس دفترچه راهنمای کارخانه سازنده، همراه با شواهد تهویه مناسب نصب شده‌است.
- ۱۲-۱۲. دستگاه استریل‌کننده اتیلن اکسید و فرمالدئید در یک اتاق معین و جدا از سایر استریل‌کننده‌ها و محل کار مربوطه است.
- ۱۲-۱۳. امکانات ضد عفونی نهایی / محلول استریل سرد(مانند مایعات استریل‌کننده) در بیمارستان در دسترس است.
- ۱۲-۱۴. در این سیستم تمام اقدامات انجام مراحل ضد عفونی برای تجهیزات حساس به حرارت مکتوب می‌گردد.
- ۱۲-۱۵. مستندات نشان می‌دهند که انجام ضد عفونی نهایی / محلول استریل‌کننده براساس روش توصیه شده توسط کارخانه سازنده، انجام می‌گیرد.
- ۱۲-۱۶. این سیستم در یک فضای کاملاً مشخص، دارای لاک و مهر مخصوص / در جعبه‌های در بسته، طراحی شده‌است.
- ۱۲-۱۷. مستندات معتبر تعیین صحت عملکرد و اعتبار محلول استریل‌کننده(سوپینگ) وجود دارد.
- ۱۲-۱۸. تاریخ آماده‌سازی محلول و تاریخ انقضا مصرف محلول حاضر، به وضوح روی ظرف حاوی آن ثبت شده‌است.
- ۱۲-۱۹. مستندات و شواهد نشان می‌دهند که کارکنان در زمینه مخلوط کردن و به کارگیری سیستم استریل‌کننده سرد / ضد عفونی نهایی، آموزش دیده‌اند.
- ۱۲-۲۰. ساخت محلول از مایع استریل‌کننده و مخلوط کردن آن، در شرایط تهویه مناسب و ایمن صورت می‌گیرد.
- ۱۲-۲۱. ممیزی اتفاقی(راندام) بسته‌های استریل شده، برای تأیید رعایت مطلوب استانداردهای فوق صورت می‌گیرد.
- ۱۲-۲۲. رعایت مسیر عبور یک‌طرفه از محیط کثیف به محیط تمیز و استریل و نشانه‌گذاری جهت جداسازی محیط تمیز و کثیف رعایت می‌گردد.
- ۱۲-۲۳. کسب اطمینان بیمارستان از ضد عفونی مناسب و مطلوب تمام وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد قبل از کاربرد آنها

۱۲-۲۴. کسب اطمینان بیمارستان از تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات با تأکید خاص بر واحدها و بخش‌های پرخطر

۱۲-۲۵. کسب اطمینان بیمارستان از وجود تدارکات کافی به منظور ارتقای استریلیزاسیون

۱۳-۱. یک دفتر ثبت برای هر دستگاه استریل‌کننده در این بخش وجود دارد. محتویات دفتر مذکور باید حداقل شامل موارد ذیل باشد (اگر چه به این موارد محدود نمی‌شود):

- شماره کد مخصوص هر دستگاه استریل‌کننده
  - نتایج انجام آزمون‌های روزانه
  - نتایج آزمون‌های 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 آزمون‌های کالیبراسیون
- ۱۳-۲. دفتر ثبت برای هر دستگاه به مدت یک سال نگهداری شود.

### ۱۳. مستندات

## ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

۱۴-۱. لوازم محافظتی مناسب برای تمام کارکنانی که در بخش کار می‌کنند، حداقل در موارد ذیل فراهم است.

- دستکش لاستیکی مقاوم در مقابل پاره شدن و دستکش لاتکس یک بار مصرف
- ماسک صورت به طوری که بینی و دهان را بپوشاند و عینک ایمنی یا محافظ کامل صورت
- پیش‌بند ضد آب
- کفش جلو بسته

۱۴-۲. تمهیدات لازم برای مواجهه کارکنان با وسایل تیز و برنده وجود دارد.

۱۴-۳. در طی هر فعالیت گندزدایی دستکش پوشیده می‌شود.

### ۱۴. ایمنی پرسنل

۱۵-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد در دسترس است.

۱۵-۲. برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.

۱۵-۳. برنامه بهبود کیفیت این بخش شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.

۱۵-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.

۱۵-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به طور دائمی پایش می‌شوند.

