

| حاکمیت بالینی | | |
|----------------|---|----------------------------------|
| امتیاز ملاک | زیر ملاک | ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی |
| ۵ | <ul style="list-style-type: none"> حاکمیت بالینی به عنوان یکی از بندهای برنامه استراتژیک بیمارستان لحاظ شده باشد. (علاوه بر آیتم های سال گذشته استراتژی برای ارتقاء سلامت باگروه هدف بیماران، خانواده هایشان، کارکنان داشته باشند) | مدیریت و رهبری |
| ۷۰ | <ul style="list-style-type: none"> هریک از ۷ محور حاکمیت بالینی در بیمارستان در قالب برنامه عملیاتی تدوین شده در حال اجرا باشد. (علاوه بر آیتم های سال گذشته اهداف و ماموریت های سازمان در بر گیرنده برنامه های ارتقا سلامت باشد) | |
| ۵ | <ul style="list-style-type: none"> برنامه عملیاتی تدوین شده در فواصل زمانی معین مورد بازنگری قرار - گیرد. | |
| ۴۰ | <ul style="list-style-type: none"> *مدیران ارشد بیمارستان متعهد به اجرای برنامه حاکمیت بالینی باشند. | |
| ۲۰ | <ul style="list-style-type: none"> بیمارستان در جهت ارتقای کیفیت خدمات درمانی دارای نوآوری است | |
| ۳۰ | <ul style="list-style-type: none"> بیمارستان دارای واحد توسعه تحقیقات بالینی فعال می باشد (طبق آئین نامه معاونت تحقیقات و فناوری) | |

* لازم به ذکر است در صورت احراز امتیاز کمتر از ۲۰، معادل امتیاز کل محور مدیریت و رهبری (۱۷۰ امتیاز) از

امتیاز کسب شده توسط بیمارستان کسر می گردد.

مستندات لازم:

| نحوه امتیاز دهی | مستندات | استاندارد |
|--|--|--|
| <p>اگر در برنامه استراتژیک بیمارستان به حاکمیت بالینی و تحقق آن به عنوان یکی از بندهای برنامه اشاره شده باشد. (امتیاز ۵ اختصاص می یابد)</p> | <p>• وجود بندی در برنامه استراتژیک که به حاکمیت بالینی اشاره نموده باشد</p> | <p>حاکمیت بالینی به عنوان یکی از بندهای برنامه استراتژیک بیمارستان لحاظ شده باشد.</p> |
| <p>• اگر برای هر ۷ محور از حاکمیت بالینی، برنامه عملیاتی تدوین شده باشد مجموعاً ۷۰ امتیاز احراز می گردد. (به ازای هر محور ۱۰ امتیاز)</p> <p>• اگر در تدوین برنامه عملیاتی به تدوین هدف کلی، اهداف اختصاصی و استراتژی ها توجه شده باشد. (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p> <p>• اگر در تدوین برنامه عملیاتی، به تدوین فعالیت ها در مسیر تحقق اهداف تعیین شده توجه شده باشد. (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p> <p>• اگر در تدوین برنامه عملیاتی، به تدوین شاخصهای دستیابی توجه شده باشد. (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p> <p>• اگر در تدوین برنامه عملیاتی، به گزارش پیشرفت فعالیت ها در مسیر اهداف تعیین شده توجه شده باشد. (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• وجود برنامه عملیاتی تدوین شده برای محورهای مدیریتی، آموزش و مدیریت کارکنان، ایمنی بیمار و مدیریت خطر، استفاده از اطلاعات، اثربخشی بالینی، ممیزی بالینی، تعامل با بیمار و همراهان</p> <p>• هر یک از برنامه های عملیاتی تدوین شده شامل بخش های: هدف کلی، اهداف اختصاصی، استراتژیها، فعالیت ها، شاخصهای ارزیابی، گزارش پیشرفت فعالیت ها باشد</p> | <p>هر یک از ۷ محور حاکمیت بالینی در بیمارستان در قالب برنامه عملیاتی تدوین شده در حال اجرا باشد.</p> |
| <p>اگر مرکز برنامه عملیاتی اصلاح شده را بر روی نسخه قدیمی آن پیوست کند به گونه ای که تاریخ بازنگری و اعمال تغییرات در آن مشخص باشد. (۵ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• برنامه عملیاتی بازنگری و اصلاح شده بر روی نسخه قدیمی آن پیوست شود به گونه ای که تاریخ بازنگری و اعمال تغییرات در آن مشخص باشد (قابل ذکر است که تاریخ بازنگری هر ۶ ماه یکبار می باشد).</p> | <p>برنامه عملیاتی تدوین شده در فواصل زمانی معین مورد بازنگری قرار گیرد.</p> |
| <p>• در صورت حضور رئیس، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری و روسای بخشها (از جمله رئیس واحد آزمایشگاه، رادیولوژی، داروخانه و...) در جلسات مربوط به کمیته بهبود کیفیت (حاکمیت بالینی). (۱۰ امتیاز اختصاص می یابد)</p> <p>• در صورت مشارکت مدیران ارشد در تدوین برنامه عملیاتی و پایش مستمر و منظم آن. (۵ امتیاز اختصاص می یابد)</p> <p>• در صورت انتخاب و بکار گماشتن کارشناس مسئول حاکمیت بالینی با پنج سال سابقه کاری در بیمارستان</p> | <p>• وجود صورت جلسات مربوط به تشکیل جلسات کمیته بهبود کیفیت که در آن امضای رئیس، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، روسای بخشها و مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان نشانه حضور آنها در جلسات باشد</p> <p>• وجود ابلاغ رسمی برای مسئول حاکمیت بالینی از سوی ریاست بیمارستان 2</p> <p>• وجود مستنداتی دال بر مطابقت</p> | <p>مدیران ارشد بیمارستان متعهد به اجرای برنامه حاکمیت بالینی باشند.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>و یک سال تجربه در زمینه ارتقای کیفیت و گذراندن دوره های مدیریت کیفیت و متعهد به برنامه های کلان ارتقای کیفیت از سوی ریاست بیمارستان. (۶ امتیاز اختصاص می یابد)</p> <p>• در صورت وجود شرح وظایف برای مسئول حاکمیت بالینی و دادن اختیارات متناسب با شرح وظایف به او. (۵ امتیاز اختصاص می یابد)</p> <p>• در صورت اختصاص نیروی انسانی متناسب با تعداد تخت بیمارستان. (۵ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>تحصیلات و تجارب کاری مسئول حاکمیت بالینی با الزامات مقتضی</p> | |
| <p>۱۰ امتیاز (اقدامی نوآورانه محسوب می شود که طبق مستندات روشن و واضح منجر به ارتقاء کیفیت شده باشد).</p> | <p>مستندات مبنی بر اقدامات نوآورانه</p> | |
| <p>ارائه نامه موافقت معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت در خصوص تاسیس واحد توسعه و تحقیقات بالینی (۱۵ امتیاز)</p> <p>تخصیص اعتبار پژوهشی توسط رئیس بیمارستان به واحد توسعه و تحقیقات بالینی جهت اجرای تحقیقات کاربردی مربوط به محورهای حاکمیت بالینی (۱۵ امتیاز)</p> | <p>• تایید مستندات مربوط به واحد توسعه و تحقیقات بالینی در بیمارستان</p> | |

| نحوه امتیاز دهی | سوال |
|--|---|
| <p>در صورتی که تمامی کارکنان مورد مصاحبه از برنامه عملیاتی تدوین شده آگاهی و اشراف داشته باشند امتیاز کامل (۲ امتیاز)، در صورتی که هیچ یک از آنها از برنامه عملیاتی آگاهی نداشته باشند امتیاز (۰) و در صورت آگاهی برخی از آنها از برنامه عملیاتی . (۱ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>آیا کارکنان از برنامه عملیاتی تدوین شده در خصوص هر یک از ۷ محور حاکمیت بالینی آگاهی دارند؟</p> |
| <p>در صورتی که ریاست، مدیریت بیمارستان، مدیر پرستاری، روسای بخشها و مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان مورد مصاحبه از برنامه عملیاتی تدوین شده آگاهی و اشراف داشته باشند امتیاز کامل (۲ امتیاز)، در صورتی که هیچ یک از آنها از برنامه عملیاتی آگاهی نداشته باشند امتیاز (۰) و در صورت آگاهی برخی از آنها از برنامه عملیاتی . (۱ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>آیا ریاست، مدیریت بیمارستان، مدیر پرستاری، روسای بخشها و مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان از جلسات کمیته بهبود کیفیت / حاکمیت خدمات بالینی و صورت جلسات آن آگاهی دارند؟</p> |
| <p>در صورتی که ریاست، مدیریت بیمارستان، مدیر پرستاری، روسای بخشها و مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان مورد مصاحبه مشارکت مستمر در تدوین و پایش برنامه عملیاتی داشته باشند امتیاز کامل (۲ امتیاز)، در صورتی که هیچ یک از آنها از برنامه عملیاتی آگاهی نداشته باشند امتیاز (۰) و در صورت آگاهی برخی از آنها از برنامه عملیاتی. (۱ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>آیا ریاست، مدیریت بیمارستان، مدیر پرستاری، روسای بخشها و مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان از برنامه عملیاتی تدوین شده در هر محور حاکمیت بالینی آگاهی دارند و در پایش آن مشارکت مستمر دارند؟</p> |
| <p>در صورتی که مسئول حاکمیت بالینی از اختیارات تفویض شده از سوی ریاست بیمارستان به خود آگاهی داشته و بر شرح وظایف خود اشراف داشته باشد، امتیاز (۵)، در صورت عدم آگاهی ایشان امتیاز (۰) و در صورت آگاهی نسبی وی. (۲.۵ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>آیا مسئول حاکمیت بالینی اعتقاد دارد که اختیارات لازم از سوی ریاست بیمارستان به ایشان داده شده است و از شرح وظایف خود آگاهی دارد؟</p> |
| <p>اقدام مزبور باید به اصلاح و بهبودی منجر شده باشد (۱۰ امتیاز)</p> | <p>مصاحبه مبنی بر اقدامات نو آورانه</p> |

| حاکمیت بالینی | | |
|---------------|---|-------------------------------|
| امتیاز ملاک | زیر ملاک | ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی |
| ۶۴ | <ul style="list-style-type: none"> • نظام آموزش کارکنان (بر اساس تدوین PDP) در بیمارستان • استقرار یافته و آموزش مداوم کارکنان جزء سیاستهای اجرایی بیمارستان باشد | آموزش و مدیریت کارکنان |
| ۲۰ | <ul style="list-style-type: none"> • نظام رضایت سنجی کارکنان در بیمارستان استقرار یافته باشد | |
| ۳۰ | <ul style="list-style-type: none"> • نظام توجه نیروهای جدید ورود در بیمارستان استقرار یافته باشد | |
| ۱۳۶ | <ul style="list-style-type: none"> • یک محیط کاری سالم در بیمارستان وجود داشته باشد. | |

