

فهرست

صفحه	عنوان
۲	مشترکات کمیته‌ها
۶	کمیته بهبود کیفیت
۱۱	کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی
۱۸	کمیته اخلاق پزشکی
۲۰	کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات
۲۳	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار
۲۶	کمیته ایمنی مادر و نوزاد و ترویج تغذیه با شیر مادر
۳۶	کمیته بهداشت محیط
۳۸	کمیته کنترل عفونت بیمارستانی
۴۳	کمیته مرگ و میر، عوارض، آسیب شناسی و نسوج
۵۱	کمیته بحران و بلایا
۵۷	کمیته اورژانس بیمارستانی
۵۹	کمیته طب انتقال خون
۶۲	منابع

کمیته‌های بیمارستانی

(۱) مشترکات کمیته‌ها

(۱-۱) کمیته‌های ذیل در بیمارستان فعال می‌باشند.

(۱-۱-۱) بهبود کیفیت، دارو، درمان و تجهیزات پزشکی، اخلاق پزشکی، مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات، حفاظت فنی و بهداشت کار، ایمنی مادرو نوزاد و ترویج تغذیه با شیر مادر، بهداشت محیط، کنترل عفونت، مرگ و میر و عوارض و آسیب شناسی و نسوج، اورژانس بیمارستانی، بحران و بلایا و طب انتقال خون

سنجه. مستندات نشان می‌دهند کمیته‌های فوق الذکر (شامل کمیته‌ها و زیر کمیته‌ها) در بیمارستان فعال است.*

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.۱	۲	۱
	الف	صورت جلسات کمیته‌های فوق الذکر	ه		ی	صورت جلسات ۲۰-۰٪ کمیته‌ها موجود است	صورت جلسات ۶۰-۲۱٪ کمیته‌ها موجود است	صورت جلسات ۱۰۰-۶۱٪ کمیته‌ها موجود است	
	ب		و		ک				
	ج	در بیمارستان	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

* تذکر: وجود کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر، در بیمارستان‌های غیر جنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند لازم نیست.

۲-۱) کمیته‌های مذکور در فواصل زمانی منظم تشکیل جلسه می‌دهند.

سنجه. کمیته‌های مذکور در فواصل زمانی تعیین شده تشکیل جلسه می‌دهند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.ا	۲	۱	۰
	الف	صورت جلسات کمیته‌های مذکور *	ه		ی		۲۰-۰٪ کمیته‌ها در فواصل زمانی تعیین شده تشکیل جلسه می‌دهند	۶۰-۲۱٪ کمیته‌ها در فواصل زمانی تعیین شده تشکیل جلسه می‌دهند	۱۰۰-۶۱٪ کمیته‌ها در فواصل زمانی تعیین شده تشکیل جلسه می‌دهند	
	ب	برگزار شده در فواصل زمانی تعیین شده	و		ک		یا	یا	و	
	ج	در بیمارستان	ز		ل		در ۲۰-۰٪ موارد، صورت جلسات، مشخصات مندرج در تذکر ذیل جدول را دارد.	در ۶۰-۲۱٪ موارد، صورت جلسات، مشخصات مندرج	در ۱۰۰-۶۱٪ موارد، صورت جلسات، مشخصات مندرج	
	د		ح		م					
			ط							

* تذکر: صورت جلسات کمیته‌ها حداقل شامل فهرست اسامی حاضرین، غایبین، مهم‌ترین موضوعات مورد بحث، مصوبات، مسئول پیگیری هر مصوبه، مهلت مقرر جهت اجرا، نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل، تاریخ برگزاری جلسه فعلی و جلسه آتی است.

۳-۱) لیستی از اعضای هر کمیته در اختیار دبیر کمیته است. (در رابطه با کمیته کنترل عفونت این لیست در اختیار روسای تمامی بخش ها و واحدهای بیمارستان است).

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند که بیمارستان با توجه به شرح وظایف کمیته ها، فهرستی از اعضای اصلی، رییس و دبیر کمیته را با ذکر سمت، نام و نام خانوادگی آن ها مشخص نموده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	فهرست تمامی کمیته ها با درج مشخصات اعضای اصلی، رییس و دبیر آن ها	ه		ی	فهرست مذکور موجود نیست	فهرست مذکور موجود است اما کامل نیست	فهرست مذکور موجود و کامل است	
	ب	مشخصات شامل نام، نام خانوادگی و سمت	و		ک				
	ج	در بیمارستان	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

۴-۱) آیین نامه داخلی کمیته ها موجود است.

سنجه. آیین نامه داخلی کمیته ها با مشارکت اعضای آن ها تهیه شده و به تایید مدیران ارشد بیمارستان رسیده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	آیین نامه داخلی کمیته ها	ه		ی	آیین نامه داخلی ۲۰-۰٪ کمیته ها موجود است	آیین نامه داخلی ۶۰-۲۱٪ کمیته ها موجود است	آیین نامه داخلی ۱۰۰-۶۱٪ کمیته ها موجود است	
	ب	مشخصات مندرج در سنجه	و		ک				
	ج	در بیمارستان	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