### ۱۵. بهبود کیفیت

۱۶-۱. داده‌های واحد خدمات استریلیزاسیون مرکزی (CSSD) جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.

۱۶-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.

۱۶-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.

۱۶-۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.

۱۶-۵. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.

۱۶-۶. در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

### ۱۶. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

# واحد تغذیه







# واحد تغذیه

## مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۱-۲. در واحد تغذیه، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. تمام کارکنان واحد تغذیه، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

### ۱. برنامه استراتژیک

- ۲-۱. مسئول واحد تغذیه به ترتیب ارجحیت دارای شرایط ذیل است:

### ۲. مسئول واحد

- دارای مدرک دکترای تغذیه
- دارای مدرک کارشناسی ارشد تغذیه
- دارای مدرک کارشناسی تغذیه با حداقل ۲ سال سابقه کار در واحد تغذیه بیمارستان

## مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۳-۱. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد تغذیه، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس واحد است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
  - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
  - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
  - کپی آخرین مدرک تحصیلی
  - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
  - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
  - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای کارکنان
  - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت
  - پرونده بهداشتی (اطلاعات فردی، سوابق بیماری و نتایج بررسی‌های کلینیکی و پاراکلینیکی لازم)

### ۳. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک)

- ۴-۱. در واحد تغذیه، لیستی از تمامی کارکنان شامل موارد ذیل در تمامی ساعات شبانه‌روز، در دسترس است:

### ۴. لیست کارکنان

- نام و نام خانوادگی
  - سمت سازمانی
  - تلفن تماس و آدرس (شامل تلفن و آدرس خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم از طریق آنها بتوان با فرد تماس گرفت).
- ۴-۲. یک جدول مکتوب از اسامی و سمت افراد جهت برنامه نوبت کاری ماهانه واحد تغذیه وجود دارد.
- ۴-۳. مستندات نشان می‌دهند که تعداد و چینش نیروی انسانی، متناسب با حجم کار است.

۵. دوره  
توجیهی  
بدو ورود

- ۵-۱. در واحد تغذیه، یک کتابچه/ مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
  - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
  - زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این واحد

۶. آزمون  
صلاحیت و  
توانمندی  
کارکنان

- ۶-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۶-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۶-۳. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون توانمندی دوره‌ای کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۶-۴. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۷. آموزش و  
توانمندسازی  
کارکنان

- ۷-۱. واحد تغذیه، یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۷-۲. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۷-۳. مستنداتی که نشان می‌دهند کادر کارشناسی واحد، حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۷-۴. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان واحد، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند، موجود است.
- ۷-۵. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت، آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۷-۶. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان در زمینه رعایت حقوق آنان و ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۷-۷. تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند.
- ۷-۸. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

۸. کتابچه/  
مجموعه ایمنی  
و سلامت  
شغلی و  
بهداشت محیط

- ۸-۱. کتابچه/ مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:
- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
  - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۸-۲. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

## ۹. خط‌مشی‌ها و روش‌ها

۹-۱. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد تغذیه وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این واحد را توصیف می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
- خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- کتابچه / مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
- کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص است.

۹-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل باید حاوی موارد ذیل باشند:

- تهیه
  - ◀ دریافت و خرید مواد غذایی
  - آماده‌سازی
    - ◀ آماده‌سازی و انتقال مواد غذایی خام یا فرآوری شده
    - ◀ آماده‌سازی محلول گاوآز
  - نگهداری
    - ◀ نگهداری غذای آماده یا غذاهای باقیمانده
- توزیع
  - ◀ توزیع غذا
- میان‌وعده‌ها یا توزیع غذای گرم و مناسب قبل و پس از ساعت عادی سرو غذا برای بیمار و همراه وی
- توزیع غذا جهت اتاق‌های ایزوله و واحدهای عفونی
- ایمنی، سلامت و بهداشت کارکنان
- ایمنی آشپزخانه شامل پیشگیری از آتش‌سوزی و آتش‌نشانی
- انتخاب تهیه‌کنندگان و وسایل مصرفی و مواد غذایی
- نحوه رعایت اصول بهداشتی برای تمام کسانی که در جابه‌جایی مواد غذایی نقش دارند.
- نحوه شستشو و ضدعفونی همه مواردی که در آماده‌سازی غذا به کار گرفته می‌شوند.
- کنترل عفونت
- تمیزکردن واحد تغذیه
- تعویض به موقع وسایل پخت، ظروف مستعمل و غیربهداشتی
- نحوه رعایت اصول بهداشتی هنگام استفاده از تخته‌های سبزی و گوشت
- توجه به ارزش‌ها و اعتقادات بیمار
- نحوه کنترل رعایت الزامات و استانداردهای واحد توسط پیمانکار خارجی (در صورتی که برون‌سپاری صورت گرفته باشد).
- استقرار HACCP

## ۱۰. طبخ غذا

۱۰-۱. طبخ غذا در فضایی مجزا از محل آماده‌سازی مواد غذایی صورت می‌گیرد.