| نحوه امتیاز دهی | مستندات | استاندارد |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود راهنمای تدوین PDP. (۴ امتیاز اختصاص می یابد) • در صورت وجود PDP تکمیل شده برای ۱۰۰٪ پرسنل پرستاری، ۱۰۰٪ دستیاران تخصصی، ۲۵٪ کادر پزشکی غیر دستیار و ۳۰٪ سایر کارکنان. (۱۲ امتیاز اختصاص می یابد هر گروه ۳ امتیاز) قابل ذکر است که حداقل سه نیاز آموزشی به ازاء هر فرد در طی یک سال لحاظ شود. که حداقل یک مورد ان مهارتی باشد. • در صورت وجود مستندات مبنی بر برنامه ریزی جهت آموزش کارکنان و پرسنل . در هر فرم PDP (۸ امتیاز اختصاص می یابد برای هر گروه ۲ امتیاز) • وجود برنامه ریزی آموزشی برای کلیه کارکنان بخش مبتنی بر PDP توسط مسئول آموزش هر گروه (۴ امتیاز اختصاص می یابد هر گروه یک امتیاز) • در صورت وجود مستندات مبنی بر انجام دورههای آموزشی مبتنی بر PDP (۱۶ امتیاز اختصاص می یابد. هر گروه ۴ امتیاز) • ارزیابی آموزش های انجام شده در زمینه علمی و کاربردی بر اساس شاخص های تعیین شده در فرم PDP به ازاء هر گروه موجود باشد (۱۶ امتیاز اختصاص می یابد. هر گروه ۴ امتیاز) <p>توجه: در صورت وجود مستندات امتیاز کامل احراز می شود، در صورت وجود مستندات برای نیمی از موارد، نصف امتیاز در نظر گرفته می شود و در صورت وجود مستندات برای کمتر از ۵۰٪ موارد، هیچ امتیازی احراز نمی شود.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • فرم آموزش و راهنمای تدوین PDP • فرم تکمیل شده PDP برای ۱۰۰ درصد پرسنل پرستاری ، ۱۰۰ درصد دستیاران تخصصی، ۲۵٪ کادر پزشکی غیر دستیار و ۳۰٪ سایر کارکنان • مستندات مبنی بر برنامه ریزی جهت آموزش کارکنان در هر فرم PDP • مستندات مبنی بر وجود برنامه ریزی آموزشی برای کلیه کارکنان بخش مبتنی بر PDP توسط مسئول آموزش هر گروه • مستندات مبنی بر انجام دوره های آموزشی مبتنی بر PDP | <p>نظام آموزش کارکنان (بر اساس تدوین PDP) در بیمارستان استقرار یافته و آموزش مداوم کارکنان جزء سیاستهای اجرایی بیمارستان باشد</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود فرمهای رضایت سنجی پرسنل. (۵ امتیاز اختصاص می یابد) • در صورت وجود مستندات مبنی بر اعلام نظرات و پیشنهادات از سوی کارکنان. (۵ امتیاز اختصاص می یابد) • در صورت وجود مستندات مبنی بر بررسی و آنالیز نظرات و پیشنهادات کارکنان. (۵ امتیاز اختصاص می یابد) • در صورت وجود مستندات مبنی بر اجرای اقدامات | <ul style="list-style-type: none"> • فرمهای رضایت سنجی پرسنل • مستندات مبنی بر اعلام نظرات و پیشنهادات از سوی کارکنان • مستندات مبنی بر بررسی و آنالیز نظرات و پیشنهادات کارکنان • مستندات مبنی بر اجرای اقدامات مداخله‌ای و برنامه ریزی رفاهی | <p>نظام رضایت سنجی کارکنان در بیمارستان استقرار یافته باشد</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>مداخله‌های و برنامه ریزی رفاهی (۲.۵ امتیاز اختصاص می‌یابد)</p> <p>توجه: در صورت وجود مستندات برای تمامی موارد، امتیاز کامل احراز می‌شود، در صورت وجود مستندات برای نیمی از موارد، نصف امتیاز در نظر گرفته می‌شود و در صورت وجود مستندات برای کمتر از ۵۰٪ موارد، هیچ امتیازی احراز نمی‌شود</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود پمفلت معرفی کلی بیمارستان. (۴ امتیاز اختصاص می‌یابد) • در صورت وجود شرح وظایف شغلی برای هر رده شغلی. (۴ امتیاز اختصاص می‌یابد) • در صورت وجود پمفلت مربوط به مسیر ارتقای شغلی، خطرات شغلی و مباحث ایمنی. (۳ امتیاز اختصاص می‌یابد) • در صورت وجود پمفلت یا جزوه معرفی جزییات دستورالعمل‌ها و اطلاعات مربوط به تجهیزات اختصاصی هر بخش. (۴ امتیاز اختصاص می‌یابد) • در صورت وجود چک لیست ارزیابی آموزش پرسنل جدید ورود. (۵ امتیاز اختصاص می‌یابد) • در صورت وجود مستندات مربوط به انجام مداخلات لازم با توجه به نتایج ارزیابی از پرسنل جدیدالورود (۵ امتیاز اختصاص می‌یابد) <p>توجه: در صورت وجود پمفلت مربوط به مسیر ارتقای شغلی، خطرات شغلی و مباحث ایمنی امتیاز کامل (۳ امتیاز)، در صورت وجود یکی از این ۳ مورد (۱ امتیاز)، در صورت وجود دو مورد از این ۳ مورد (۲ امتیاز) و در صورت عدم وجود هیچ یک از این موارد (۰ امتیاز) احراز می‌گردد.</p> <p>بقیه موارد از این مستندات به این شیوه ارزیابی می‌گردد که: در صورت وجود هر یک از مستندات (امتیاز کامل) و در صورت عدم وجود آنها (امتیاز صفر) احراز می‌گردد.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • پمفلت تهیه شده در ارتباط با معرفی کلی بیمارستان • شرح وظایف شغلی برای هر یک از پرسنل • پمفلت تهیه شده در ارتباط با اطلاعات مربوط به مسیر ارتقای شغلی، خطرات شغلی و مباحث ایمنی • پمفلت یا جزوه تهیه شده در ارتباط با معرفی جزییات دستورالعمل‌ها و اطلاعات مربوط به تجهیزات اختصاصی هر بخش • چک لیست ارزیابی آموزش پرسنل جدید ورود • مستندات مربوط به انجام مداخلات لازم با توجه به نتایج ارزیابی از پرسنل جدیدالورود | <p>نظام توجیه نیروهای جدید ورود در بیمارستان استقرار یافته باشد</p> |
| <p>صورت کسر تعداد آسیبهای جلدی در یک سال (شامل آسیبهای ناشی از فرو رفتن سوزن و آسیبهای ناشی از اشپای تیز)</p> <ul style="list-style-type: none"> • مخرج کسر تعداد متوسط کارکنان تمام وقت در معرض تماس (پزشک، پرستاران، مسئول خونگیری) • اندازه گیری شاخص: ۱۶ امتیاز | <ul style="list-style-type: none"> • بررسی مستندات مربوط به درصد آسیبهای مرتبط با کار | <p>ایجاد یک محیط کاری سالم</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>در صورتیکه میزان آسیبهای گزارش شده کمتر از ۴٪ باشد: ۸ امتیاز</p> | | |
| <p>۱۰ امتیاز</p> | <p>بررسی مستندات مربوط به انجام اقدامات اصلاحی</p> | |
| <p>۱۰ امتیاز</p> | <p>وجود خط مشی و روش اجرایی برای ارزیابی کارکنان از نظر عوامل خطر عام مانند وضعیت استعمال دخانیات، وضعیت تغذیه، وضعیت روانی-اجتماعی-اقتصادی، چاقی و ...</p> | |
| <p>۱۰ امتیاز</p> | <p>وجود وجود خط مشی و روش اجرایی برای ارزیابی کارکنان از نظر عوامل خطر خاص مانند بیماران دیابتی، آسمی، بیماری ریوی ...</p> | |
| <p>* درصد کارکنان ارزیابی شده برای عوامل خطر عمومی در حداقل ۱۰ نمونه تصادفی صورت <u>کسر</u> تعداد کلی کارکنان دارای شواهد موجود در پرونده ه هایشان مبنی بر این که ارزیابی عوامل خطر شامل استعمال دخانیات، تغذیه و برای آنها صورت گرفته است. <u>مخرج</u> - کسر تعداد کل کارکنان بیش از ۷۵٪ ۳۰ امتیاز بیش از ۵۰٪ ۲۰ امتیاز ۲۵-۵۰٪ ۱۰ امتیاز با ۲۵-۱٪ ۲ امتیاز</p> | <p>آموزش کارکنان بر اساس ارزیابی نیازهای سلامت برای عوامل خطر عام</p> | |
| <p>درصد کارکنان ارزیابی شده برای عوامل خطر خاص در حداقل ۱۰ نمونه تصادفی صورت <u>کسر</u> کارکنان که بتوانند اقدامات لازم برای مدیریت بیماری خود را نام ببرند. <u>مخرج</u> - کسر کلیه کارکنان (نمونه) بیش از ۷۵٪ ۳۰ امتیاز بیش از ۵۰٪ ۲۰ امتیاز ۲۵-۵۰٪ ۱۰ امتیاز</p> | <p>آموزش کارکنان بر اساس ارزیابی نیازهای سلامت برای عوامل خطر خاص</p> | |

با ۲۵-۱٪
۲ امتیاز

مصاحبه:

| نحوه امتیاز دهی | سوال |
|--|---|
| <p>در صورتی که تمامی کارکنان مورد مصاحبه از نحوه تکمیل و تدوین فرم - های PDP آگاهی داشته باشند امتیاز کامل (۴ امتیاز)، در صورتی که هیچ یک از آنها از نحوه تکمیل و تدوین فرمهای PDP آگاهی نداشته باشند امتیاز (۰) و در صورت آگاهی برخی از آنها (۲ امتیاز) اختصاص مییابد</p> | <p>آیا کارکنان از نحوه تکمیل و تدوین فرمهای PDP آگاهی دارند؟</p> |
| <p>در صورتی که پرسنل وجود نظام رضایت سنجی از کارکنان را در بیمارستان و انجام اقدامات مداخله ای بر اساس آنرا تایید کنند (۲.۵ امتیاز)، در صورتی که پرسنل اطلاعی از وجود نظام رضایت سنجی از کارکنان در بیمارستان نداشته باشند (۰ امتیاز) و در صورت آگاهی برخی از آنها (۱ امتیاز) احراز می گردد.</p> | <p>آیا پرسنل وجود نظام رضایت سنجی از کارکنان را در بیمارستان و انجام اقدامات مداخله ای بر اساس آنرا تایید می کنند؟</p> |
| <p>در صورتی که پرسنل جدیدالورود ، دریافت آموزشهای لازم در بدو ورود را تایید نمایند، امتیاز کامل (۵ امتیاز)، در صورتی که پرسنل جدیدالورود اطلاعی از این آموزشها نداشته باشند (۰ امتیاز) و در صورت اطلاع برخی از آنها (۲/۵ امتیاز) احراز می گردد.</p> | <p>آیا پرسنل جدیدالورود آموزشهای انجام شده (شامل: دریافت شرح وظایف خود، پمفلت حاوی اطلاعات کلی و اختصاصی از بیمارستان و بخش محل فعالیت و آموزشهای علمی- کاربردی مورد نیاز در خصوص نوع کار خود و نوع برخورد با مراجعین بخصوص کودکان و نوجوانان) را تایید میکنند؟</p> |
| <p>مصاحبه با ۴ نفر از کارکنان از لیست گزارشات (بصورت تصادفی) درباره ی آسیبهای گزارش شده و اقدامات انجام شده ۱۶ امتیاز هر نفر ۴ امتیاز</p> | <p>ایجاد یک محیط کاری سالم</p> |
| <p>مصاحبه با ۴ نفر از کارکنان عضوکه بصورت تصادفی انتخاب شده اند مبنی بر اینکه توصیه های لازم راجع به عوامل خطر عام و یا خاص را دریافت نموده اند ۱۶ امتیاز هر نفر ۴ امتیاز.</p> | |

| حاکمیت بالینی | | |
|----------------|--|----------------------------------|
| امتیاز ملاک | زیر ملاک | ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی |
| ۱۰ | • بیمارستان دارای برنامه ریزی منسجم آموزشی در زمینه مدیریت خطر و استانداردهای الزامی ایمنی بیمار باشد | مدیریت خطر و ایمنی بیمار |
| ۱۰ | • بیمارستان دارای سیستم ثبت خطا باشد | |
| ۲۰ | • بیمارستان دارای استراتژی جهت کاهش، حذف و انتقال خطر باشد (روش FMEA) | |
| ۳۰ | • بیمارستان دارای برنامه تحلیل خطاهای پزشکی از طریق RCA در موارد حوادث SENTINEL باشد | |
| ۱۰ | • بیمارستان برای یادگیری و به اشتراکگذاری نتایج حاصل از ثبت خطا و تحلیل آن دارای برنامه باشد | |
| ۱۱ | • A.۱.۱.۱ ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفصیلی در حال اجراست. | |
| ۱۰ | • A.۱.۱.۲ یکی از کارکنان در بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است . | |
| ۱۰ | • A.۱.۱.۳ مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار ، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصتها به طور منظم برنامه بازدهیهای مدیریتی ایمنی بیمار را به اجرا می گذارد. | |
| ۹ | • A.۲.۱.۱ یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است | |
| ۱۰ | • A.۲.۱.۲ بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را بصورت مرتب برگزار می نماید . | |
| ۱۰ | • A.۴.۱.۱ بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید . | |
| ۱۰ | • A.۴.۱.۲ بیمارستان ضد عفونی مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید . | |
| ۷ | • A.۴.۱.۳ بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی بمنظور تضمین ضد عفونی و استریلیزاسیون فوری می باشد | |
| 3 | • A.۵.۱.۱ جهت ارائه خدمات و مراقبت های درمانی کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته ذی صلاح به صورت ثابت و موقت استخدام و بکار گمارده می شوند . | |
| 10 | • B.۲.۱.۱ پزشک قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی ؛ کلیه خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور و نظارت پرستار، بیمار برگه رضایت نامه را امضاء می نماید . | |
| 10 | • B.۳.۱.۱ قبل از انجام هر گونه پروسیجر درمانی ، تشخیصی و آزمایشگاهی، تجویز دارو و یا ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، کلیه بیماران و به ویژه گروه های در معرض خطر منجمله نوزادان ، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و یا سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد | |

| | |
|----|--|
| | شناسایی ومورد تأیید قرار می گیرند (هیچ گاه شماره اتاق و یا تخت بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد) . |
| ۱۰ | • C.۱.۱.۱ بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات، کانال های ارتباطی آزاد پیش بینی کرده است. |
| ۱۰ | • C.۱.۱.۲ بیمارستان دارای روال های مطمئن برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص می باشد |
| ۱۴ | • C.۲.۱.۱ بیمارستان دارای برنامه پیش گیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی ، برنامه عملیاتی ، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد . |
| ۷ | • C.۲.۱.۲ بیمارستان تمیزی ، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را ، با تأکید خاص بر واحدها و بخش های پر خطر تضمین می نماید. |
| ۱۰ | • C.۳.۱.۱ بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجرا می نماید . |
| ۱۰ | • C.۵.۱.۱ بیمارستان دسترسی به داروهای حیاتی را در تمامی اوقات شبانه روز (۲۴ ساعته) تضمین می نماید. |
| ۵ | • D.۲.۱.۱ بیمارستان بر اساس میزان خطر ، پسماند ها را از مبدأ تفکیک و کد بندی رنگی می نماید . |
| ۱۰ | • D.۲.۱.۲ بیمارستان از راهنماها ، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت ، جهت مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده تبعیت می نماید |
| ۱۰ | • اجتناب از اتصال نادرست کاتترها و لوله ها |
| ۱۰ | • ارتباط صحیح کارکنان بهداشتی درمانی در حین تحویل و تحول بیمار مابین گروه، بخش و مراکز درمانی |
| ۱۰ | • تلفیق دارویی |
| ۱۰ | • کنترل محلول های الکترولیتی غلیظ |
| ۱۰ | • اجرای اقدام درمانی صحیح در موضع صحیح برای بیماران |
| ۱۰ | • داروهای با اسامی و اشکال مشابه |
| ۱۰ | • استفاده از وسایل یکبار مصرف در تزریقات |
| ۱۰ | • ارتقاء بهداشت دست |

| نحوه امتیاز دهی | مستندات | استاندارد |
|---|--|--|
| <p>• در صورت وجود مستندات مبنی بر برگزاری جلسات آموزشی مدیریت خطر برای ۸۰ تا ۱۰۰٪ کارکنان، امتیاز کامل (۵ امتیاز) ، در صورت وجود مستندات برای کمتر از ۵۰٪ کارکنان (۰ امتیاز) و در صورت وجود مستندات برای ۵۰ تا ۸۰٪ کارکنان (۲.۵ امتیاز) احراز می گردد.</p> <p>• در صورت وجود مستندات مبنی بر برگزاری جلسات آموزشی استانداردهای الزامی ایمنی بیمار برای ۸۰ تا ۱۰۰٪ کارکنان، امتیاز کامل (۵ امتیاز)، در صورت وجود مستندات برای ۵۰ تا ۸۰٪ کارکنان (۲.۵ امتیاز) و در صورت وجود مستندات برای کمتر از ۵۰٪ کارکنان (۰ امتیاز) احراز می گردد.</p> <p>توجه: مجموع امتیازی که به این استاندارد تعلق می گیرد، ۱۰ امتیاز است (۵ امتیاز به ازای برگزاری جلسات آموزشی مدیریت خطر برای کلیه کارکنان و ۵ امتیاز به ازای برگزاری جلسات آموزشی استانداردهای الزامی ایمنی بیمار برای کلیه کارکنان)</p> | <p>• مستندات مربوط به برگزاری جلسات آموزشی مدیریت خطر برای کلیه کارکنان</p> <p>• مستندات مربوط به برگزاری جلسات آموزشی استانداردهای الزامی ایمنی بیمار برای کلیه کارکنان</p> | <p>بیمارستان دارای برنامه ریزی منسجم آموزشی در زمینه مدیریت خطر و استانداردهای الزامی ایمنی بیمار باشد</p> |
| <p>• در صورت وجود مستندات مبنی بر ثبت خطاهای پزشکی در کلیه بخشهای بالینی، (۲ امتیاز) و در صورت عدم ثبت آن (۰ امتیاز) تعلق می گیرد.</p> <p>• در صورت وجود مستندات مبنی بر بازخورد خطاهای ثبت شده از هر بخش به کلیه کارکنان (۲ امتیاز) و در صورت عدم بازخورد به آنها (۰ امتیاز) تعلق می گیرد</p> <p>• در صورت تدوین و وجود برنامه کاهش خطاهای پزشکی ۴ امتیاز تعلق می گیرد.</p> <p>توجه: برنامه کاهش خطاهای بیمارستان باید شامل بیان نحوه جمع آوری خطاهای هر بخش، دریافت گزارشات از کمیته مرگ و میر، دفتر رسیدگی به شکایات و غیره، همچنین انتخاب روش تحلیل خطاها و انتخاب شیوه برخورد با</p> | <p>• مستندات مبنی بر ثبت خطا</p> <p>• مستندات مبنی بر بازخورد خطاهای ثبت شده به کارکنان</p> <p>• برنامه کاهش خطاهای بیمارستان</p> | <p>بیمارستان دارای سیستم ثبت خطا باشد</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>خطاها (پیشگیرانه، واکنشی و...) می باشد</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود مستندات مبنی بر تعیین فعالیت‌های پیشگیرانه برای مقابله با خطرات بالینی محتمل در هر بخش، (۵ امتیاز) اختصاص می یابد • در صورت تحقق گام های FMEA (شامل تشکیل تیم (۱ امتیاز)، مشخص کردن فرایند یا سیستم تحت مطالعه (۱ امتیاز)، فهرست کردن حالات بالقوه خطا برای هر یک از آنها (۱ امتیاز)، تعیین اثرات بالقوه بروز هر یک از این حالات (۱ امتیاز)، تعیین علل بروز هر یک از خطاها (۱ امتیاز)، فهرست کردن کنترل‌های جاری به منظور شناسایی هر یک از این خطاها (۱ امتیاز)، تعیین میزان اهمیت هر ریسک (۱ امتیاز) و اجرای اقدامات پیشگیرانه و اصلاحی (۲ امتیاز) و مجموعاً ۱۰ امتیاز برای تحقق تمامی این ۹ مورد در نظر گرفته میشود. | <ul style="list-style-type: none"> • مستندات مبنی بر استقرار فعالیت های پیشگیرانه مدیریت خطر در کلیه بخشها • مستندات مبنی بر تحقق گامهای FMEA | <p>بیمارستان دارای استراتژی جهت کاهش، حذف و انتقال خطر باشد (روش FMEA)</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود مستندات مبنی بر ثبت کلیه موارد SENTINEL از هر بخش. (۵ امتیاز اختصاص می یابد) • در صورت وجود مستندات مبنی بر انجام تحلیل ریشه ای وقایع (RCA) برای کلیه موارد SENTINEL ثبت شده. (۵ امتیاز اختصاص می یابد) • در صورت وجود مستندات مبنی بر انجام RCA بطور کامل و تحقق تمامی مراحل آن (شامل: تشکیل تیم آموزش دیده multidisciplinary طبق مولتی مدیا (۱ امتیاز)، جمع آوری و نگاشت اطلاعات (۱ امتیاز)، شناسایی مسایل مرتبط با مراقبت یا خدمت (۲ امتیاز)، تحلیل حادثه و شناسایی عوامل دخیل در حادثه (۵ امتیاز)، ارائه راه حلها و پیشنهادات (۳ امتیاز)، اجرای راه حل (۲ امتیاز) و نوشتن گزارش تحقیق (۱ امتیاز) و مجموعاً ۱۵ امتیاز اختصاص می یابد. | <ul style="list-style-type: none"> • مستندات مبنی بر ثبت کلیه موارد SENTINEL و برنامه ریزی برای انجام RCA • وجود صورت جلسات مبنی بر تشکیل تیم آموزش دیده multidisciplinary طبق مولتی مدیا به طور منظم • مستندات مبنی بر جمع‌آوری و نگاشت اطلاعات • مستندات مبنی بر شناسایی مسایل مرتبط با مراقبت یا خدمت • مستندات مبنی بر تحلیل حادثه، شناسایی عوامل دخیل در حادثه و علل ریشه ای • مستندات حاوی ارائه راه حلها و پیشنهادات • مستندات مبنی بر اجرای راه حلها • مستندات مبنی بر گزارش تحقیق | <p>بیمارستان دارای برنامه تحلیل خطاهای پزشکی از طریق RCA در موارد حوادث SENTINEL باشد</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود خط مشی و روشهای اجرایی در رابطه با یادگیری و به اشتراک گذاری نتایج حاصل از ثبت خطا و تحلیل آن در داخل و خارج | <ul style="list-style-type: none"> • خط مشی و روشهای اجرایی در رابطه با یادگیری و به اشتراک گذاری نتایج حاصل از ثبت خطا و تحلیل در داخل و خارج بیمارستان | <p>بیمارستان برای یادگیری و به اشتراک گذاری نتایج حاصل از ثبت خطا و</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>بیمارستان. (۶ امتیاز اختصاص می یابد)</p> <ul style="list-style-type: none"> • توجه: برای وجود خط مشی در رابطه با یادگیری و به اشتراک گذاری نتایج حاصل از ثبت خطا و تحلیل آن در داخل و خارج بیمارستان (۳ امتیاز) و برای وجود روشهای اجرایی در رابطه با یادگیری و به اشتراک گذاری نتایج حاصل از ثبت خطا و تحلیل آن نیز (۳ امتیاز) در نظر گرفته می شود. • | | <p>تحلیل آن دارای برنامه باشد</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • اگر ایمنی بیمار در برنامه استراتژیک بیمارستان لحاظ شده و حائز اولویت می باشد (۲ امتیاز اختصاص می یابد) | <ul style="list-style-type: none"> • ایمنی بیمار در برنامه استراتژیک بیمارستان لحاظ شده و حائز اولویت می باشد | |
| <ul style="list-style-type: none"> • اگر برنامه عملیاتی تفضیلی جاری (در حال اجراء) در ارتباط با ۱۹ استاندارد الزامی ایمنی بیمار در بیمارستان وجود دارد (۲ امتیاز اختصاص می یابد) | <ul style="list-style-type: none"> • وجود برنامه عملیاتی تفضیلی جاری (در حال اجراء) در ارتباط با ۱۹ استاندارد الزامی ایمنی بیمار ۱ در بیمارستان | |
| <ul style="list-style-type: none"> • اگر جدول زمان بندی شده جهت دستیابی به اهداف مرتبط به ۱۹ استاندارد الزامی ایمنی بیمار در بیمارستان موجود است (۱ امتیاز اختصاص می یابد) | <ul style="list-style-type: none"> • جدول زمان بندی شده جهت دستیابی به اهداف مرتبط به ۱۹ استاندارد الزامی ایمنی بیمار در بیمارستان | <p>A.۱.۱.۱ ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفضیلی در حال اجراست .</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • اگر گزارش مکتوب پیش برنامه عملیاتی به صورت سه ماه یکبار در بیمارستان وجود دارد (۱ امتیاز اختصاص می یابد) | <ul style="list-style-type: none"> • گزارش مکتوب پیش برنامه عملیاتی به صورت سه ماه یکبار | |
| <ul style="list-style-type: none"> • اگر اقدام اصلاحی در خصوص هر یک از اهداف که در بازه زمانی مورد نظر قابل دستیابی نمی باشند صورت گرفته باشد (۲ امتیاز اختصاص می یابد) | <ul style="list-style-type: none"> • اقدام اصلاحی در خصوص هر یک از اهداف که در بازه زمانی مورد نظر قابل دستیابی نمی باشند | |
| <ul style="list-style-type: none"> • اگر در مشاهده و بازدید و مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحد های بیمارستانی اجرای استانداردهای الزامی ایمنی بیمار ، منطبق بر گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی باشد. (۴ امتیاز اختصاص می یابد) | <ul style="list-style-type: none"> • در مشاهده و بازدید و مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحد های بیمارستانی اجرای استانداردهای الزامی ایمنی بیمار ، منطبق بر گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی باشد. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • اگر ابلاغ/ حکم انتصاب کارشناس مسئول ایمنی بیمار با امضاء ریاست بیمارستان که در آن تفویض اختیار کافی و نیز پاسخگوئی به بالاترین مقام در بیمارستان قید شده باشد. (ضمن رونوشت به | <ul style="list-style-type: none"> • ابلاغ/ حکم انتصاب کارشناس مسئول ایمنی بیمار با امضاء ریاست بیمارستان که در آن تفویض اختیار کافی و نیز پاسخگوئی به بالاترین مقام در بیمارستان قید شده باشد. (ضمن رونوشت به | <p>A.۱.۱.۲ یکی از کارکنان در بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان مسئول و</p> |