۵-۱) همه اعضای کمیته‌ها (به ویژه اعضای جدید) در مورد اهداف کمیته و وظایف محوله، به خوبی توجیه شده و آموزش دیده‌اند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند دوره توجیهی برای اعضای جدیدالورود کمیته‌ها انجام می‌شود که حداقل شامل اهداف، شرح وظایف و آیین نامه داخلی آن‌ها می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.ا
	الف	مستندات گذراندن دوره توجیهی برای افراد جدیدالورود	ه		ی	از اعضای جدیدالورود کمیته‌ها				
	ب	مشخصات مندرج در سنجه و با امضای فرد توجیه شده	و		ک	درخصوص محتوای دوره توجیهی کمیته‌ها				
	ج	در بیمارستان	ز		ل	افراد جدیدالورود کمیته‌ها طی ۶ ماهه گذشته				
	د		ح		م	۱۰ نفر از کمیته‌های مختلف				
			ط							
							۰-۲ نفر از افراد جدیدالورود از محتوای دوره‌ی توجیهی کمیته خود اطلاع دارند	۳-۶ نفر از افراد جدیدالورود از محتوای دوره‌ی توجیهی کمیته خود اطلاع دارند	۷-۱۰ نفر از افراد جدیدالورود از محتوای دوره‌ی توجیهی کمیته خود اطلاع دارند	هیچ فرد جدیدالورودی طی ۶ ماهه اخیر وجود نداشته‌است

(۲) کمیته بهبود کیفیت

۱-۲) کمیته بهبود کیفیت اقدامات ذیل را انجام می دهد:

۱-۱-۲) هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیت های بهبود کیفیت در کل بیمارستان

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند کمیته بهبود کیفیت هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیت های بهبود کیفیت در کل بیمارستان را انجام می دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	فهرست تمام بخش ها / واحدهای بیمارستان و صورت جلسات و مستندات هماهنگی با تمامی واحدها / بخش های مختلف برای تدوین و پیشبرد برنامه بهبود کیفیت بیمارستان و مستندات برنامه یکپارچه و نهایی بهبود کیفیت که بخش ها / واحدهای مختلف در آن دیده شده اند	ه		ی	نمایندگان بخش ها / واحدهای مختلف که طبق مستندات در جلسه شرکت کرده اند	صورت جلسات و مستندات نشان می دهند که تمامی واحدها / بخش ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت کل بیمارستان مشارکت نداشته اند	صورت جلسات و مستندات نشان می دهند که تمامی واحدها / بخش ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته اند	صورت جلسات و مستندات نشان می دهند که تمامی واحدها / بخش ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته اند	
	ب	با درج امضا شرکت کنندگان و درج بخش / واحد محل خدمت آنها	و		ک	آیا در انجام فعالیت های بهبود کیفیت در رابطه با بخش / واحد خودتان از شما نظرخواهی شده و مشارکت داشته اید؟	صورت جلسات و مستندات نشان می دهند که تمامی واحدها / بخش ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته اند	صورت جلسات و مستندات نشان می دهند که تمامی واحدها / بخش ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته اند	صورت جلسات و مستندات نشان می دهند که تمامی واحدها / بخش ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته اند	
	ج	در واحد بهبود کیفیت یا نزد دبیر این کمیته	ز		ل		صورت جلسات و مستندات نشان می دهند که تمامی واحدها / بخش ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته اند	صورت جلسات و مستندات نشان می دهند که تمامی واحدها / بخش ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته اند	صورت جلسات و مستندات نشان می دهند که تمامی واحدها / بخش ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته اند	
	د		ح		م	از نمایندگان ۵ بخش / واحد که نام آنها در صورت جلسات آمده است	صورت جلسات و مستندات نشان می دهند که تمامی واحدها / بخش ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته اند	صورت جلسات و مستندات نشان می دهند که تمامی واحدها / بخش ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته اند	صورت جلسات و مستندات نشان می دهند که تمامی واحدها / بخش ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته اند	
			ط				صورت جلسات و مستندات نشان می دهند که تمامی واحدها / بخش ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته اند	صورت جلسات و مستندات نشان می دهند که تمامی واحدها / بخش ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته اند	صورت جلسات و مستندات نشان می دهند که تمامی واحدها / بخش ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته اند	

۲-۱-۲) ارائه فهرست اولویت‌ها و شاخص‌های بهبود کیفیت در کل بیمارستان به تیم مدیریت ارشد

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته بهبود کیفیت فهرست اولویت‌ها و شاخص‌های بهبود کیفیت کل بیمارستان را که از سوی واحد بهبود کیفیت با مشارکت نمایندگان بخش/ واحدهای مختلف بیمارستان تهیه شده‌است، بررسی و تایید نموده و به تیم مدیریت ارشد ارائه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	مستندات گزارش‌های ارائه شده به تیم مدیریت ارشد با ذکر نام و محل خدمت افرادی که در تهیه آن مشارکت داشته‌اند و صورت جلسات تایید اولویت‌ها و شاخص‌های بهبود کیفیت و فهرست اولویت‌ها و شاخص‌های بهبود کیفیت کل بیمارستان	ه		ی	از نمایندگان بخش‌ها/ واحدهای مختلف که در فهرست تهیه‌کنندگان به آن‌ها اشاره شده‌است	فهرست اولویت‌ها و شاخص‌های بهبود کیفیت کل بیمارستان موجود نیست یا صورت جلسات مذکور موجود است و گزارش به تیم مدیریت ارشد موجود است اما نام و محل خدمت تهیه‌کنندگان در آن ذکر نشده است	صورت جلسات مذکور موجود است و گزارش به تیم مدیریت ارشد با ذکر نام و محل خدمت تهیه‌کنندگان موجود است و ۴-۵ نفر بگویند که در تهیه فهرست مذکور مشارکت داشته‌اند	غ.ق.۱	
	ب	مشخصات مندرج در سنجه	و		ک	آیا شما در تدوین شاخص‌ها و اولویت‌های بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته‌اید؟	صورت جلسات مذکور موجود نباشد یا	۲-۳ نفر بگویند که در تهیه فهرست مذکور مشارکت داشته‌اند		
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل	در بخش‌ها/ واحدهای مختلف	فهرست اولویت‌ها و شاخص‌های گزارش شده به تیم مدیریت ارشد موجود نباشد یا			
	د		ح		م	۵ نفر				
			ط				۰-۱ نفر بگویند که در تهیه فهرست مذکور مشارکت داشته‌اند			