## ۱۱. یخچال‌ها و سردخانه‌ها

- ۱۱-۱. ثبت درجه حرارت یخچال‌ها و سردخانه‌ها دو بار در روز انجام می‌شود.
- ۱۱-۲. مکانیسم‌های تمام خودکار برای رفتن به داخل یخچال‌ها و فریزرها وجود دارد (هرگز در یخچال از داخل قفل نمی‌شود و داخل یخچال کلیدی جهت توقف سردکننده وجود دارد).

- ۱۲-۱. توزیع غذا در بین بیماران توسط تراسی های گرم خانه دار مخصوص توزیع غذا و بادمای مناسب انجام می شود.  
۱۲-۲. غذاهای گرم، گرم و غذاهای سرد، سرد توزیع می شوند.  
۱۲-۳. کنترل تصادفی دمای غذا از نقطه توزیع غذا تا نقطه سرو غذا به بیمار انجام شده و ثبت می شود.

۱۲. توزیع  
غذا

- ۱۳-۱. مستندات نشان می دهند که در صورت لزوم، رژیم غذایی بیمار طبق توصیه متخصصان و کارشناسان تغذیه و تجویز پزشک معالج بیمار تهیه می گردد.  
۱۳-۲. فرم استاندارد درخواست مشاوره تغذیه در پرونده بیماران نگهداری می شود.  
۱۳-۳. یک لیست از تمام رژیم های غذایی خاص با ذکر اجزای تشکیل دهنده آن، در دسترس است.  
۱۳-۴. امکان انتخاب غذاهای متنوع و متناسب با وضعیت تغذیه ای و بالینی بیمار، در تمام وعده های غذایی، وجود دارد.  
۱۳-۵. مستندات نشان می دهند که بیمار در مورد تداخلات غذا و دارو، اطلاعات تغذیه ای و آموزش های لازم را دریافت می نماید.

۱۳. رژیم های  
غذایی

- ۱۴-۱. تمام پنجره های آشپزخانه توری سالم دارند.  
۱۴-۲. در آشپزخانه یک دستشویی جدا برای شست و شوی دست ها وجود دارد.  
۱۴-۳. زباله های آشپزخانه در سطل های آشغال درپوش دار جمع آوری شده و روزانه بیرون گذاشته می شوند.  
۱۴-۴. انبار / سردخانه اختصاصی برای نگهداری مواد غذایی موجود است.  
۱۴-۵. انبار / سردخانه اختصاصی به طور مناسب و بهداشتی نگهداری می شود.  
۱۴-۶. تمام مواد و فرآورده های غذایی بالاتر از سطح زمین نگهداری می شوند.  
۱۴-۷. مواد شوینده جدا از مواد غذایی نگهداری می شوند.  
۱۴-۸. توالت، دستشویی و حمام اختصاصی برای کارکنان وجود دارد.  
۱۴-۹. رختکن و جاکفشی برای کارکنان وجود دارد و اتاق غذاخوری برای استفاده همه پرسنل بیمارستان موجود است.  
۱۴-۱۰. کارکنان، امکانات لازم برای انجام وظایف مشخص شده را، در اختیار دارند.

۱۴. امکانات  
و ملزومات

## بهبود کیفیت و جمع آوری داده ها

- ۱۵-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می باشد در دسترس است.  
۱۵-۲. برنامه بهبود کیفیت این واحد هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.  
۱۵-۳. برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.  
۱۵-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه گیری، واقع بینانه و دارای زمان بندی باشد.  
۱۵-۵. مستندات نشان می دهند که اجرای برنامه های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به طور دائمی پایش می شوند.