| | | |
|--|--|---|
| تمامی واحدها (۴ امتیاز اختصاص می یابد) | تمامی واحدها) | پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است |
| • اگر شرح وظایف و ماموریت های کارشناس مسئول ایمنی به تایید ریاست بیمارستان که ضروری است حداقل شامل موارد ابلاغی وزارت متبوع باشد موجود است (۲ امتیاز اختصاص می یابد) | • شرح وظایف و ماموریت های کارشناس مسئول ایمنی به تایید ریاست بیمارستان که ضروری است حداقل شامل موارد ابلاغی وزارت متبوع باشد | |
| • اگر مصاحبه با کارشناس مسئول ایمنی بیمار و کارکنان مؤید تفویض اختیارات متناسب با شرح وظایف وی می باشد (۴ امتیاز اختصاص می یابد) | • مصاحبه با کارشناس مسئول ایمنی بیمار و کارکنان مؤید تفویض اختیارات متناسب با شرح وظایف وی می باشد | |
| • اگر شرایط احراز صلاحیت کارشناس مسئول ایمنی بیمار مطابق با حداقل موارد ابلاغی وزارت بهداشت ، موجود است (۲ امتیاز اختصاص می یابد) | • شرایط احراز صلاحیت کارشناس مسئول ایمنی بیمار | |
| • خط مشی و روش های اجرایی بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار (۲ امتیاز اختصاص می یابد) | • خط مشی و روش های اجرایی بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار | |
| • برنامه سالیانه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار از بخش های و واحد های بیمارستانی (۱ امتیاز اختصاص می یابد) | • برنامه سالیانه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار از بخش های و واحد های بیمارستانی | A.۱.۱.۳ مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار ، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصتها به طور منظم برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را به اجرا می گذارد |
| • اگر گزارش ها / صورت جلسات بازدید مدیریتی ایمنی بیمار مبنی بر اقدامات اصلاحی و بازخواند به کارکنان (۱ امتیاز اختصاص می یابد) | • گزارش ها / صورت جلسات بازدید مدیریتی ایمنی بیمار مبنی بر اقدامات اصلاحی و بازخواند به کارکنان | |
| • اگر مستندات مبنی بر تماس با کارکنان جهت ارائه بازخورد (شماره تلفن ، آدرس پست الکترونیک، بازخواند مکتوب یا الکترونیک و ...) موجود است (۱ امتیاز اختصاص می یابد) | • وجود مستندات مبنی بر تماس با کارکنان جهت ارائه بازخورد (شماره تلفن ، آدرس پست الکترونیک، بازخواند مکتوب یا الکترونیک و ...) | |
| • مشاهده و بازدید و مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحد های بیمارستانی مؤید انجام بازدید مدیریتی ایمنی بیمار مبنی منطبق بر برنامه سالیانه باشد (۴ امتیاز اختصاص می یابد) | • مشاهده و بازدید و مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحد های بیمارستانی مؤید انجام بازدید مدیریتی ایمنی بیمار مبنی منطبق بر برنامه سالیانه باشد | |
| • ابلاغ / حکم کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر با امضاء ریاست بیمارستان که در آن سلسله مراتب پاسخگویی قید شده باشد. (ضمن رونوشت به تمامی واحدها) (۲ امتیاز اختصاص می یابد) | • ابلاغ / حکم کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر با امضاء ریاست بیمارستان که در آن سلسله مراتب پاسخگویی قید شده باشد. (ضمن رونوشت به تمامی واحدها) | A.۲.۱.۱ یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر |
| • شرح وظایف و ماموریت های کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و | • شرح وظایف و ماموریت های کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و | |

| | |
|--|--|
| <p>تایید ریاست بیمارستان که ضروری است حداقل شامل موارد ذیل باشد</p> | <p>منصوب شده است</p> |
| <p>مدیریت خطر به تایید ریاست بیمارستان که حداقل شامل موارد ابلاغی وزارت بهداشت ، باشد (۱ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | |
| <p>• مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصاحبه با کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر و کارکنان مؤید تفویض اختیارات متناسب با شرح وظایف وی می باشد</p> | |
| <p>• شرایط احراز صلاحیت کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر مطابق با حداقل موارد ابلاغی وزارت بهداشت ، موجود است (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | |
| <p>• اگر خط مشی و روش های اجرایی معین جهت بررسی موارد مرگ و میر و معلولیت ها موجود است (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | |
| <p>• اگر صورت جلسات یک ساله اخیر کمیته مرگ و میر و معلولیت ها که به صورت ماهانه و مرتب برگزار شده باشد (صورت جلسات بایستی واجد اسامی شرکت کنندگان وامضا آنان باشد) ، موجود می باشد (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>A.۲.۱.۲ بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را بصورت مرتب برگزار می نماید .</p> |
| <p>• اگر بررسی تمام موارد مرگ و میر و معلولیت های کودکان زیر (۵) سال و مادران بارداری و موارد دیگر بر اساس خط مشی و روش های اجرایی بیمارستان باشد (۳ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | |
| <p>• وجود مستندات پیگیری در جلسات بعدی و اقدام اصلاحی بر اساس نتایج جلسات برگزار شده کمیته مرگ و میر و معلولیت</p> | |
| <p>• اگر فهرست تجهیزات و وسایل ضروری سالم موجود جهت ارائه خدمات ضروری و پیش بینی تجهیزات و وسایل جایگزین موجود است باشد (۱ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>A. ۴.۱.۱ بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید</p> |
| <p>• اگر فهرست وسایل مصرفی ضروری بر اساس میزان مصرف موجود است باشد (۱ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | |
| <p>• اگر در مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>بیمارستانی فهرست تجهیزات و وسایل ضروری سالم مطابق با تجهیزات و وسایل موجود باشد و پیش بینی تجهیزات و وسایل جایگزین و وسایل مصرفی نیز شده باشد(۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>بیمارستانی فهرست تجهیزات و وسایل ضروری سالم مطابق با تجهیزات و وسایل موجود باشد و پیش بینی تجهیزات و وسایل جایگزین و وسایل مصرفی نیز شده باشد.</p> | |
| <p>• اگر مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحد های بیمارستانی مؤید عدم تاخیر در ارائه خدمات به علت فقدان و یا کمبود وسایل مصرفی و یا نارسایی تجهیزاتی باشد(۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحد های بیمارستانی مؤید عدم تاخیر در ارائه خدمات به علت فقدان و یا کمبود وسایل مصرفی و یا نارسایی تجهیزاتی باشد</p> | |
| <p>• اگر خط مشی و روش های اجرایی برای ضد عفونی و استریلیزاسیون کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد به ویژه در بخش ها و واحد های تشخیص درمانی پر خطر موجود باشد (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• خط مشی و روش های اجرایی برای ضد عفونی و استریلیزاسیون کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد به ویژه در بخش ها و واحد های تشخیص درمانی پر خطر</p> | |
| <p>• اگر مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصاحبه با کارکنان وجود وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد جایگزین در صورت مواجهه با موارد اضطراری را تایید نماید(۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصاحبه با کارکنان وجود وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد جایگزین در صورت مواجهه با موارد اضطراری را تایید نماید</p> | <p>A.۴.۱.۲ بیمارستان ضد عفونی مناسب و</p> |
| <p>• اگر در مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصاحبه با کارکنان روش اجرا منطبق با راهنماها باشد (۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصاحبه با کارکنان روش اجرا منطبق با راهنماها باشد</p> | <p>مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید</p> |
| <p>• اگر خط مشی و روش های اجرایی برای استریلیزاسیون فوری موجود باشد (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• خط مشی و روش های اجرایی برای استریلیزاسیون فوری</p> | |
| <p>• فهرست وسایل و تجهیزات ضروری جهت استریلیزاسیون فوری موجود باشد (۱ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• فهرست وسایل و تجهیزات ضروری جهت استریلیزاسیون فوری</p> | |
| <p>• اگر در مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصاحبه با کارکنان روش اجرا منطبق با راهنماها باشد(۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• در مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصاحبه با کارکنان روش اجرا منطبق با راهنماها باشد</p> | |
| <p>• پرونده کارگزینی پزشکان واجد پروانه پزشکی عمومی و تاییدیه دانشگاه در ارتباط با مدرک دکترای تخصصی و فوق تخصصی می باشد(۲</p> | <p>• پرونده کارگزینی پزشکان واجد پروانه پزشکی عمومی و تاییدیه دانشگاه در ارتباط با مدرک دکترای تخصصی و فوق تخصصی می باشد</p> | <p>A.۵.۱.۱ جهت ارائه خدمات و مراقبت</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>•</p> | <p>های درمانی کادر</p> |
| <p>• پرونده کارگزینی کلیه کارکنان حرف بهداشتی درمانی واجد گواهی نامه های تحصیلی ذیربط و تاییدیه دانشگاه باشد(۱) امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• پرونده کارگزینی کلیه کارکنان حرف بهداشتی درمانی واجد گواهی نامه های تحصیلی ذیربط و تاییدیه دانشگاه می باشد</p> | <p>بالینی حائز شرایط توسط کمیته ذی صلاح به صورت ثابت و موقت استخدام و بکار گمارده می شوند</p> |
| <p>• لیست اقدامات درمانی و تشخیصی تهاجمی در بیمارستان موجود باشد(۱) امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• لیست اقدامات درمانی و تشخیصی تهاجمی در بیمارستان</p> | <p>B ۲.۱.۱ پزشک قبل</p> |
| <p>• اگر مستندات آموزش و اطلاع رسانی به کلیه پزشکان معالج بیماران در ارتباط با این فرآیند موجود باشد(۱) امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• وجود مستندات آموزش و اطلاع رسانی به کلیه پزشکان معالج بیماران در ارتباط با این فرآیند</p> | <p>از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی ؛ کلیه</p> |
| <p>• اگر در بررسی و بازبینی ، پرونده های پزشکی بیماران بستری برگه رضایت بیمار واجد به توضیحات پیرامون کلیه خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی و درمان های جایگزین و امضاء بیمار و شاهد(یکی از وابستگان درجه یک بیمار) باشد(۴) امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• در بررسی و بازبینی ، پرونده های پزشکی بیماران بستری برگه رضایت بیمار واجد به توضیحات پیرامون کلیه خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی و درمان های جایگزین و امضاء بیمار و شاهد(یکی از وابستگان درجه یک بیمار) می باشد</p> | <p>خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور و نظارت پرستار، بیمار برگه رضایت نامه را امضاء می نماید .</p> |
| <p>• اگر در مصاحبه به صورت تصادفی بیماران از خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی و درمان های جایگزین اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی خود مطلع بوده و بیما راضی خود و یا و شاهد(یکی از وابستگان درجه یک بیمار) را تایید نماید(۴) امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• در مصاحبه به صورت تصادفی بیماران از خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی و درمان های جایگزین اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی خود مطلع بوده و بیما راضی خود و یا و شاهد(یکی از وابستگان درجه یک بیمار) را تایید نماید</p> | |
| <p>• اگر خط مشی شناسایی هویت بیمار موجود باشد(۱) امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• خط مشی شناسایی هویت بیمار</p> | <p>B ۳.۱.۱ قبل از انجام</p> |
| <p>• اگر دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران (ضروری است دستورالعمل شامل حداقل موارد مندرج در دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران ابلاغی از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی) موجود باشد(۱) امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران خاص بیمارستان (ضروری است دستورالعمل شامل حداقل موارد مندرج در دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران ابلاغی از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی) باشد</p> | <p>هر گونه پروسیجر درمانی ، تشخیصی و آزمایشگاهی، تجویز دارو و یا ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، کلیه بیماران و به ویژه گروه های در</p> |
| <p>• اگر در مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی شناسه های اختصاصی دستبند های</p> | <p>• در مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی شناسه های اختصاصی دستبند های</p> | |