۲-۱-۳) آموزش مباحث مربوط به بهبودکیفیت به تمام کارکنان بیمارستان شامل آموزش های مفهومی و کاربردی در زمینه بهبودکیفیت

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند کمیته بهبودکیفیت با مشارکت واحد بهبودکیفیت آموزش های لازم شامل آموزش های مفهومی و کاربردی در زمینه بهبودکیفیت را به تمام کارکنان بیمارستان با توجه به نقش ها و مسئولیت های آنان ارائه نموده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
	الف	نتایج نیازسنجی آموزشی مبتنی بر کیفیت برای کل کارکنان بیمارستان و فهرست زمان بندی شده دوره های آموزشی طراحی شده با ذکر مخاطبان هر دوره و مستندات آموزش های انجام شده	ه		ی	از کارکنان در رده های مختلف شغلی که در فهرست دوره های آموزشی به عنوان مخاطب از آن ها یاد شده است	هیچ دوره آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام نشده است یا	برخی از دوره های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده است	تمام دوره های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده است	
	ب		و		ک	در خصوص برگزاری دوره های آموزشی مذکور	۲-۰ نفر اظهارکنند که این دوره برای آنان برگزار شده است	۳-۶ نفر اظهارکنند که این دوره برای آنان برگزار شده است	۷-۱۰ نفر اظهارکنند که این دوره برای آنان برگزار شده است	
	ج	در واحد بهبودکیفیت یا نزد دبیر این کمیته	ز		ل	در بیمارستان				
	د		ح		م	۱۰ نفر از شرکت کنندگان مطابق فهرست				
			ط							

۲-۲) پیگیری اجرای مصوبات کمیته‌ها، صورت می‌پذیرد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که واحد بهبود کیفیت جهت اطمینان از پیگیری مصوبات کمیته‌ها به تمامی صورتجلسات کمیته‌ها دسترسی داشته و برنامه پایش مدون و دوره‌ای دارد که براساس آن به صورت تصادفی نحوه پیگیری مصوبات کمیته‌ها را بررسی نموده و نتیجه آن را به کمیته‌ی مرتبط و تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	۳	
	الف	صورتجلسات کمیته‌ها (کاغذی/ الکترونیک) و برنامه پایش و گزارش ارسالی به کمیته‌های مرتبط و تیم مدیریت اجرایی	ه		ی		دسترسی به صورتجلسات سایر کمیته‌ها وجود ندارد یا برنامه پایش موجود نیست		دسترسی به صورتجلسات سایر کمیته‌ها وجود دارد و برنامه پایش موجود است، و برنامه پایش اجرا می‌شود و گزارش می‌گردد		غ.ق.ا
	ب	مدون و دوره‌ای	و		ک		برنامه پایش اجرا نمی‌شود یا گزارش نمی‌گردد				
	ج	برنامه در واحد بهبود کیفیت و گزارش نزد تیم مدیریت اجرایی، دبیر کمیته‌ها و واحد بهبود کیفیت	ز		ل						
	د		ح		م						
				ط							

۲-۳) کمیته بهبود کیفیت بیمارستان حداقل هر دو ماه یک بار تشکیل جلسه می دهد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند کمیته بهبود کیفیت بیمارستان حداقل هر دو ماه یک بار تشکیل جلسه می دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	صورت جلسات کمیته بهبود کیفیت	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته بهبود کیفیت در بیمارستان تشکیل نمی شود	کمیته بهبود کیفیت در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی شود	کمیته بهبود کیفیت در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می شود
	ب	حداقل دو ماه یک بار	و		ی	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر			
	ج	در واحد بهبود کیفیت یا نزد دبیر این کمیته	ز		ل				
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی			

۳) کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی

۳-۱) کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی اقدامات ذیل را انجام می‌دهد:

۳-۱-۱) تدوین فرمولاری بیمارستانی و به روز رسانی آن که در آن لیستی از داروهای خود به خود متوقف شونده، داروهایی که پس از مدت زمان معینی دیگر نباید ادامه یابند و باید به پزشک معالج اطلاع داده شود مشخص شده‌است. (Automatic stop orders)

سنجه. مستندات نشان می‌دهند که کمیته دارو و درمان و تجهیزات پزشکی با مشارکت بخش مدیریت دارویی فرمولاری بیمارستان را براساس الگوی شایع مراجعین شامل شایع‌ترین انواع بیماری‌ها، مقاومت‌های دارویی، گروه‌های مختلف سنی و جنسی وو هم‌چنین انواع تخصص‌ها و خدمات ارائه شده در بیمارستان تنظیم نموده‌است و هم‌چنین فهرستی از داروهای خود به خود متوقف شونده را تهیه و به اطلاع تمامی بخش‌های بالینی رسانده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	مستندات مربوط به الگوی شایع مراجعین بر حسب نوع بیماری، سن، جنس و مقاومت‌های دارویی و فرمولاری تهیه شده برای بیمارستان و صورت جلسات بررسی و تهیه فرمولاری بیمارستان در این کمیته با درج امضا شرکت‌کنندگان و تاریخ شرکت در جلسه فهرست داروهای خود بخود متوقف شونده که به اطلاع بخش‌های بالینی مختلف رسانده شده‌است و صورت جلسات تهیه فهرست دارویی مذکور	ه		ی	مستندات مربوط به الگوی شایع مراجعین موجود نیست یا فرمولاری تهیه نشده‌است یا صورت جلسات بررسی و تهیه فرمولاری و داروهای خودبخود متوقف شونده موجود است	مستندات مربوط به الگوی شایع مراجعین موجود است و فرمولاری تهیه شده است و صورت جلسات بررسی و تهیه فرمولاری و داروهای خودبخود متوقف شونده موجود است	مستندات مربوط به الگوی شایع مراجعین موجود است و فرمولاری تهیه شده‌است و صورت جلسات بررسی و تهیه فرمولاری و داروهای خودبخود متوقف شونده موجود است	
	ب		و		ک		فهرست داروهای خودبخود متوقف شونده در بیمارستان وجود دارد اما فهرست مذکور در ۲-۳ بخش بالینی موجود است		
	ج	در واحد بهبود کیفیت یا نزد دبیر این کمیته یا مدیریت دارویی	ز		ل				
	د	در ۵ بخش بالینی	ح		م				
			ط						