۱۵. بهبود  
کیفیت

- ۱۶-۱. داده های واحد تغذیه جمع آوری و رایانه ای می شوند.  
۱۶-۲. علت منطقی جمع آوری هر داده، شرح داده شده است.  
۱۶-۳. چک لیست برای ممیزی داخلی این واحد وجود دارد.  
۱۶-۴. ممیزی داخلی انجام می شود.  
۱۶-۵. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله ای مناسب براساس آن، مستند شده اند.  
۱۶-۶. در خصوص نتایج بررسی ها و تحلیل های صورت گرفته، به مدیران و دست اندرکاران، اطلاع رسانی می شود.

۱۶. جمع آوری  
و تحلیل  
داده ها

# کمیٹہ





# کمیته‌ها

## ۱. مشترکات کمیته‌ها

- ۱-۱. کمیته‌های ذیل در بیمارستان فعال هستند.
- ۲-۱. کمیته‌های ذیل در فواصل زمانی منظم تشکیل جلسه می‌دهند.
- ۳-۱. لیستی از اعضای هر کمیته در اختیار رئیس کمیته است (در رابطه با کمیته کنترل عفونت این لیست در اختیار رؤسای تمامی بخش‌ها و واحدهای بیمارستان است).
- ۴-۱. آیین‌نامه داخلی هر یک از کمیته‌ها موجود است.
- ۵-۱. صورتجلسات تمام جلسات برگزارشده کمیته‌ها نگهداری می‌شود.
- ۶-۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند پیگیری اجرای مصوبات کمیته‌ها، صورت می‌پذیرد.
- ۷-۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که همه اعضای کمیته (به ویژه اعضای جدید) در مورد اهداف کمیته و وظایف محوله، به خوبی توجیه شده و آموزش دیده‌اند.

## ۲. نکات اختصاصی هر یک از کمیته‌ها

- ۱-۲-۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته بهبود کیفیت اقدامات ذیل را انجام می‌دهد:
  - هماهنگی و یکپارچه‌سازی فعالیت‌های بهبود کیفیت در کل بیمارستان
  - ارائه فهرست اولویت‌ها و شاخص‌های بهبود کیفیت در کل بیمارستان به تیم مدیریت ارشد
  - بازنگری و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده با مشارکت صاحبان فرآیند
  - ارائه گزارش اطلاعات، نتایج تحلیل‌ها و مداخلات به مدیران و کارکنان
  - آموزش مباحث مربوط به بهبود کیفیت به تمام کارکنان بیمارستان شامل آموزش‌های مفهومی و کاربردی در زمینه بهبود کیفیت
  - پایش و ارزشیابی برنامه بهبود کیفیت کل بیمارستان
  - نظارت مستمر بر تشکیل و اجرای مصوبات سایر کمیته‌های بیمارستانی
- ۲-۱-۲. کمیته بهبود کیفیت بیمارستان حداقل هر دو ماه یک بار تشکیل جلسه می‌دهد.

### ۱-۲. کمیته بهبود کیفیت

- ۱-۲-۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته دارو و درمان اقدامات ذیل را انجام می‌دهد:

- تدوین فرمولاری بیمارستانی و به‌روز رسانی آن
- تدوین لیستی از داروهای خودبه‌خود متوقف‌شونده، داروهایی که پس از مدت زمان معینی دیگر نباید ادامه‌یابند و باید به پزشک معالج اطلاع داده‌شود (Automatic Stop Orders).
- تدوین خط‌مشی‌های مصرف صحیح داروهای مهم و شایع (مثلاً آنتی‌بیوتیک‌ها)
- تنظیم، پایش و ارزشیابی خط‌مشی بیمارستان در استفاده صحیح از داروها جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد درست داده می‌شود.

### ۲-۲. کمیته دارو و درمان

- تدوین خط‌مشی‌ها و روش‌هایی برای کاهش اشتباهات تجویزی داروها و عوارض جانبی ناخواسته آنها (اشتباهات دارویی از ابتدای تجویز پزشک تا تحویل به بیمار)
  - طراحی و اجرای مداخلات و اقدامات اصلاحی به منظور رفع مشکلات و اشتباهات دارویی گزارش شده
  - تدوین لیست داروهای ضروری که باید در داروخانه یا هریک از بخش‌ها موجود باشند
  - تهیه فهرستی از داروهای پرخطر یا داروهای با احتمال خطر بالا
  - تدوین فرآیندی برای تعیین، تصویب و تهیه داروهایی که جزو فرمولاری بیمارستانی نیستند (مثلاً در مواردی که بیمارستان به داروی ویژه‌ای نیاز داشته باشد)
- ۲-۲-۲. کمیته دارو و درمان بیمارستان حداقل هر سه ماه یک بار تشکیل جلسه می‌دهد.