| | | |
|---|---|---|
| <p>شناسایی بیماران به صورت منسجم اجرا شود(۲)</p> <p>امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>شناسایی بیماران به صورت منسجم اجرا شود</p> | <p>معرض خطر منجمله نوزادان ، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و یا سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد شناسایی ومورد تأیید قرار می گیرند)</p> |
| <p>• اگر در مشاهده ، بازدید و مصاحبه از بخش ها و واحد های بیمارستانی شناسه های اختصاصی استاندارد مندرج بر دستبند های شناسایی به صورت فعال و کلامی با بیمار مورد بررسی قرار می گیرد(۳) امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• در مشاهده ، بازدید و مصاحبه از بخش ها و واحد های بیمارستانی شناسه های اختصاصی استاندارد مندرج بر دستبند های شناسایی به صورت فعال و کلامی با بیمار مورد بررسی قرار می گیرد</p> | <p>هیچ گاه شماره اتاق و یا تخت بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد) .</p> |
| <p>• اگر در مصاحبه کارکنان از خط مشی و روش اجرایی شناسایی صحیح بیماران آگاه می باشند(۲) امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• در مصاحبه کارکنان از خط مشی و روش اجرایی شناسایی صحیح بیماران آگاه می باشند</p> | |
| <p>• اگر در مصاحبه بیماران از خط مشی و روش اجرایی بیمارستان در شناسایی صحیح بیماران و علت وجود دستبند شناسایی آگاه می باشند(۱) امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• در مصاحبه بیماران از خط مشی و روش اجرایی بیمارستان در شناسایی صحیح بیماران و علت وجود دستبند شناسایی آگاه می باشند</p> | |
| <p>• اگر خط مشی و روش های اجرایی به منظور اعلام اضطراری نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی در آزمایشگاه تشخیص طبی و سایر واحدهای تشخیصی و بخش های بستری موجود باشد(۴) امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• وجود خط مشی و روش های اجرایی به منظور اعلام اضطراری نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی در آزمایشگاه تشخیص طبی و سایر واحدهای تشخیصی و بخش های بستری</p> | <p>C.۱.۱.۱ بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات، کانال های ارتباطی آزاد پیش بینی کرده است.</p> |
| <p>• اگر لیست نتایج بحرانی بر اساس نظرات پزشکان متخصص هر رشته موجود باشد(۲) امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• لیست نتایج بحرانی بر اساس نظرات پزشکان متخصص هر رشته</p> | |
| <p>• اگر در مصاحبه پزشکان و کارکنان بخش و آزمایشگاه از روش استاندارد اعلام اضطراری نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی آگاه بوده و در مشاهده آن را مطابق با خط مشی و روش اجرایی انجام می دهند(۴) امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• در مصاحبه پزشکان و کارکنان بخش و آزمایشگاه از روش استاندارد اعلام اضطراری نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی آگاه بوده و در مشاهده آن را مطابق با خط مشی و روش اجرایی انجام دهند.</p> | |
| <p>• اگر خط مشی و روش ها به منظور اطمینان از اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین آنان بعد از ترخیص از بیمارستان موجود باشد(۴) امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• وجود خط مشی و روش ها به منظور اطمینان از اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین آنان بعد از ترخیص از بیمارستان</p> | <p>C ۱.۱.۲ بیمارستان دارای روال های مطمئن ، برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از</p> |
| <p>• اگر نظام جاری اعم از دفتر و یا سیستم الکترونیک جهت ثبت زمان ، تاریخ و روش اطلاع رسانی نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به</p> | <p>• وجود نظام جاری اعم از دفتر و یا سیستم الکترونیک جهت ثبت زمان ، تاریخ و روش اطلاع رسانی نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>بیماران و مراقبین آنان پس از ترخیص (ضمن لحاظ اولویت و بازه های زمانی پیگیری در خصوص نتایج حیاتی تر بر اساس خط مشی بیمارستان موجود باشد) ۶ امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>بیماران و مراقبین آنان پس از ترخیص (ضمن لحاظ اولویت و بازه های زمانی پیگیری در خصوص نتایج حیاتی تر بر اساس خط مشی بیمارستان</p> | <p>ترخیص می باشد</p> |
| <p>• اگر در چارت سازمانی مصوب بیمارستان کمیته پیش گیری و کنترل عفونت لحاظ شده باشد) ۱۱ امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• در چارت سازمانی مصوب بیمارستان کمیته پیش گیری و کنترل عفونت لحاظ شده است</p> | |
| <p>• شرح وظایف و مأموریت های مصوب کمیته پیش گیری و کنترل عفونت موجود باشد) ۱ امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• شرح وظایف و مأموریت های مصوب کمیته پیش گیری و کنترل عفونت موجود است</p> | |
| <p>• اگر در بیمارستان تیم پیش گیری و کنترل عفونت (شامل پرستارو پزشک دارای شرایط و صلاحیت های لازم) با لحاظ شرایط احراز خاص فعال باشد) ۲ امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• در بیمارستان تیم پیش گیری و کنترل عفونت (شامل پرستارو پزشک دارای شرایط و صلاحیت های لازم) با لحاظ شرایط احراز خاص فعال است.</p> | |
| <p>• صورت جلسات برگزاری مرتب کمیته پیش گیری و کنترل عفونت بیمارستان (حداقل یک بار ماهانه و در موارد اضطراری) در یکسال اخیر موجود باشد) ۱ امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• صورت جلسات برگزاری مرتب کمیته پیش گیری و کنترل عفونت بیمارستان (حداقل یک بار ماهانه و در موارد اضطراری) در یکسال اخیر موجود است.</p> | <p>۲.۱.۱ بیمارستان دارای برنامه پیش گیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی ، برنامه عملیاتی ، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد .</p> |
| <p>• اگر صورت جلسات واجد اسامی و امضاء شرکت کنندگان، مصوبت جلسه اخیر، پی گیری مصوبات جلسه قبلی و پی گیری ها باشد) ۱ امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• صورت جلسات واجد اسامی و امضاء شرکت کنندگان، مصوبت جلسه اخیر، پی گیری مصوبات جلسه قبلی و پی گیری ها می باشد</p> | |
| <p>• برنامه عملیاتی پیش گیری و کنترل عفونت بیمارستان قابلیت تطبیق با نحوه اجرا در بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصوبات جلسات را داشته باشد) ۱ امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• برنامه عملیاتی پیش گیری و کنترل عفونت بیمارستان قابلیت تطبیق با نحوه اجرا در بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصوبات جلسات دارد.</p> | |
| <p>• خط مشی و روش های اجرایی پیش گیری و کنترل عفونت بیمارستان موجود باشد) ۲ امتیاز اختصاص می یابد</p> | <p>• خط مشی و روش های اجرایی پیش گیری و کنترل عفونت بیمارستان موجود است</p> | |
| <p>• اگر بیمارستان در نظام مراقبت عفونت بیمارستانی گزارش دهی داشته و نرخ عفونت بیمارستانی مورد گزارش به سطوح بالادستی سازمان (شبکه بهداشت و درمان، دانشگاه و وزارت بهداشت) منطقی و مطابق با واقعیت (قضاوت ارزیاب) میزان پذیرش، ماهیت بیماری و تعداد بیماران بستری در بخش های ویژه</p> | <p>• بیمارستان در نظام مراقبت عفونت بیمارستانی کشوری گزارش دهی داشته و نرخ عفونت بیمارستانی مورد گزارش به سطوح بالادستی سازمان (شبکه بهداشت و درمان، دانشگاه و وزارت بهداشت) منطقی و مطابق با واقعیت (قضاوت ارزیاب) میزان پذیرش، ماهیت بیماری و تعداد بیماران بستری در بخش های ویژه باشد.</p> | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>باشد(۲ امتیاز اختصاص می یابد)(لیکن در صورتی که در هنگام وقوع طغیان عفونت بیمارستانی، بیمارستان گزارش دهی به هنگام به سازمان بالادستی نداشته و مداخلات ضروری را اعمال ننموده باشد از سر جمع امتیازات بیمارستان ۵۰ امتیاز کسر می گردد)</p> | | |
| <p>• اگر در بیمارستان خط مشی و روش های اجرایی رعایت بهداشت دست موجود باشد. میزان تبعیت کارکنان از دستورالعمل بهداشت دست به صورت پایه و قبل از تعیین اهداف ارتقاء بهداشت دست اندازه گیری شده باشد. برنامه عملیاتی برای ارتقاء بهداشت دست موجود باشد(۱ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• در بیمارستان خط مشی و روش های اجرایی رعایت بهداشت دست موجود باشد. میزان تبعیت کارکنان از دستورالعمل بهداشت دست به صورت پایه و قبل از تعیین اهداف ارتقاء بهداشت دست اندازه گیری شده باشد. برنامه عملیاتی برای ارتقاء بهداشت دست موجود باشد</p> | |
| <p>• (۳ بند مذکور در مجموع (۲) امتیاز دارد)</p> | <p>• در مشاهده دیسپنسر hand rub در بخش ها و واحدهای بیمارستانی موجود باشد. • تبعیت از دستورالعمل رعایت بهداشت دست در مکان توسط ارزیاب ولو در بازه زمانی کوتاه تعیین و با توجه به متون علمی و شاخص های غیر مستقیم مطابقت داده و تعیین می شود. • وجود یادآورهای بهداشت دست</p> | |
| <p>• اگر خط مشی و روش های اجرایی ضد عفونی و استریلیزاسیون کلیه وسایل در بخش CSSD موجود باشد(۳ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• خط مشی و روش های اجرایی ضد عفونی و استریلیزاسیون کلیه وسایل در بخش CSSD</p> | <p>C.۲.۱.۲ بیمارستان تمیزی ، ضد عفونی و استریلیزاسیون</p> |
| <p>• اگر در مشاهده و بررسی روش اجرا منطبق با راهنماها باشد(۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• در مشاهده و بررسی روش اجرا منطبق با راهنماها باشد</p> | <p>مناسب کلیه تجهیزات را ، با تأکید خاص بر واحدها و بخش های پر خطر تضمین می نماید.</p> |
| <p>• اجرای مراحل ۱-۳ (پیوست ۱) نحوه استقرار همووئولانس در مراکز درمانی مورد ابلاغ از سازمان انتقال خون ایران(۳ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• اجرای مراحل ۱-۳ (پیوست ۱) نحوه استقرار همووئولانس در مراکز درمانی مورد ابلاغ از سازمان انتقال خون ایران</p> | <p>C.۳.۱.۱ بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی</p> |
| <p>• اجرای مراحل ۴-۵ (پیوست ۱) نحوه استقرار همووئولانس در مراکز درمانی مورد ابلاغ از سازمان انتقال خون ایران(۳ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• اجرای مراحل ۴-۵ (پیوست ۱) نحوه استقرار همووئولانس در مراکز درمانی مورد ابلاغ از سازمان انتقال خون ایران</p> | <p>بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>یابد)</p> <p>• اجرای مراحل ۱۰-۶ (پیوست ۱) نحوه استقرار همووئیزلانس در مراکز درمانی مورد ابلاغ از سازمان انتقال خون ایران (۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• اجرای مراحل ۱۰-۶ (پیوست ۱) نحوه استقرار همووئیزلانس در مراکز درمانی مورد ابلاغ از سازمان انتقال خون ایران</p> | <p>خونی ایمن اجرا می نماید .</p> |
| <p>• اگر داروها بر اساس لیست داروهای حیاتی مورد تایید پزشکان به تفکیک هر بخش موجود باشد (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• وجود داروها بر اساس لیست داروهای حیاتی مورد تایید پزشکان به تفکیک هر بخش</p> | <p>C.۵.۱.۱ بیمارستان دسترسی به داروهای حیاتی را در تمامی اوقات شبانه روز (۲۴ ساعته) تضمین می نماید.</p> |
| <p>• اگر داروها بر اساس لیست کلی داروهای حیاتی بیمارستان در داروخانه شبانه روزی بیمارستان موجود باشد (۳ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• وجود داروها بر اساس لیست کلی داروهای حیاتی بیمارستان در داروخانه شبانه روزی بیمارستان</p> | |
| <p>• اگر مصاحبه با کارکنان بالینی و بیماران و همراهان مؤید وجود داروهای حیاتی در بیمارستان در تمامی اوقات شبانه روز باشد (۵ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• مصاحبه با کارکنان بالینی و بیماران و همراهان مؤید وجود داروهای حیاتی در بیمارستان در تمامی اوقات شبانه روز باشد</p> | |
| <p>• اگر خط مشی و روش های اجرایی مدیریت دفع پسماند های بهداشتی درمانی موجود باشد (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• خط مشی و روش های اجرایی مدیریت دفع پسماند های بهداشتی درمانی</p> | <p>D.۲.۱.۱ بیمارستان بر اساس میزان خطر ،</p> |
| <p>• اگر راهنماهای مدیریت دفع پسماند های بهداشتی درمانی موجود باشد (۱ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• راهنماهای مدیریت دفع پسماند های بهداشتی درمانی</p> | <p>پسماند ها را از مبدأ تفکیک و کد بندی رنگی می نماید .</p> |
| <p>• اگر در مشاهده روش اجرا منطبق با راهنماها باشد و پسماند های بیمارستانی بر اساس میزان خطر کد بندی رنگی و تفکیک از مبدا شده باشد (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• در مشاهده روش اجرا منطبق با راهنماها باشد و پسماند های بیمارستانی بر اساس میزان خطر کد بندی رنگی و تفکیک از مبدا شده باشد</p> | |
| <p>• اگر راهنماهای مدیریت دفع پسماند های تیز و برنده موجود باشد (۳ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• راهنماهای مدیریت دفع پسماند های تیز و برنده</p> | <p>D.۲.۱.۲ بیمارستان از راهنماها ، از جمله</p> |
| <p>• وجود ظروف ایمن در بخش های بیمارستانی (فاقد سر سوزن دارای درپوش) مگر در موارد استثناء بسته به قضاوت ارزیاب (۳ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• وجود ظروف ایمن در بخش های بیمارستانی (فاقد سر سوزن دارای درپوش) مگر در موارد استثناء بسته به قضاوت ارزیاب</p> | <p>راهنماهای سازمان جهانی بهداشت ، جهت مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده تبعیت می نماید</p> |
| <p>• در مشاهده روش اجرا منطبق با راهنماها باشد (۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>• در مشاهده روش اجرا منطبق با راهنماها باشد</p> | |
| <p>• در صورت تایید با مشاهده / مصاحبه ۵ امتیاز تعلق می گیرد</p> | <p>• وجود خط مشی • وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی</p> | <p>اجتناب از اتصال نادرست کاتترها و</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود خط مشی ۲ امتیاز تعلق می گیرد • در صورت وجود روش اجرایی خاص بیمارستان • یامرکز آموزشی درمانی ۳ امتیاز تعلق می گیرد | | لوله ها |
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورت تایید با مشاهده / مصاحبه ۵ امتیاز • تعلق می گیرد • در صورت وجود خط مشی ۲ امتیاز تعلق می گیرد • در صورت وجود روش اجرایی خاص بیمارستان • یامرکز آموزشی درمانی ۳ امتیاز تعلق می گیرد | <ul style="list-style-type: none"> • وجود خط مشی • وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی | ارتباط صحیح کارکنان بهداشتی درمانی در حین تحویل و تحول بیمار مابین گروه، بخش و مراکز درمانی |
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورت تایید با مشاهده / مصاحبه ۷ امتیاز • تعلق می گیرد • در صورت وجود خط مشی ۱ امتیاز تعلق می گیرد • در صورت وجود روش اجرایی خاص بیمارستان • یامرکز آموزشی درمانی ۲ امتیاز تعلق می گیرد | <ul style="list-style-type: none"> • وجود خط مشی • وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی | تلفیق دارویی |
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورت تایید با مشاهده / مصاحبه ۵ امتیاز • تعلق می گیرد • در صورت وجود خط مشی ۲ امتیاز تعلق می گیرد • در صورت وجود روش اجرایی خاص بیمارستان • یامرکز آموزشی درمانی ۳ امتیاز تعلق می گیرد | <ul style="list-style-type: none"> • وجود خط مشی • وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی | کنترل محلول های الکترولیتی غلیظ |
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورت تایید با مشاهده / مصاحبه ۵ امتیاز • تعلق می گیرد • در صورت وجود خط مشی ۲ امتیاز تعلق می گیرد • در صورت وجود روش اجرایی خاص بیمارستان • یامرکز آموزشی درمانی ۳ امتیاز تعلق می گیرد | <ul style="list-style-type: none"> • وجود خط مشی • وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی | اجرای اقدام درمانی صحیح در موضع صحیح برای بیماران |
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورت تایید با مشاهده / مصاحبه ۵ امتیاز • تعلق می گیرد • در صورت وجود خط مشی ۲ امتیاز تعلق می گیرد • در صورت وجود روش اجرایی خاص بیمارستان • یامرکز آموزشی درمانی ۳ امتیاز تعلق می گیرد | <ul style="list-style-type: none"> • وجود خط مشی • وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی | داروهای با اسامی و اشکال مشابه |
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورت تایید با مشاهده / مصاحبه ۵ امتیاز | <ul style="list-style-type: none"> • وجود خط مشی | استفاده از وسایل |