۳-۲) تدوین فرایندی برای تعیین، تصویب و تهیه داروهایی که جزو فرمولاری بیمارستانی نیستند. (مثلا در مواردی که بیمارستان به داروی ویژه ای نیاز داشته باشد).
 سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند که کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی با مشارکت بخش مدیریت دارویی فرایندی را برای تعیین، تصویب و تهیه داروهایی که جزو فرمولاری بیمارستانی نیستند را تدوین نموده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	فرایند مکتوب تعیین و تصویب داروهایی که جزو فرمولاری بیمارستانی نیستند با تایید کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی	ه		ی				
	ب		و		ک				
	ج	در واحد مدیریت دارویی یا نزد دبیر این کمیته	ز		ل				فرایند مکتوب با تایید کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی وجود دارد
	د		ح		م				
				ط					

۳-۱-۳) تدوین خط مشی‌های مصرف صحیح داروهای مهم و شایع (مثلا آنتی بیوتیک‌ها)

سنجه. خط مشی و روش اطمینان از مصرف صحیح داروهای مهم و شایع، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.ا	۲	۱	۰
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند		
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
			ط							

۳-۴) تدوین خط مشی ها و روش هایی برای کاهش اشتباهات تجویزی داروها و عوارض جانبی ناخواسته آنها (اشتباهات دارویی از ابتدای تجویز پزشک تا تحویل به بیمار)

سنجه. خط مشی و روش کاهش اشتباهات تجویزی داروها و عوارض جانبی ناخواسته آنها با مشارکت بخش مدیریت دارویی، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه های هدف	بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	
	ب	حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد	۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند		
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان	مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد	مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	
			ط							

۳-۱-۵) تدوین لیست داروهای ضروری که باید در داروخانه یا هریک از بخش‌ها موجود باشند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی با مشارکت بخش مدیریت دارویی فهرستی از داروهای ضروری که باید در داروخانه یا هریک از بخش‌ها موجود باشند را تهیه و در اختیار قسمت‌های مربوطه قرار داده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.ا	
	الف	فهرستی از داروهای ضروری مورد تایید کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان برای بخش‌های مختلف بالینی ابلاغ شده به بخش‌های مربوطه	ه	موجودی داروهای ضروری بخش‌های بالینی	ی	فهرست داروهای مذکور وجود ندارد			فهرست داروهای مذکور وجود دارد		
	ب		و	در بخش‌های مربوطه	ک	در اختیار داروخانه و بخش‌های مختلف مرتبط قرار داده نشده است			یا	در اختیار داروخانه و بخش‌های مختلف مرتبط قرار داده شده است	
	ج	در داروخانه یا بخش‌های مربوطه مختلف	ز	۵ دارو در یک بخش که به صورت تصادفی انتخاب شده است	ل	یا			حتی یکی از داروهای فهرست در بخش مربوطه موجود نباشد	و	همه داروهای فهرست در بخش مربوطه موجود باشد
	د		ح	مطابق با فهرست ابلاغی	م						
			ط								

۳-۶) تهیه فهرستی از داروهای پرخطر یا داروهای با احتمال خطر بالا و داروهای دارای تشابه اسمی (آوایی) یا تشابه ظاهری

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند که کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی با مشارکت بخش مدیریت دارویی فهرستی از داروهای پرخطر یا داروهای با احتمال خطر بالا و داروهای دارای تشابه اسمی یا تشابه ظاهری مورد استفاده در بیمارستان را تهیه نموده و در اختیار بخش های مختلف قرار داده است و خط مشی و روش استفاده ایمن از آن را با مشارکت صاحبان فرایند تدوین نموده و کارکنان مطابق آن عمل می نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	فهرستی از داروهای پرخطر یا داروهای با احتمال خطر بالا و داروهای دارای تشابه اسمی یا تشابه ظاهری مورد استفاده در بیمارستان با تایید کمیته دارو و درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان ابلاغ شده به بخش های مختلف و خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	
	ب	حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد	یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند		
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل		در بیمارستان			
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م		۱۰ مورد			
			ط							

۲-۳) خرید تجهیزات پزشکی غیرمصرفی و مصرفی، با تایید کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان انجام می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمام موارد مرتبط با خرید تجهیزات پزشکی غیرمصرفی و مصرفی به تایید کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان می‌رسد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	صورت جلسات مربوط به خرید موارد مندرج در سنجه	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسه براساس صورت جلسات	صورت جلسات مذکور موجود نباشند یا اظهارات ۱-۰ نفر مطابق صورت جلسه باشد	صورت جلسات مذکور موجود است اما اظهارات ۳-۲ نفر مطابق صورت جلسه باشد	صورت جلسات مذکور موجود است و اظهارات ۴-۵ نفر مطابق صورت جلسه باشد	غ.ق.ا
	ب	با تایید کمیته	و		ک	در خصوص موضوع جلسه و نظرات طرح شده از جانب ایشان				
	ج	در بیمارستان	ز		ل	اظهارات ۱-۰ نفر مطابق صورت جلسه باشد				
	د		ح		م	۵ نفر				
			ط							

۳-۳) کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان حداقل هر سه ماه یکبار تشکیل جلسه می‌دهد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند کمیته دارو و درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان حداقل هر سه ماه یکبار تشکیل جلسه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	صورت جلسات کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان تشکیل نمی‌شود یا ۱-۰ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود یا ۳-۲ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود و ۴-۵ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	غ.ق.ا
	ب	حداقل سه ماه یکبار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر				
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
			ط							

۴) کمیته اخلاق پزشکی

۴-۱) کمیته اخلاق پزشکی هماهنگی و پیگیری اجرای استانداردهای حقوق گیرنده خدمت و رعایت اخلاق پزشکی (شامل تمامی گروه‌های مراقبتی) را انجام می‌دهد.