- ۳-۲-۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته اخلاق پزشکی هماهنگی و پیگیری اجرای استانداردهای حقوق گیرنده خدمت را انجام می‌دهد.
- ۳-۲-۲. کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

۳-۲. کمیته  
اخلاق  
پزشکی

- ۴-۲-۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات اقدامات ذیل را انجام می‌دهد:
- تأیید فرم‌های بیمارستانی طراحی شده توسط واحدها و بخش‌ها (علاوه بر ۱۸ برگ اصلی پرونده)
  - هماهنگی و پیگیری رفع نقایص اعلام شده از واحدهای مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات در خصوص اجرای استانداردهای اعتباربخشی مربوطه در کل بیمارستان
- ۴-۲-۲. کمیته مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات بیمارستان حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

۴-۲. کمیته  
مدارک  
پزشکی  
و فناوری  
اطلاعات

- ۵-۲-۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار اقدامات ذیل را انجام می‌دهد:
- تدوین برنامه آموزشی کارکنان در زمینه ایمنی و بهداشت حرفه‌ای
  - تصویب و اجرایی نمودن مداخلات مناسب جهت رفع مشکلات شناسایی شده
- ۵-۲-۲. کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار بیمارستان حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

۵-۲. کمیته  
حفاظت فنی و  
بهداشت کار

- ۶-۲-۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر اقدامات ذیل را براساس مصوبات وزارت متبوع انجام می‌دهد:
- برنامه‌ریزی آموزش استاندارد کارکنان مرتبط با مراقبت‌های مادر و کودک به صورت شرکت در کارگاه‌های ۲۰ ساعته با صدور گواهی
  - تشکیل دوره‌های بازآموزی برای کارکنان و نیز توجیه کارکنان جدیدالورود
  - شرکت در دوره‌های بازآموزی و سمینارهای برگزار شده از سوی کمیته دانشگاهی و کشوری
  - نظارت مستمر و منظم بر عملکرد کارکنان در زمینه رعایت دستورالعمل‌های مراقبت‌های مادر و کودک و آموزش مادران و اجرای اقدامات ده‌گانه توسط یکی از اعضای کمیته در تمام نوبت‌ها: در اتاق زایمان، بخش پس از زایمان، بخش مراقبت ویژه، کلینیک مراقبت‌های دوران بارداری و مشاوره شیردهی، داروخانه و ...
  - فراهم نمودن تسهیلات لازم برای اقامت مادرانی که شیرخوارانشان در بخش بستری هستند.
  - نظارت بر ترخیص همزمان مادران و شیرخواران
  - نظارت بر اجرای قانون شیرمادر و کد بین‌المللی بازاریابی جانشین‌شونده‌های شیرمادر در زمینه حمایت از کارکنان شاغل شیرده و منع تبلیغات شیر مصنوعی و شیشه و گولزنک

۶-۲. کمیته  
ایمنی مادر و  
نوزاد، ترویج  
زایمان  
طبیعی و  
تغذیه با  
شیر مادر



- اجرا و نظارت بر پایش‌های دوره‌ای بیمارستان، پیگیری دریافت نتایج و برنامه‌ریزی برای مداخلات لازم با زمان‌بندی مشخص، حفظ مستندات در زونکن مخصوص برنامه شیر مادر و همکاری با مرکز بهداشت شهرستان و استان در انجام ارزیابی مجدد بیمارستان
  - تهیه نشریات آموزشی برای مادران و نظارت بر توزیع آنها
- ۲-۶-۲. کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر بیمارستان حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

- ۲-۷-۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته بهداشت محیط، هماهنگی و پیگیری اجرای استانداردهای واحد بهداشت محیط در کل بیمارستان را انجام می‌دهد.
- ۲-۷-۲. کمیته بهداشت محیط حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