| | | |
|---|--|------------------------------|
| <p>تعلق می گیرد</p> <ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود خط مشی ۲ امتیاز تعلق می گیرد <p>تعلق می گیرد</p> <ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود روش اجرایی خاص بیمارستان • یامرکز آموزشی درمانی ۳ امتیاز تعلق می گیرد | <ul style="list-style-type: none"> • وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی | <p>یکبار مصرف در تزیینات</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورت تایید با مشاهده / مصاحبه ۷ امتیاز <p>تعلق می گیرد</p> <ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود خط مشی ۱ امتیاز تعلق می گیرد <p>تعلق می گیرد</p> <ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود روش اجرایی خاص بیمارستان • یامرکز آموزشی درمانی ۲ امتیاز تعلق می گیرد | <ul style="list-style-type: none"> • وجود خط مشی • وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی | <p>ارتقاء بهداشت دست</p> |

مصاحبه

| نحوه امتیازدهی | سوال |
|--|---|
| <p>در صورتی که تمامی کارکنان مورد مصاحبه از وجود و نحوه کارکرد سیستم ثبت خطای بیمارستان آگاهی داشته باشند امتیاز کامل (۲ امتیاز)، در صورتی که هیچ یک از آنها از نحوه تکمیل و تدوین فرمهای ثبت خطا آگاهی نداشته باشند (۰ امتیاز) و در صورت آگاهی برخی از آنها (۱ امتیاز) اختصاص مییابد.</p> | <p>آیا کارکنان از سیستم ثبت خطا در بیمارستان آگاهی دارند؟</p> |
| <p>در صورتی که پرسنل از خط مشی و روشهای اجرایی یادگیری و به اشتراک گذاری نتایج ثبت خطا و تحلیل آن، آگاهی داشته باشند (۴ امتیاز)، در صورتی که پرسنل اطلاعی از وجود این خط مشی و روشهای اجرایی در بیمارستان نداشته باشند (۰ امتیاز) و در صورت آگاهی برخی از آنها (۲ امتیاز) احراز می گردد.</p> | <p>آیا پرسنل از خط مشی و روشهای اجرایی در رابطه با یادگیری و به اشتراک گذاری نتایج ثبت خطا و تحلیل آن، آگاهی دارند؟</p> |
| <p>در صورتیکه کلیه پرسنل بخش ها در مورد RCA آگاهی داشته باشند ۵ امتیاز و در صورتی که نیمی از پرسنل آگاهی داشته باشند ۲.۵ امتیاز و در صورت آگاهی هیچ کدام از پرسنل ۰ امتیاز تعلق می گیرد.</p> | <p>آیا پرسنل از نحوه انجام RCA آگاهی کامل دارند</p> |
| <p>در صورتیکه کلیه پرسنل بخش ها در مورد FMEA آگاهی داشته باشند ۵ امتیاز و در صورتی که نیمی از پرسنل آگاهی داشته باشند ۲.۵ امتیاز و در صورت آگاهی هیچ کدام از پرسنل ۰ امتیاز تعلق می گیرد.</p> | <p>آیا پرسنل از نحوه انجام FMEA آگاهی کامل دارند</p> |

شاخص های حاکمیت بالینی (آزمایشگاه مرجع سلامت)

| امتیاز کلی | نام کلی فرآیند | |
|------------|--|--------|
| ۱۰ | انجام منظم برنامه های کنترل کیفی داخلی در بخش های مختلف آزمایشگاه و در تمام شیفت های کاری | |
| امتیاز | مجموعه سوالات مرتبط با این فرآیند | (ردیف) |
| ۲ | آیا دستورالعمل مشروح چگونگی انجام کنترل کیفی داخلی در بخش های مختلف آزمایشگاه موجود است؟ (بررسی مستندات) | ۱ |
| ۴ | آیا برنامه مدون و سوابق و شواهد انجام کنترل کیفی داخلی در بخشهای مختلف آزمایشگاه و در تمام شیفت های کاری موجود است؟ (بررسی سوابق، مشاهده و مصاحبه) | ۲ |
| ۱ | آیا برای کنترل و نگهداری کلیه تجهیزات برنامه مدون زمانبندی شده و دستورالعمل حاوی جزئیات نحوه کنترل و نگهداری هر تجهیز موجود است؟ (بررسی مستندات) | ۳ |
| ۳ | آیا سوابق و شواهد انجام اقدامات مربوط به کنترل، نگهداری و کالیبراسیون تجهیزات موجود است؟ (بررسی سوابق، مشاهده و مصاحبه) | ۴ |
| امتیاز کلی | نام کلی فرآیند | |
| ۴ | تعیین حساسیت میکروبی به آنتی بیوتیک ها به روش استاندارد | |
| امتیاز | مجموعه سوالات مرتبط با این فرآیند | (ردیف) |
| ۱ | آیا دستورالعمل روش استاندارد انجام آزمایش تعیین حساسیت میکروبی - شامل راهنمای انتخاب تعداد و انواع دیسک های آنتی بیوتیکی لازم و مناسب (پانل آنتی بیوتیکی) برای هر ارگانیزم و جداول CLSI جهت تفسیر قطر هاله دیسکهای آنتی بیوتیکی - مکتوب شده و موجود است؟ (بررسی مستندات) | ۱ |
| ۲ | آیا سوابق و شواهد مبنی بر انجام آزمایش تعیین حساسیت میکروبی مطابق با دستورالعملهای مکتوب شده وجود دارد؟ (بررسی سوابق، مشاهده و مصاحبه) | ۲ |
| ۱ | آیا در آزمایشگاه های بیمارستانی، اطلاعات مربوط به نتایج آزمایش های تعیین حساسیت میکروبی بطور یکجا نگهداری می شود و نتایج آن حداقل بصورت سالیانه جهت اطلاع پزشکان یا کمیته کنترل عفونت بیمارستانی گزارش می گردد؟ (بررسی سوابق، مشاهده و مصاحبه) | ۳ |
| امتیاز کلی | نام کلی فرآیند | |
| ۳ | رعایت اصول ایمنی در آزمایشگاه | |
| امتیاز | مجموعه سوالات مرتبط با این فرآیند | (ردیف) |
| ۲ | آیا اصول ایمنی در آزمایشگاه مطابق با دستورالعمل ایمنی ابلاغ شده توسط آزمایشگاه مرجع سلامت رعایت می گردد؟ (بررسی سوابق، مشاهده و مصاحبه) | ۱ |
| ۱ | آیا وسایل حفاظت شخصی کارکنان در آزمایشگاه موجود است و به درستی مورد استفاده کارکنان قرار می گیرد؟ (مشاهده و مصاحبه) | ۲ |
| امتیاز کلی | نام کلی فرآیند | |
| ۵ | ارائه خدمات آزمایشگاهی اورژانس بر اساس فهرست مکتوب آزمایش های اورژانس و زمان پاسخدهی مورد انتظار و مورد توافق (که به امضاء رئیس بیمارستان، مسئول کمیته اورژانس و مسئول فنی آزمایشگاه رسیده است) | |
| امتیاز | مجموعه سوالات مرتبط با این فرآیند | (ردیف) |

| | | |
|---|---|---|
| ۱ | آیا فهرست آزمایشهای اورژانس در بخشهای اورژانس، بخشهای بالینی و آزمایشگاه موجود است؟ (بررسی مستندات) | ۱ |
| ۱ | آیا زمان چرخه کاری (پاسخدهی) مورد انتظار برای هر یک از آزمایشهایی که بطور اورژانس انجام میشود تعیین شده است؟ (بررسی مستندات) | ۲ |
| ۳ | آیا سوابق و شواهد ارائه خدمات آزمایشگاهی اورژانس بر اساس فهرست و مطابق با جدول زمانبندی تعیین شده وجود دارد؟ (بررسی سوابق، مشاهده و مصاحبه) | ۳ |

| حاکمیت بالینی | | |
|---------------|--|-------------------------------|
| امتیاز ملاک | زیر ملاک | ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی |
| ۶۰ | • آموزش بالینی با رویکرد مبتنی بر شواهد انجام شود* | اثربخشی بالینی |
| ۵۰ | • شواهد پژوهشی معتبر در طبابت بالینی استفاده شود** | |

* معیارهای امتیاز دهی اثربخشی بالینی برای فعالیتهای مراکز درمانی

*راندهای مبتنی بر شواهد

فعالیت اصلی: برگزاری راندهای مبتنی بر شواهد بر اساس طراحی سؤال بالینی قابل پاسخگویی به صورت یک بار در دو هفته (در صورتی که راندهای مبتنی بر شواهد انجام شده باشد اما در فواصل زمانی تعیین شده صورت نپذیرفته باشد، نصف امتیاز اختصاص می یابد).

ملاکهای امتیاز دهی: ۱۰ امتیاز

۱ - مستند سازی case مورد بحث | امتیاز

۲ - تکمیل فرم نسخه آموزشی (educational prescription) | ۵ امتیاز

۳ - استفاده از منابع اطلاعاتی مبتنی بر شواهد در راندها برای پاسخ به سؤالات (ترالی شواهد) | ۴ امتیاز

*ژورنال کلابهای مبتنی بر شواهد

فعالیت اصلی: برگزاری ژورنال کلاب و تولید یک عنوان دانش پرداخت (Critically Appraised Topic) یک مورد در دو هفته (در صورتی که راندهای مبتنی بر شواهد انجام شده باشد اما در فواصل زمانی تعیین شده صورت نپذیرفته باشد، نصف امتیاز اختصاص می یابد).

ملاکهای امتیاز دهی: ۲۰ امتیاز

۱ - برنامه ریزی نقد مقالات و رویه مشخص برای جلسات | ۶ امتیاز

۲ - ثبت جلسات ژورنال کلاب | ۲ امتیاز

۳ - تولید CAT | ۱۲ امتیاز

*برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی

فعالیت اصلی: برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی بر اساس اصول تفکر نقادانه به صورت هفته ای یک بار (در صورتی که راندهای مبتنی بر شواهد انجام شده باشد اما در فواصل زمانی تعیین شده صورت نپذیرفته باشد، نصف امتیاز اختصاص می یابد).

ملاکهای امتیاز دهی: ۳۰ امتیاز

- ۱ - ثبت case های مورد بحث به طور کامل و کلیه اقدامات انجام شده ۴.۵ امتیاز
- ۲ - استفاده از منابع اطلاعاتی مختلف برای بررسی جنبه های مختلف case ۹ امتیاز
- ۳ - بررسی گزینه های مختلف بر اساس نتایج شواهد پژوهشی ۹ امتیاز
- ۴ - تهیه دستورالعمل برای موارد مشابه ۷.۵ امتیاز

*تهیه پروتکل های داخل بخشی مبتنی بر شواهد

فعالیت اصلی: تدوین پروتکل های مبتنی بر شواهد در داخل بخشها به صورت هر سه ماه یک پروتکل (در صورتی تعداد کمتر نصف امتیاز تعلق می گیرد).