سنجه. خط مشی و روش اطمینان از اجرای استانداردهای حقوق گیرنده خدمت و رعایت اخلاق پزشکی (شامل تمامی گروه‌های مراقبتی)، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲		
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۲	غ.ق.ا	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک‌پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۱		
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان					
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد					
			ط								

۲-۴) آموزش مباحث مربوط به حقوق گیرندگان خدمت و اخلاق پزشکی به تمام کارکنان بیمارستان شامل آموزش‌های مفهومی و کاربردی در زمینه رعایت موارد مذکور توسط این کمیته صورت می‌گیرد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته اخلاق پزشکی با مشارکت واحد بهبود کیفیت (با توجه به ضروری بودن این آموزش‌ها در محور آموزش و توانمندسازی)، آموزش‌های لازم شامل آموزش‌های مفهومی و کاربردی در زمینه رعایت موارد مذکور و موارد بحث انگیز مانند ارائه یا توقف درمان‌های حمایت کننده حیات و... را به کارکنان بیمارستان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان ارائه می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	نتایج نیازسنجی آموزشی مبتنی بر حقوق گیرندگان خدمت و اخلاق پزشکی برای کل کارکنان بیمارستان و فهرست زمان بندی شده دوره‌های آموزشی طراحی شده با ذکر مخاطبان هر دوره و مستندات آموزش‌های انجام شده	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی که در فهرست دوره‌های آموزشی به عنوان مخاطب از آن‌ها یاد شده است	هیچ دوره آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام نشده است یا ۰-۲ نفر اظهار کنند که این دوره برای آنان برگزار شده است	برخی از دوره‌های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده است یا ۳-۶ نفر اظهار کنند که این دوره برای آنان برگزار شده است	تمام دوره‌های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده است و ۷-۱۰ نفر اظهار کنند که این دوره برای آنان برگزار شده است	
	ب		و		ک	در خصوص برگزاری دوره‌های مذکور				
	ج	در بیمارستان	ز		ل	در بیمارستان				
	د		ح		م	۱۰ نفر از شرکت کنندگان مطابق فهرست				
			ط							

۳-۴) کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان حداقل یکبار در ماه تشکیل جلسه می دهد.

سنجه. مستندات نشان می دهند کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان حداقل یکبار در ماه تشکیل جلسه می دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز					
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.ا		
	الف	صورت جلسات کمیته اخلاق پزشکی	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته اخلاق پزشکی در بیمارستان تشکیل نمی شود	کمیته اخلاق پزشکی در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی شود	یا	کمیته اخلاق پزشکی در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی شود	یا	۰-۱ نفر آگاهی لازم را داشته باشند
	ب	حداقل یک ماه یکبار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر						
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل							
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی						
			ط									

۵) کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات

۱-۵) کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات اقدامات ذیل را انجام می دهد:

۱-۱-۵) تایید فرم های بیمارستانی طراحی شده توسط واحدها و بخش ها (علاوه بر ۱۸ برگ اصلی پرونده)

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند که کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات تایید فرم های بیمارستانی طراحی شده توسط واحدها و بخش ها (علاوه بر ۱۸ برگ اصلی پرونده) را با مشخص کردن ترتیب قرارگیری آنها در بین سایر اوراق پرونده بیمار، انجام می دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز					
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.ا		
	الف	مستندات مربوط به تایید فرم های بیمارستانی توسط این کمیته	ه		ی		تایید فرم های بیمارستانی انجام نمی شود	تایید فرم های بیمارستانی توسط این کمیته انجام می شود	اما	تایید فرم های بیمارستانی توسط این کمیته انجام می شود	و	۰-۱ نفر آگاهی لازم را داشته باشند
	ب	با مشخص کردن ترتیب قرارگیری در پرونده	و		ک							
	ج		ز		ل							
	د		ح		م							
			ط									

۵-۲) هماهنگی و پیگیری رفع نقایص اعلام شده از واحدهای مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در خصوص اجرای استانداردهای اعتبار بخشی مربوطه در کل بیمارستان

سنجه. خط مشی و روش هماهنگی و پیگیری نقایص اعلام شده از واحدهای مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در خصوص اجرای استانداردهای اعتبار بخشی مربوطه در کل بیمارستان با رعایت حداقل‌های مورد انتظار، تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند		
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان			
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد			
			ط						

۲-۵) کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بیمارستان حداقل یکبار در ماه تشکیل جلسه می دهد.