۲-۷-۱. کمیته  
بهداشت  
محیط

- ۲-۸-۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته کنترل عفونت اقدامات ذیل را انجام می‌دهد:
  - به روزرسانی و مرور منظم خط‌مشی‌ها و روش‌های کنترل عفونت، حداقل هر دو سال یک بار (این بازنگری براساس متون حرفه‌ای رایج، صورت می‌گیرد).
  - جمع‌آوری منظم و تحلیل داده‌های نظام مراقبت عفونت‌های کسب‌شده از بیمارستان و اثربخشی برنامه نظارت بر اجرای خط‌مشی‌ها و روش‌ها تأییدشده در کمیته، در تمامی بخش‌ها/ واحدهای مربوطه
  - نظارت بر انتقال نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی به مدیران ارشد بخش‌ها/ واحدهای مربوطه
  - گزارش عفونت‌های بیمارستانی به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان (در چارچوب قوانین و مقررات)
  - گزارش بیماری‌های واگیر، غیرواگیر و موارد جدید، مطابق دستورالعمل وزارت متبوع
- ۲-۸-۲. کمیته کنترل عفونت بیمارستانی حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

۲-۸-۱. کمیته  
کنترل  
عفونت  
بیمارستانی

- ۲-۹-۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته مرگ‌ومیر و عوارض بیمارستانی اقدامات ذیل را انجام می‌دهد:
  - بررسی منظم همه موارد مرگ‌ومیر (به‌ویژه موارد مرگ‌ومیر غیرمنتظره)
  - بررسی دوره‌ای عوارض
  - پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی
  - اتخاذ تدابیر به منظور کاهش عوارض مرگ‌ومیر در بیمارستان
  - بررسی علل مرگ‌ومیر در بیمارستان
  - برگزاری کنفرانس‌های مرتبط
  - گزارش تمامی بیماری‌ها در صورت نیاز (با توجه به مقررات وزارت بهداشت)
  - گزارش نمونه‌های بیوپسی و اتوپسی و نکروپسی
- ۲-۹-۲. کمیته مرگ‌ومیر و عوارض، آسیب‌شناسی و نسوج حداقل هر ماه یک بار به‌طور منظم تشکیل جلسه می‌دهد.

۲-۹-۱. کمیته  
مرگ‌ومیر و  
عوارض،  
آسیب‌شناسی  
و نسوج

- ۲-۱۰-۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته بحران و بلایا موارد ذیل را انجام می‌دهد:
  - بررسی و تعیین بحران‌ها و بلایا محتمل در منطقه

۲-۱۰-۱. کمیته  
بحران و بلایا

- تدوین برنامه مستند جهت مقابله با بحران و بلایا
  - تدوین برنامه فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین‌های تعیین شده
  - نظارت بر انجام وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات اعضای تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز بحران
  - فعال‌سازی برنامه در زمان بروز بحران
  - نظارت بر برگزاری مانورهای فرضی، مانور آتش‌نشانی و تخلیه
  - نظارت بر آموزش کامل تمامی کارکنان بیمارستان به تناسب نقش‌ها و مسئولیت‌ها در برنامه مربوطه
- ۲-۱۰-۲. کمیته کنترل بحران و بلایا حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

- ۲-۱۱-۱. همه عوارض ناخواسته انتقال خون و فرآورده‌های خونی، ثبت شده و به کمیته طب انتقال خون بیمارستانی گزارش می‌شود.
- ۲-۱۱-۲. کمیته طب انتقال خون حداقل هر دو ماه یک بار (ترجیحاً ماهانه) تشکیل جلسه می‌دهد.

۲-۱۱. کمیته  
طب انتقال  
خون

فهرست استانداردهای ضروری ایمنی بیمار توصیه شده از سوی سازمان جهانی بهداشت  
در استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران\*