ملاکهای امتیاز دهی: ۵۰ امتیاز

- ۱ - مشخص کردن گره های تصمیم گیری (decision node) در مدیریت بیماری ۱۲.۵ امتیاز
- ۲ - انتخاب گایدلاین های مناسب (پس از تأیید اداره استاندارد و راهنمای بالینی وزارت بهداشت) و نقد آنها بر اساس معیار AGREE و یا استفاده از گایدلاین های ملی مورد تایید معاونت درمان وزارت بهداشت ۱۲.۵ امتیاز
- ۳ - برنامه ریزی و زمانبندی مناسب برای اجرای صحیح اقدامات ۱۵ امتیاز
- ۴ - تعیین نقاط کلیدی برای مشخص کردن راستا و جهت معیارهای ممیزی ۱۰ امتیاز

مستندات لازم:

| نحوه امتیاز دهی | مستندات | استاندارد |
|--|---|--|
| <p>*راندهای مبتنی بر شواهد</p> <p>فعالیت اصلی: برگزاری راندهای مبتنی بر شواهد بر اساس طراحی سؤال بالینی قابل پاسخگویی به صورت یک بار در دو هفته (در صورتی که راندهای مبتنی بر شواهد انجام شده باشد اما در فواصل زمانی تعیین شده صورت نپذیرفته باشد، نصف امتیاز اختصاص می یابد).</p> <p>ملاکهای امتیاز دهی: ۱۰ امتیاز</p> <p>۴ - مستند سازی case مورد بحث امتیاز</p> <p>۵ - تکمیل فرم نسخه آموزشی (educational prescription) ۵ امتیاز</p> <p>۶ - استفاده از منابع اطلاعاتی مبتنی بر شواهد در راندها برای پاسخ به سؤالات (ترالی شواهد) ۴ امتیاز</p> <p>*ژورنال کلابهای مبتنی بر شواهد</p> <p>فعالیت اصلی: برگزاری ژورنال کلاب و تولید یک</p> | <ul style="list-style-type: none"> • مستندات مربوط به برگزاری راندهای مبتنی بر شواهد براساس استانداردهای تایید شده وزارت بهداشت • مستندات مربوط به برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی راندهای مبتنی بر شواهد براساس استانداردهای تایید شده وزارت بهداشت • مستندات مربوط به برگزاری ژورنال کلابهای مبتنی بر شواهد براساس استانداردهای تایید شده وزارت بهداشت | <p>آموزش بالینی با رویکرد مبتنی بر شواهد انجام شود</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>عنوان دانش پرداخت (Critically Appraised Topic) یک مورد در دو هفته (در صورتی که راندهای مبتنی بر شواهد انجام شده باشد اما در فواصل زمانی تعیین شده صورت نپذیرفته باشد، نصف امتیاز اختصاص می یابد).</p> <p>ملاکهای امتیاز دهی: ۲۰ امتیاز</p> <p>۴ - برنامه ریزی نقد مقالات و رویه مشخص برای جلسات ۶ امتیاز</p> <p>۵ - ثبت جلسات ژورنال کلاب ۲ امتیاز</p> <p>۶ - تولید CAT ۱۲ امتیاز</p> <p>*برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی فعالیت اصلی: برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی بر اساس اصول تفکر نقادانه به صورت هفته ای یک بار (در صورتی که راندهای مبتنی بر شواهد انجام شده باشد اما در فواصل زمانی تعیین شده صورت نپذیرفته باشد، نصف امتیاز اختصاص می یابد).</p> <p>ملاکهای امتیاز دهی: ۳۰ امتیاز</p> <p>۵ - ثبت Case های مورد بحث به طور کامل و کلیه اقدامات انجام شده ۴.۵ امتیاز</p> <p>۶ - استفاده از منابع اطلاعاتی مختلف برای بررسی جنبه های مختلف Case ۹ امتیاز</p> <p>۷ - بررسی گزینه های مختلف بر اساس نتایج شواهد پژوهشی ۹ امتیاز</p> <p>• تهیه دستورالعمل برای موارد مشابه ۷.۵ امتیاز</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • مشخص کردن گره های تصمیم گیری (decision node) در مدیریت بیماری ۱۲.۵ امتیاز • انتخاب گایدلاینهای مناسب و نقد آنها بر اساس معیار AGREE ویا استفاده از گایدلاینهای ملی مورد تایید معاونت درمان وزارت بهداشت ۱۲.۵ امتیاز • برنامه ریزی و زمانبندی مناسب برای اجرای صحیح اقدامات ۱۵ امتیاز • تعیین نقاط کلیدی برای مشخص کردن راستا و جهت معیارهای ممیزی ۱۰ امتیاز | <ul style="list-style-type: none"> • پروتکل های تشخیصی درمانی براساس راهنماهای بالینی مصوب وزارت بهداشت • استانداردهای پیامد براساس شواهد پژوهشی معتبر یا راهنماهای بالینی مصوب وزارت بهداشت • استانداردهای فرایند براساس شواهد پژوهشی معتبر یا راهنماهای بالینی مصوب وزارت بهداشت | <p>شواهد پژوهشی معتبر در طبابت بالینی استفاده شود</p> |

| حاکمیت بالینی | | |
|---------------|---|-------------------------------|
| امتیاز ملاک | زیر ملاک | ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی |
| ۱۰۰ | • حداقل چهار مورد ممیزی بالینی انجام شود* | ممیزی بالینی |

*ممیزی بالینی

فعالیت اصلی: ممیزی عملکرد بالینی برای ۴ استاندارد در سال

ملاکهای امتیاز دهی: هر ممیزی ۲۵ امتیاز

۱ - تدوین معیار و استاندارد ممیزی بالینی بر پایه راهنماهای بالینی یا شواهد معتبر پژوهشی نحوه امتیاز دهی: کل امتیاز اختصاص یافته برای تدوین معیار و استاندارد ممیزی بالینی معادل ۵ می باشد. البته امتیاز اضافی معادل ۲ امتیاز نیز به ازای تدوین هر معیار پیامدی تعلق خواهد گرفت. برای مثال در صورتی که بیمارستان توانسته باشد مبنای ممیزی بالینی خود را براساس معیار پیامدی انجام داده باشد به جای ۵ امتیاز، ۷ امتیاز به او تعلق خواهد گرفت.

۲ - تعیین ملاکهای ارزیابی عملکرد مرتبط و معتبر ۵ امتیاز

۳ - برنامه ریزی صحیح برای ثبت شاخصهای ارزیابی عملکرد ۵ امتیاز

۴ - اندازه گیری صحیح شاخصها ۲.۵ امتیاز

۵ - برنامه ریزی صحیح برای دستیابی به استانداردها ۷.۵ امتیاز

| نحوه امتیاز دهی | مستندات | استاندارد |
|--|---|---|
| <p>• به ازای هر ممیزی بالینی (۲۵ امتیاز اختصاص می یابد) ملاکهای امتیاز دهی: هر ممیزی ۲۵ امتیاز</p> <p>۱ - تدوین معیار و استاندارد ممیزی بالینی بر پایه راهنماهای بالینی یا شواهد معتبر پژوهشی نحوه امتیاز دهی: کل امتیاز اختصاص یافته برای تدوین معیار و استاندارد ممیزی بالینی معادل ۵ می باشد. البته امتیاز اضافی معادل ۲ امتیاز نیز به ازای تدوین هر معیار پیامدی تعلق خواهد گرفت. برای مثال در صورتی که بیمارستان توانسته باشد مبنای ممیزی بالینی خود را براساس معیار پیامدی انجام داده باشد به جای ۵ امتیاز، ۷ امتیاز به او تعلق خواهد گرفت.</p> <p>۲ - تعیین ملاکهای ارزیابی عملکرد مرتبط و معتبر ۵ امتیاز</p> <p>۳ - برنامه ریزی صحیح برای ثبت شاخصهای ارزیابی عملکرد ۵ امتیاز</p> <p>۴ - اندازه گیری صحیح شاخصها ۲.۵ امتیاز</p> <p>۵ - برنامه ریزی صحیح برای دستیابی به استانداردها ۷.۵ امتیاز</p> | <p>• مستندات مبنی بر انجام چهار مورد ممیزی بالینی</p> <p>• در بیمارستان های دارای بخش زایمان دو مورد ممیزی زایمان به روش سزارین و خونریزی پس از زایمان مورد نظر است.</p> <p>• در حیطة پرستاری ممیزی زخم بستر، افتادن از تخت و فلبیت پیشنهاد می شود.</p> <p>• در صورت ابلاغ گایدلاین های ملی ممیزی این گایدلاین ها مورد نظر می باشد.</p> | <p>حداقل چهار مورد ممیزی بالینی انجام شود</p> |

| حاکمیت بالینی | | |
|---------------|---|-------------------------------|
| امتیاز ملاک | زیر ملاک | ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی |
| ۲۵ | • سیستم HIS در بیمارستان استقرار یافته باشد | استفاده از اطلاعات |
| ۱۰۰ | • ۵۰ شاخص عملکردی در بیمارستان تعیین شده است | |
| ۱۵۰ | • مداخلات موثر بر اساس شاخصهای تعیین شده در بیمارستان انجام می پذیرد. | |

| نحوه امتیاز دهی | مستندات | استاندارد |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود سیستم امتیاز کامل (۵ امتیاز) و در صورت عدم وجود سیستم (۰ امتیاز) تعلق میگیرد. • در صورت ثبت در HIS براساس ICD۱۰ امتیاز تعلق می گیرد و در صورت عدم وجود سیستم (۰ امتیاز) تعلق میگیرد. • در صورت ثبت در HIS بر اساس ICD۹ ۱۰ امتیاز تعلق می گیرد و در صورت عدم وجود سیستم (۰ امتیاز) تعلق میگیرد. | <ul style="list-style-type: none"> • مشاهده سیستم HIS • ثبت بیماریها بر اساس سیستم کدینگ بین المللی ICD۱۰ • ثبت موارد مرگ ومیر براساس سیستم کدینگ بین المللی ICD۹ | سیستم HIS در بیمارستان استقرار یافته باشد |
| <ul style="list-style-type: none"> • به ازاء تعیین و اندازه گیری هر شاخص عملکردی ۲ امتیاز تعلق می گیرد. • قابل ذکر است در بیمارستان های دارای اورژانس و بخش زایمان ۵ شاخص اورژانس کشوری و ۴ شاخص بیمارستان های دوستدار مادر شامل این شاخص های عملکردی خواهد شد، در صورت فقدان این بخش ها شاخص های عملکردی بر حسب تخصص بیمارستان مورد نظر می باشد که در صورت تعیین و اندازه گیری تمام شاخص ها ۱۰۰ امتیاز تعلق می گیرد. در ضمن از ۵۰ شاخص ۱۰ شاخص می تواند دروندادی (INPUT) باشد. در بیمارستان هایی که دارای بخش زایمان می باشند یک شاخص نیروی انسانی الزامی می باشد. (طبق پیوست) | <ul style="list-style-type: none"> • وجود مستنداتی که نشان دهد شاخص های عملکردی کلیدی در بیمارستان در فواصل معین تعیین و اندازه گیری می شود. | ۵۰ شاخص عملکردی در بیمارستان تعیین شده است |
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورتی که برای هر کدام از شاخص های عملکردی تعیین شده مداخله اصلاحی انجام شده باشد به ازاء هر شاخص ۲ امتیاز تعلق می گیرد. در صورت برنامه ریزی برای اصلاح شاخص ها در صورتی که مداخله کامل نباشد یک امتیاز تعلق می گیرد. | <ul style="list-style-type: none"> • مستندات برنامه عملیاتی برای هر یک از اقدامات اصلاحی | مداخلات موثر بر اساس شاخصهای تعیین شده برحسب نوع تخصص هر بیمارستان انجام پذیرد |