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

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	صورت جلسات کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بیمارستان تشکیل نمی شود	کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی شود	کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می شود	
	ب	حداقل یک ماه یکبار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر	اطلاعات در بیمارستان تشکیل نمی شود	اطلاعات در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی شود	اطلاعات در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می شود	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		یا	یا	و	
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی	یا	یا	و	
			ط				۰-۱ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۲-۳ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۴-۵ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	

۶) کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار:

۶-۱) کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار اقدامات ذیل را انجام می‌دهد:

۶-۱-۱) تدوین برنامه آموزشی کارکنان در زمینه ایمنی و سلامت کارکنان، آموزش مباحث مفهومی و کاربردی مربوط به ایمنی و سلامت کارکنان به تمام کارکنان بیمارستان

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار با مشارکت واحد بهبود کیفیت آموزش‌های لازم شامل آموزش‌های مفهومی و کاربردی در زمینه ایمنی و سلامت کارکنان را به تمام کارکنان بیمارستان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان ارائه می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	نتایج نیازسنجی آموزشی مبتنی بر ایمنی و سلامت کارکنان برای کل کارکنان بیمارستان و فهرست زمان‌بندی شده دوره‌های آموزشی طراحی شده با ذکر مخاطبان هر دوره و مستندات آموزش‌های انجام شده	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی که در فهرست دوره‌های آموزشی به عنوان مخاطب از آن‌ها یاد شده‌است	هیچ دوره آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام نشده‌است یا ۰-۲ نفر اظهار کنند که این دوره برای آنان برگزار شده‌است	برخی از دوره‌های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده‌است یا ۳-۶ نفر اظهار کنند که این دوره برای آنان برگزار شده‌است	تمام دوره‌های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده‌است و ۷-۱۰ نفر اظهار کنند که این دوره برای آنان برگزار شده‌است	غ.ق.۱
	ب		و		ک	در خصوص برگزاری دوره‌های آموزشی مذکور				
	ج	دبیر این کمیته	ز		ل	در بیمارستان				
	د		ح		م	۱۰ نفر از شرکت‌کنندگان مطابق فهرست				
				ط						

۶-۱-۲) تصویب و اجرایی نمودن مداخلات مناسب جهت رفع مشکلات شناسایی شده

سنجه. کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار مداخلات مناسب به منظور رفع مشکلات شناسایی شده در زمینه ایمنی و سلامت کارکنان را مصوب و اجرا می نماید.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰							
	مشکلات شناسایی شده اند و مداخلات اصلاحی طراحی شده اند و پایش و گزارش انجام می شود	مشکلات شناسایی شده اند و مداخلات اصلاحی طراحی شده اند اما پایش یا گزارش نمی شوند	مشکلات شناسایی نشده اند یا مداخلات اصلاحی طراحی نشده است		ی			مستندات طراحی مداخلات اصلاحی جهت رفع مشکلات شناسایی شده و برنامه پایش مستمر و تصادفی انجام مداخلات اصلاحی و گزارش پایش انجام شده به افراد مرتبط	الف	
					ک				ب	
					ل				ج	
					م				د	

۶-۲) کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار بیمارستان حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار بیمارستان حداقل یک‌بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.ا	۲	۱	۰
	الف	صورت جلسات کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار	ه		ی	شرکت‌کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار در بیمارستان تشکیل نمی‌شود یا ۰-۱ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود یا ۲-۳ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود و ۴-۵ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	غ.ق.ا
	ب	حداقل ماه یک‌بار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر				
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
			ط							

۷) کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر

۷-۱) کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر اقدامات ذیل را براساس مصوبات وزارت متبوع انجام می دهد:

۷-۱-۱) برنامه ریزی آموزش استاندارد کارکنان مرتبط با مراقبت های مادر و کودک به صورت شرکت در کارگاه های ۲۰ ساعته با صدور گواهی

سنجه . شواهد و مستندات نشان می دهند که کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر برنامه ریزی آموزش استاندارد کارکنان مرتبط با مراقبت های مادر و کودک را به صورت شرکت در کارگاه های ۲۰ ساعته تدوین، اجرا و برای شرکت کنندگان گواهی نامه صادر می نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	مستندات برنامه ریزی آموزش کارکنان مرتبط و برگزاری کارگاه ها	ه		ی	از کارکنان مرتبط	برنامه ریزی آموزشی موجود است	برنامه ریزی آموزشی موجود است	برنامه ریزی آموزشی موجود است	غ.ق.ا
	ب	به شیوه استاندارد و به صورت کارگاه های ۲۰ ساعته با صدور گواهی	و		ک	آیا برای شما آموزش مرتبط با مراقبت های مادر و کودک برگزار شده است یا خیر؟ به چه صورت؟	یا کارگاه های استاندارد برای ۲۰-۰٪ افراد واجد شرایط برگزار شده است	یا کارگاه های استاندارد برای ۶۰-۲۱٪ افراد واجد شرایط برگزار شده است	و کارگاه های استاندارد برای ۱۰۰-۶۱٪ افراد واجد شرایط برگزار شده است	در بیمارستان های غیرجنرالی که بخش های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	۵ نفر از کارکنان مرتبط				
			ط				۱- ۰ نفر اظهار کنند که کارگاه های ۲۰ ساعته با صدور گواهی برای آن ها برگزار شده است	۳-۲ نفر اظهار کنند که کارگاه های ۲۰ ساعته با صدور گواهی برای آن ها برگزار شده است	و ۴-۵ نفر اظهار کنند که کارگاه های ۲۰ ساعته با صدور گواهی برای آن ها برگزار شده است	