شماره استاندارد ایمنی بیمار	شماره استاندارد واحد/بخش	صفحه
A.1.1.1	۱-۲ مدیریت و رهبری	۱۳
A.1.1.2	۱-۲ مدیریت و رهبری	۱۴
A.1.1.3	۱-۲ مدیریت و رهبری	۱۴
A.2.1.1	۲-۹ کمیته‌ها	۲۳۱
A.2.1.2	۲-۹-۲ کمیته‌ها	۳۲۸
A.4.1.1	۱-۲۰ اورژانس	۳۳
	ICU ۱-۲۰	۴۵
	CCU ۱-۲۰	۵۷
	NICU ۱-۲۰	۶۹
	۱-۲۰ بخش جراحی	۸۱
	۱-۲۰ شیمی درمانی	۱۰۵
	۱-۲۰ بلوک زایمان	۱۱۷
	۱-۲۰ بخش کودکان	۱۲۸
	۱-۲۳ روانپزشکی	۱۳۹
	۷-۱۸ تصویربرداری	۱۴۹
	۷-۱۴ آزمایشگاه	۱۵۸
	۸-۱۴ فیزیوتراپی	۱۷۵
	۳-۱۱ واحد کنترل عفونت	۱۸۲
	۱-۱۹ آنژیوگرافی	۱۹۳
	۱-۲۱ دیالیز	۲۰۵
A.4.1.2	CSSD ۲۳-۱۲	۳۱۵
A.4.1.3	CSSD ۲۵-۱۲	۳۱۶
A.5.1.1	۲-۱۰ مدیریت منابع انسانی	۲۵۷
B.2.1.1	۱۱ حقوق گیرنده خدمت	۲۳
B.3.1.1	۲-۱۲ اورژانس	۳۰
	ICU ۲-۱۲	۴۱
	CCU ۲-۱۲	۵۳
	NICU ۲-۱۲	۶۵
	۲-۱۲ جراحی	۷۶
	۲-۱۲ بیهوشی و اتاق عمل	۸۹
	۲-۲۰ شیمی درمانی	۱۰۱
	۲-۱۲ بلوک زایمان	۱۱۳
	۲-۱۲ کودکان	۱۲۴
	۲-۱۵ روانپزشکی	۱۳۵
	۲-۱۱ تصویربرداری	۱۴۶
	۲-۱۰ آزمایشگاه	۱۵۷
	۲-۱۰ طب انتقال خون	۱۶۶
	۲-۱۰ فیزیوتراپی	۱۷۴
	۲-۱۰ کنترل عفونت	۱۸۲
	۲-۱۱ آنژیوگرافی	۱۸۹
	۲-۱۳ دیالیز	۲۰۱
	۳-۱۳ مدیریت پرستاری	۲۱۳
	۲-۹ مدیریت دارویی	۲۲۰
	۲-۹ فناوری اطلاعات	۲۳۶
	۲-۹ مدارک پزشکی	۲۴۲

\* از آنجا که استانداردهای اعتباربخشی بر پایه دو رکن اساسی ایمنی بیمار و ارتقای مستمر کیفیت بنا شده‌اند، در بسیاری از استانداردها به صورت مستقیم یا غیرمستقیم به ایمنی بیمار و کارکنان توجه شده است. در کتاب حاضر (استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران) جهت تأکید بیشتر، استانداردهای ضروری سازمان جهانی بهداشت را در ارتباط با ایمنی بیمار در بخش‌ها و واحدهای مربوط شناسایی یا اضافه کرده و شماره صفحه مربوط نیز در پیوست ارائه شده است.

صفحه	شماره استاندارد واحد/ بخش	شماره استاندارد ایمنی بیمار	
۱۵۸	۵-۱۲ آزمایشگاه	C.1.1.1	
۳۲	۹-۱۵ اورژانس	C.1.1.2	
۴۳	ICU ۱۰-۱۵		
۵۵	CCU ۱۰-۱۵		
۶۷	NICU ۹-۱۵		
۷۹	۱۰-۱۵ جراحی		
۱۰۳	۱۰-۱۵ شیمی درمانی		
۱۱۵	۱۱-۱۵ بلوک زایمان		
۱۲۶	۱۰-۱۵ کودکان		
۱۳۷	۹-۱۸ روانپزشکی		
۱۹۱	۱۱-۱۴ آنژیوگرافی		
۲۰۳	۵-۱۶ دیالیز		
۱۸۱	۲-۱۰ کنترل عفونت		C.2.1.1
۳۱۶	CSSD ۲۴-۱۲		C.2.1.2
۱۶۶	۲-۱۰ طب انتقال خون	C.3.1.1	
	اجرای این استاندارد در سازمان انتقال خون صورت می‌گیرد	C.3.1.2	
۳۲	۸-۱۶ اورژانس	C.5.1.1	
۴۴	ICU ۸-۱۶		
۵۶	CCU ۸-۱۶		
۶۸	NICU ۸-۱۶		
۸۰	۸-۱۶ جراحی		
۹۲	۸-۱۶ بیهوشی و اتاق عمل		
۱۰۴	۸-۱۶ شیمی درمانی		
۱۱۶	۸-۱۶ بلوک زایمان		
۱۲۶	۸-۱۶ کودکان		
۱۳۸	۸-۹ روانپزشکی		
۱۴۸	۶-۱۵ تصویربرداری		
۱۹۲	۸-۱۵ آنژیوگرافی		
۲۰۳	۸-۱۷ دیالیز		
۲۶۳	۳-۱۰ مدیریت دفع پسماند	D.2.1.1	
۳۱۶	CSSD ۲-۱۴	D.2.1.2	