مصاحبه:

| نحوه امتیازدهی | سوال |
|---|--|
| در صورتی که مدیریت بیمارستان از نحوه انجام مداخله اصلاحی به ازاء هر شاخص آگاهی داشته باشد (۱ امتیاز) و در صورت عدم اطلاع (۰ امتیاز) تعلق می گیرد. | آیا مدیریت بیمارستان از نحوه انجام اقدام اصلاحی جهت بهبود شاخص های عملکردی اطلاع دارد؟ |

| حاکمیت بالینی | | |
|---------------|--|-------------------------------|
| امتیاز ملاک | زیر ملاک | ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی |
| ۲۰ | • نظام رسیدگی به شکایات در بیمارستان استقرار یافته است. | تعامل با بیماران و جامعه |
| ۲۵ | • واحد پیشگیری و ارتقا سلامت و یا گروه آموزش به بیمار (زیر کمیته بهبود کیفیت) در بیمارستان وجود دارد | |
| ۲۱ | • بیمارستان دارای برنامه مدون جهت آگاه سازی بیماران و همراهان در ارتباط با حقوقشان و همچنین خدمات درمانی و غیر درمانی قابل ارائه می باشد. * | |
| ۱۱۵ | • ارزیابی بیماران در بدو ورود و ارزیابی مجدد حین بستری برای بررسی عوامل خطر عام و خاص و آموزشهای حین ترخیص انجام میشود | |
| ۳۰ | آموزش های پس از ترخیص در بیمارستان انجام می شود. (دستورالعمل پس از ترخیص بیماران روانی اداره سلامت روان در بیمارستانهای روانپزشکی طبق راهنمای اداره سلامت روان ارائه شود) | |
| ۲۰ | • دستورالعمل رفتار با کودک ابلاغ شده اداره سلامت روان وزارت بهداشت در بیمارستان اجرا شده است | |
| ۱۰ | • برنامه رضایت سنجی بیماران در بیمارستان استقرار یافته است. | |

| نحوه امتیاز دهی | مستندات | استاندارد |
|---|---|---|
| ۱ امتیاز | مشاهده مستنداتی مبنی بر وجود سیاست برای دریافت شکایات | وجود شیوه هایی جهت دریافت شکایات (تلفنی-مکتبه ای- حضوری اینترنتی.....) |
| ۱ امتیاز | مشاهده مستندات | اختصاص فردی به عنوان مسئول رسیدگی به شکایات |
| ۱ امتیاز | مشاهده مستندات | اختصاص کد به هر شکایت و دادن آن کد به فرد شاکی |
| ۳ امتیاز | مشاهده مستندات مبنی بر طبقه بندی شکایات بر اساس اولویت، شدت، تکرار، و همچنین نوع شکایات (اداری ، مالی ، بالینی، خدمات، قصور) و ارجاع بر آن اساس | طبقه بندی شکایات براساس اولویت، شدت ، تکرار، و نوع شکایت |
| در صورتی که بالای ۷۵٪ شکایات به نتیجه رسیده باشد. ۶ امتیاز ۵۰ تا ۷۵٪ شکایات به نتیجه رسیده باشد. ۴ امتیاز ۲۵٪ تا ۵۰٪ شکایات به نتیجه رسیده باشد. ۲ امتیاز زیر ۲۵٪ شکایات به نتیجه رسیده باشد. ۱ امتیاز | وجود شاخص حل و فصل شکایات بر اساس: درصد شکایت های حل و فصل شده به کل شکایات | میزان حل و فصل شکایات (بصورت درجا و یا ارجاع به سطوح ذیربط) |
| ۲ امتیاز | مشاهده مستندات | تحلیل مثبت شکایات |
| ۲ امتیاز | گزارش اقدامات و وجود برنامه عملیاتی جهت انجام اصلاحات | انجام اقدامات اصلاحی |
| وظیفه این واحد برنامه ریزی های ارتقاء سلامت و مدیریت بیماری ها با گروه هدف بیماران، خانواده بیماران و کارکنان می باشد تشکیل واحد به ییوست آمده است در صورت نداشتن واحد، گروه آموزش سلامت می بایستی در بیمارستان تشکیل شده باشد اعضا همکار گروه شامل معاون آموزشی بیمارستان، سوپروایزر آموزشی، سرپرستار و افراد واجد صلاحیت بر اساس تایید تیم بوده و کار این گروه برنامه ریزی و نظارت بر امر ارتقاء سلامت و مدیریت بیماری ها می باشد | وجود واحد و بررسی مستندات | واحد پیشگیری و ارتقاء سلامت (در صورت عدم امکان وجود گروه آموزش سلامت به عنوان زیر کمیته بهبود کیفیت در بیمارستان) |

| | | |
|---|--|---|
| <p>۲۵ امتیاز واحد و در صورت عدم وجود واحد ۵ امتیاز به گروه تعلق میگیرد</p> | | |
| <p>۱۰ امتیاز</p> | <p>بررسی مستندات</p> | <p>وجود خط مشی و روش اجرایی برای ارزیابی بیماران از نظر عوامل خطر عام مانند وضعیت استعمال دخانیات، وضعیت تغذیه، وضعیت روانی- اجتماعی- اقتصادی، چاقی و ...</p> |
| <p>۱۰ امتیاز</p> | <p>بررسی مستندات</p> | <p>وجود خط مشی و روش اجرایی برای ارزیابی بیماران از نظر عوامل خطر خاص مانند بیماران دیابتی، آسمی، بیماری ریوی ...</p> |
| <p>* درصد بیماران ارزیابی شده برای عوامل خطر عمومی در حداقل 10 نمونه تصادفی صورت کسر تعداد کلی بیماران دارای شواهد موجود در پرونده هایشان مبنی بر این که ارزیابی عوامل خطر شامل استعمال دخانیات، تغذیه برای آنها صورت گرفته است. مخرج کسر تعداد بیماران بیش از ۷۵٪ ۳۰ امتیاز بیش از ۵۰٪ ۲۰ امتیاز ۲۵-۵۰٪ ۱۰ امتیاز با ۲۵-۱٪ ۲ امتیاز</p> | <p>مشاهده مستندات مبنی بر درصد بیماران آموزش دیده برای اصلاح عوامل خطر عام</p> | <p>آموزش بیماران بر اساس ارزیابی نیازهای سلامت بیماران برای عوامل خطر عام</p> |
| <p>درصد بیماران ارزیابی شده برای عوامل خطر خاص در حداقل 10 نمونه تصادفی صورت کسر بیمارانی که میتوانند اقدامات لازم برای مدیریت بیماری خود را نام ببرند. مخرج کسر کلیه بیماران (نمونه) بیش از ۷۵٪ ۳۰ امتیاز بیش از ۵۰٪ ۲۰ امتیاز ۲۵-۵۰٪ ۱۰ امتیاز</p> | <p>مشاهده مستندات مبنی بر درصد بیماران آموزش دیده برای اصلاح عوامل خطر خاص</p> | <p>آموزش بیماران بر اساس ارزیابی نیازهای سلامت بیماران برای عوامل خطر خاص</p> |

| | | |
|---|--|--|
| با ۲۵-۱٪ ۲ امتیاز | | |
| بیمارستان دارای برنامه آموزش به بیماران به صورت گروهی و برگزاری این کلاس ها بصورت منظم باشد ۵ امتیاز | مشاهده مستندات | برگزاری برنامه آموزش به بیماران به صورت گروهی |
| در صورتیکه بیمارستان با بیش از ۵۰٪ بیماران (حد اقل برای سه بیماری شایع) ۲-۴ روز پس از ترخیص، تماس تلفنی جهت حل مشکلات احتمالی برقرار نماید ۱۰ امتیاز اگر با ۵۰-۲۵٪ بیماران تماس بگیرد ۵ امتیاز اگر با ۲۵-۱٪ بیماران تماس بگیرد ۲ امتیاز | مشاهده مستندات مربوط به برقراری ارتباط تلفنی | برقراری ارتباط تلفنی با بیماران ۲-۴ روز پس از ترخیص (تا یک ماه پس از ترخیص برحسب نوع بیماری) |
| ۵ امتیاز | مشاهده مستندات | اختصاص بخشی از وب سایت بیمارستان برای امر آموزش به بیمار |
| ۵ امتیاز | | وجود روانشناس در بخش و یا درمانگاه کودکان و نوجوانان |
| ۵ امتیاز | | آشنایی پرسنل بخش و درمانگاه کودکان با علائم و نشانه های کودک آزاری و ارجاع به مددکار |
| ۱ امتیاز | مشاهده مستندات | پرسشنامه رضایت سنجی بیمار موجود است |
| ۲.۵ امتیاز | مشاهده مستندات | تحلیل و اقدام اصلاحی بر اساس نتایج فرم های رضایت سنجی |

| سوال | نحوه امتیازدهی |
|--|---|
| آیا مسئول رسیدگی به شکایات درموردآگاه کردن پرسنل و بیماران از شیوه های متعدد دریافت شکایت و چگونگی رسیدگی به آن اطلاع دارد؟ | در صورتیکه فرد مسئول رسیدگی به شکایات درموردآگاه کردن پرسنل و بیماران از شیوه های متعدد دریافت شکایت و چگونگی رسیدگی به آن (۲ امتیاز اختصاص می یابد) |
| آیا بر اساس شکایات واصله اقدامات اصلاحی انجام میگیرد؟ | در صورتیکه فرد مسئول در مورد درحال اجرا بودن اقدامات اصلاحی اطلاع دارد(۲ امتیاز اختصاص می یابد) |
| آیا پرسنل برای رعایت حقوق بیمار آموزش لازم را دیده اند؟ | مصاحبه با ۲ نفر از پرسنل (آیا منشور حقوق بیمار را کاملا و به درستی برای بیمار و همراهان مطرح می کنند) (۲ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر پرسنل ۱ امتیاز |
| آیا بیماران و خانواده با منشور حقوق بیمار آشنایی دارند؟ | مصاحبه با ۲ بیمار و یا در صورت لزوم همراهان از نظر آشنایی با حقوق خود (۴ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۲ امتیاز |
| معرفی خدمات غیر درمانی مانند نشان دادن محل پله اضطراری- دستشویی-زنگ اخبار-نحوه استفاده از اهرم های تخت- نحوه استفاده از امکانات موجود در بخش | مصاحبه با ۲ نفر از بیماران (آیا از این خدمات اطلاع دارند؟) و یک نفر از پرسنل (ایا بیماران را توجیه می کنند؟) (۳ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۱ امتیاز و مصاحبه با پرسنل ۱ امتیاز |
| آیا کلیه کارکنان ارائه دهنده خدمت به بیمار خود را معرفی می کنند؟ | مصاحبه با ۲ بیمار به صورت تصادفی (آشنایی با پزشک معالج، دستیاران مربوطه (در صورت وجود)، پرستار مسئول در هر شیفت) (۲ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۱ امتیاز |
| آیا پوشش مناسب بیمار رعایت می گردد؟ | مصاحبه با ۲ بیمار به صورت تصادفی (۲ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۱ امتیاز |
| آیا طرح انطباق رعایت می گردد؟ | مصاحبه با ۲ نفر از بیماران (۲ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۱ امتیاز |
| آیا جدا سازی بیماران در اطاق های چند تخته با استفاه از پرده صورت می گیرد؟ | مصاحبه با ۲ بیمار به صورت تصادفی (۲ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۱ امتیاز |
| توجیه لازم در مورد هزینه های درمان و بیمه برای بیماران صورت میگیرد؟ | مصاحبه با ۲ بیمار به صورت تصادفی (۴ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۲ امتیاز |
| برنامه آموزش به بیمار درحین بستری استقرار یافته است؟ | مصاحبه با ۵ بیمار به صورت تصادفی در بخش های مختلف و ۱ - مبنی بر اینکه توصیه های لازم راجع به عوامل خطر عام |

| | |
|--|--|
| <p>(ترک سیگار، تغذیه، فعالیت فیزیکی و...) و یا خاص (نوع بیماری، مراقبت، درمان و عوارض، آموزش نحوه استفاده ایمن و موثر از تمامی داروهای بیمار، استفاده ایمن و موثر از تجهیزات پزشکی و وسایل کمک درمانی اثرات احتمالی میان داروهای تجویزی و داروهای دیگر و تغذیه بیمار، تغذیه و رژیم غذایی مناسب برای بیمار، مدیریت درد، آموزش تکنیک های بازتوانی) را دریافت نموده اند 30 امتیاز هر بیمار 6 امتیاز</p> <p>۲ - مصاحبه بصورت تصادفی با ۲ نفر از پرسنل آموزش به بیمار در مورد نحوه انجام آموزش و اطمینان از اینکه کلیه پرسنل آموزش دهنده بر اساس برنامه ریزی واحد پیشگیری و ارتقاء سلامت یا گروه آموزش به بیمار، آموزش را ارائه می دهند. (۵ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر پرسنل ۲.۵ امتیاز</p> | |
| <p>مصاحبه تصادفی با ۲ بیمار که در این کلاس ها حضور داشته اند؟ در صورت عدم دسترسی به بیمار از طریق تلفنی چک شود؟ (۲ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۱ امتیاز</p> | <p>آیا بیمارستان برنامه آموزش به بیماران به صورت گروهی را اجرا می نماید؟</p> |
| <p>مصاحبه با ۲ بیمار در حال ترخیص یا مرخص شده به صورت تصادفی (۴ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۲ امتیاز</p> | <p>آیا اطلاع رسانی کلامی و نوشتاری جهت مراجعات بعدی به بیمار صورت میگیرد؟</p> |
| <p>مصاحبه با ۲ بیمار در حال ترخیص یا مرخص شده به صورت تصادفی (۴ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۲ امتیاز</p> | <p>آیا بیمارستان آدرس سایت ها و منابع و مراکز مرتبط با آموزش بیمار در سطح جامعه را در اختیار بیماران می گذارد.</p> |
| <p>۵ امتیاز</p> | <p>ارتباط صحیح با کودک و والد در بدو ورود</p> |
| <p>۵ امتیاز</p> | <p>توجه به نیازهای عاطفی، رفاهی، بهداشتی و درمانی، جسمی و ارتقاء سلامت روان کودکان و نوجوان در بخش و درمانگاه</p> |
| <p>مصاحبه با فرد مسئول (۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>آیا مسئول مربوطه از روش انجام رضایت سنجی اطلاع دارد؟</p> |
| <p>مصاحبه با فرد مسئول (۲.۵ امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>آیا مسئول مربوطه از روش تحلیل پرسشنامه های رضایت سنجی اطلاع دارد؟</p> |

| امتیاز | نام محور |
|--------|--------------------------|
| ۱۷۰ | مدیریت و رهبری |
| ۲۵۰ | آموزش و مدیریت کارکنان |
| ۳۵۸ | مدیریت خطر و ایمنی بیمار |
| ۲۷۵ | استفاده از اطلاعات |
| ۱۱۰ | اثربخشی بالینی |
| ۱۰۰ | ممیزی بالینی |
| ۲۴۱ | تعامل با بیماران و جامعه |
| ۱۵۰۴ | جمع کل |