۷-۲) تشکیل دوره‌های بازآموزی برای کارکنان و نیز توجیه کارکنان جدیدالورود

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر دوره‌های بازآموزی و کلاس‌های توجیهی کارکنان جدیدالورود را تشکیل می‌دهند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.ا
	الف	مستندات ارزیابی و نیازسنجی کارکنان قبلی و جدیدالورود مستندات برگزاری دوره‌های بازآموزی و توجیه	ه		ی	از کارکنان واجد شرایط	مستندات ارزیابی و نیازسنجی وجود ندارد	مستندات ارزیابی و نیازسنجی وجود دارد	مستندات ارزیابی و نیازسنجی وجود دارد	مستندات ارزیابی و نیازسنجی وجود دارد
	ب	برای کارکنان واجد شرایط در راستای کارگاه‌های ۲۰ ساعته و کتاب حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان‌ها	و		ک	آیا دوره‌های بازآموزی و کلاس‌های توجیهی برای آن‌ها برگزار شده‌است یا خیر؟	دوره‌های مذکور برای ۲۰-۶۰٪ کارکنان واجد شرایط برگزار شده‌است	دوره‌های مذکور برای ۲۱-۶۰٪ کارکنان واجد شرایط برگزار شده‌است	دوره‌های مذکور برای ۶۱-۱۰۰٪ کارکنان واجد شرایط برگزار شده‌است	دوره‌های مذکور برای ۱۰۰-۶۱٪ کارکنان واجد شرایط برگزار شده‌است
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		۱-۰ نفر اظهارکنند که دوره‌ها برای آن‌ها برگزار شده‌است	۳-۲ نفر اظهارکنند که دوره‌ها برای آن‌ها برگزار شده‌است	۵-۴ نفر اظهارکنند که دوره‌ها برای آن‌ها برگزار شده‌است	۵-۴ نفر اظهارکنند که دوره‌ها برای آن‌ها برگزار شده‌است
	د		ح		م	۵ نفر				
				ط						

۷-۳) شرکت در دوره‌های بازآموزی و سمینارهای برگزار شده از سوی کمیته دانشگاهی و کشوری

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که اعضای کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر در دوره‌های بازآموزی و سمینارهای برگزار شده از سوی کمیته دانشگاهی و کشوری در رابطه با ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر شرکت می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	فهرست دوره‌های بازآموزی و سمینارهای برگزار شده از سوی کمیته‌های دانشگاهی و کشوری در این زمینه و گواهی یا مستندات حضور اعضای کمیته در این سمینارها	ه		ی		فهرست دوره‌های مذکور موجود است یا	فهرست دوره‌های مذکور موجود است یا	فهرست دوره‌های مذکور موجود است و	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان - کودکان و نوزادان
	ب		و		ک		۲۰-۰٪ در برخی از دوره‌های مذکور شرکت کرده‌اند	۶۰-۲۱٪ در برخی از دوره‌های مذکور شرکت کرده‌اند	۱۰۰-۶۱٪ در برخی از دوره‌های مذکور شرکت کرده‌اند	
	ج	فهرست نزد دبیر کمیته و گواهی در پرونده پرسنلی افراد شرکت کننده	وز		ل					
	د		ح		م					
				ط						

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۷-۴) 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...

سنجه. خط مشی و روش نظارت بر عملکرد کارکنان در زمینه رعایت دستورالعمل‌های مراقبت‌های مادر و کودک و آموزش مادران و اجرای اقدامات ده‌گانه با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین و اجرا شده‌است که 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 ... نظارت مستمر و منظم دارد، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۲	غ.ق.ا
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۱		
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
د			ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
			ط							

۷-۱-۵) فراهم نمودن تسهیلات لازم برای اقامت مادرانی که شیرخواران شان در بخش بستری هستند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر فهرست تسهیلات لازم برای اقامت مادرانی که شیرخواران شان در بخش بستری هستند را تهیه نموده و با استفاده از چک لیست مربوطه و کنترل آن در فواصل زمانی تعیین شده، از فراهم بودن آن‌ها اطمینان حاصل می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	فهرست لوازم و تسهیلات مورد نیاز برای اقامت مادرانی که شیرخواران شان در بخش بستری هستند و چک لیست‌های تکمیل شده در فواصل زمانی تعیین شده	ه		ی	از مادرانی که شیرخواران شان در بخش بستری هستند	فهرست مذکور وجود دارد	فهرست مذکور وجود دارد	فهرست مذکور وجود دارد
	ب		و		ک	آیا لوازم و تسهیلات برای شما فراهم است؟	یا چک لیست تکمیل شده وجود ندارد	اما چک لیست تکمیل شده وجود دارد	یا چک لیست تکمیل شده وجود دارد
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		۰-۱ نفر از تسهیلات موجود اظهار رضایت نمایند	۲-۳ نفر از تسهیلات موجود اظهار رضایت نمایند	۴-۵ نفر از تسهیلات موجود اظهار رضایت نمایند
	د		ح		م	۵ نفر			
			ط						

۶-۱-۷) نظارت بر ترخیص هم زمان مادران و شیرخواران

سنجه. خط مشی و روش اطمینان از ترخیص هم زمان مادران و شیرخواران با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا امکانات موجود باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک‌پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	نشانگر تطابق عملکرد باشد	۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند		
	ج	در بیمارستان	ز	۵ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۵ مورد				
			ط							

۷-۱-۷) نظارت بر اجرای قانون شیر مادر و کد بین‌المللی بازاریابی جانشین شونده‌های شیرمادر در زمینه حمایت از کارکنان شاغل شیرده و منع تبلیغات شیرمصنوعی و شیشه و گول‌زنک

سنجه. خط مشی و روش نظارت بر اجرای قانون شیرمادر و کد بین‌المللی بازاریابی جانشین شونده‌های شیرمادر در زمینه حمایت از کارکنان شاغل شیرده و منع تبلیغات شیرمصنوعی و شیشه و گول‌زنک، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و نشانگر تطابق عملکرد باشد	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند یا بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک‌پارچه سازمانی و و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند		
	ج	در بیمارستان	ز	۵ مورد	ل	در بیمارستان				
د			ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۵ مورد				
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۷-۸) اجرا و نظارت بر پایش‌های دوره‌ای بیمارستان، پیگیری دریافت نتایج و برنامه‌ریزی برای مداخلات لازم با زمان‌بندی مشخص، حفظ مستندات در زونکن مخصوص برنامه شیرمادر و همکاری با مرکز بهداشت شهرستان و استان در انجام ارزیابی مجدد بیمارستان