# منابع

۱. خلیفه‌گری، صمد و همکاران؛ نگاهی به استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی؛ تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان، اداره ارزشیابی مراکز و مؤسسات درمانی کشور؛ صدا؛ ۱۳۸۷.
۲. پارساپور، ع و همکاران؛ مروری بر سیر تدوین منشور حقوق بیمار در ایران؛ ویژه‌نامه مجله اخلاق و تاریخ پزشکی؛ زمستان ۸۸.
۳. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی کشور؛ تهران، وزارت بهداشت، دفتر ارزشیابی درمان؛ ۱۳۷۶.
4. Joint Commission International; *Accreditation Standards For Hospital*; Third Edition; 2007.
5. Joint Commission International; *Accreditation Standards For Hospital*; Fourth Edition; 2010.
6. Un Resident Coordinator System In Lebanon; *Hospital Accreditation Standards*; 2003.
7. United States Agency International Development; *Egyptian Hospital Accreditation Program: Standards*; Sixth Edition; 2005.
8. Direction De 1 Amelioration De La Qualite Et De La Securite Des Soins; *Manuel De Certification Des Etablissements De Santé*; V2010, November 2008
9. Health Campus University Sains Malaysia Quality; *Hospital Accreditation Standards In Malaysia*; 2003.
10. Health Campus University Sains Malaysia Quality; *Hospital Accreditation Standards In Malaysia*; 5 March; 2011.
11. Joint Commission On The Accreditation Of Healthcare Organizations (JCAHO); *Hospital Accreditation Standards: Accreditation Policies, Standards, Elements Of Performance (HAS)*; 2010 Edition.
12. Evidence And Information For Policy Department Of Health Service Provision(OSD), World Health Organization. *Quality And Accreditation In Health Care Service, Switzerland* ; Geneva; 2003.
13. Anne L. Rooney; Paul R . Van Ostenberg. Licensure; *Accreditation, And Certification: Approaches To Health Service Quality*; Center For Human Services (CHS); 1999.
14. Cerqueira, Marcos; *A Literature Review On The Benefits; Challenges And Trends In Accreditation As A Quality Assurance System*; Ministry Of Children And Family Development Contact, Pp:1-66.

# نگاهی به استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی



## زیر نظر

دکتر سیدحسین امامی رضوی

دکتر محمودرضا محقق

سرپرستان گروه:

دکتر حسن کرانی و دکتر سیدمحمد صادق مهدوی

مترجمان و ویراستاران:

صمد خلیفه‌گری، دکتر پریسا دولت‌شاهی، دکتر مژده رضانی، راحله روح‌پرور،  
نعمت‌اله عباس گودرزی، لیلا کیکاووسی آرانی، فرناز مستوفیان و دکتر حمید مهربانی‌فر





Ministry of Health & Medical Education  
Deputy of Curative Affairs  
Supervision & Accreditation Center for Curative Affairs  
Evaluation Office for Curative Centers

# Hospital Accreditation Standards In Iran

## Supervision:

Dr. S. Hasan Emami Razavi, Dr. Mahmood Reza Mohaghegh, Dr. S. Sajad Razavi

## Consultants:

Dr. S. Mohammad Sadegh Mahdavi, Dr. Hasan Korrani

## Authors By(Alphabetic):

GholamAli Jafari, Samad khalifegari, khadije Danaii, Dr. Parisa Dolatshahi,  
Dr. Mojde Ramezani, Rahele Roohparvar, Atie Sabaghiyan Peirov,  
Parastoo Abedini SalimAbadi, Nematolah Abbas Goodarzi,  
Dr. Leila Keikavoosi Arani, Dr. Hamid Mehrabifar

Tel: 8859345 - 8853403  
www.nashreseda.ir  
sedapublishing@yahoo.com



SEDAP  
PUBLISHING  
CENTER