سنجه. خط مشی و روش نظارت بر موارد مندرج در استاندارد ۷-۸-۱، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز															
							۰	۱	۲	۱. غ.ق												
الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	ی	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	غ.ق													
										ب	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	غ.ق						
																	ج	ز	۵ مورد	ل	در بیمارستان	غ.ق
ط																						

۲-۷) کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر بیمارستان حداقل یکبار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند که کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر بیمارستان حداقل یکبار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.ا
	الف	صورت جلسات کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر در بیمارستان تشکیل نمی‌شود	کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود	کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر ر در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب	حداقل یک ماه یکبار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر	یا	یا	و	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		یا	یا		
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی	۰-۱ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۲-۳ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۴-۵ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	
			ط							

۸) کمیته بهداشت محیط

۸-۱) کمیته بهداشت محیط، هماهنگی و پیگیری اجرای استانداردهای واحد بهداشت محیط در کل بیمارستان را انجام می دهد.

سنجه. خط مشی و روش هماهنگی و پیگیری اجرای استانداردهای واحد بهداشت محیط در کل بیمارستان با رعایت حداقل های مورد انتظار، تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.ا	
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه های هدف	بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها تهیه کنندگان موجود باشند	بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	غ.ق.ا
	ب	حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها تهیه کنندگان موجود باشند	بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	غ.ق.ا	
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها تهیه کنندگان موجود باشند	بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	غ.ق.ا	
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد		مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها تهیه کنندگان موجود باشند	بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	غ.ق.ا
			ط				مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها تهیه کنندگان موجود باشند	بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	غ.ق.ا	

۸-۲) کمیته بهداشت محیط حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند که کمیته بهداشت محیط، حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	صورت جلسات کمیته بهداشت محیط	ه		ی	شرکت‌کنندگان در جلسات براساس صورت‌جلسات موجود	کمیته بهداشت محیط در بیمارستان تشکیل نمی‌شود یا ۱-۰ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته بهداشت محیط در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود یا ۳-۲ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته بهداشت محیط در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود و ۵-۴ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	
	ب	حداقل یک ماه یک‌بار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر				
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
			ط							

۹) کمیته کنترل عفونت بیمارستانی

۹-۱) کمیته کنترل عفونت اقدامات ذیل را انجام می دهد:

۹-۱-۱) جمع آوری منظم و تحلیل داده‌های نظام مراقبت عفونت‌های کسب شده از بیمارستان و اثربخشی برنامه

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته کنترل عفونت با مشارکت واحد کنترل عفونت داده‌های نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستان را به‌طور منظم جمع‌آوری و تحلیل کرده و اثر بخشی برنامه مذکور را می‌سنجد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	جمع‌آوری، تحلیل و اثر بخشی برنامه داده‌های عفونت بیمارستانی با استفاده از نرم افزار مراقبت عفونت‌های بیمارستانی ارائه شده از سوی مرکز مدیریت بیماری‌ها	ه		ی	کارکنان واحد کنترل عفونت	جمع‌آوری، تحلیل و بررسی اثر بخشی داده‌های مذکور انجام نمی‌گیرد	جمع‌آوری، تحلیل و بررسی اثر بخشی داده‌های مذکور انجام می‌گیرد	جمع‌آوری، تحلیل و بررسی اثر بخشی داده‌های مذکور انجام می‌گیرد	جمع‌آوری، تحلیل و بررسی اثر بخشی داده‌های مذکور انجام می‌گیرد
	ب	به‌طور منظم و با مشارکت واحد کنترل عفونت بیمارستان	و		ک	در خصوص همکاری و مشارکت شان با این کمیته	یا ۰-۱ نفر اظهار کنند که در این زمینه مشارکت داشته‌اند	در فواصل منظم نیست	در فواصل منظم است	
	ج		ز		ل		یا ۲-۳ نفر اظهار کنند که در این زمینه مشارکت داشته‌اند	یا ۴-۵ نفر اظهار کنند که در این زمینه مشارکت داشته‌اند	یا ۴-۵ نفر اظهار کنند که در این زمینه مشارکت داشته‌اند	
	د		ح		م	۵ نفر				
				ط						

۹-۱-۲) نظارت بر اجرای خط مشی‌ها و روش‌های تایید شده در کمیته، در تمامی بخش‌ها / واحدهای مربوطه

سنجه . خط مشی و روش نظارت، بر اجرای تمامی خط مشی‌ها و روش‌های تایید شده در کمیته، در تمامی بخش‌ها / واحدهای مربوطه با رعایت حداقل‌های مورد انتظار، تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز												
							۰	۱	۲	غ.ق.ا									
الف	خط مشی و روش مربوطه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ه	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	ی	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	غ.ق.ا										
										ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یکپارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	نشانگر تطابق عملکرد باشد و نشانگر تطابق عملکرد باشد	نشانگر تطابق عملکرد باشد	
										ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان	یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد
										د		ح	۱۰ مورد	م	۱۰ مورد				
			ط	مستقیم و غیرمستقیم															

۹-۲) نظارت بر انتقال نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته کنترل عفونت با مشارکت واحد کنترل عفونت، نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها/ واحدهای مربوطه گزارش می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	مستندات ارایه نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه	ه		ی	مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه	نتایج به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه گزارش نمی‌شود	نتایج به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه گزارش می‌شود	نتایج به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه گزارش می‌شود	
	ب		و		ک	آیا نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی از طرف کمیته مربوطه به شما گزارش می‌شود	یا	اما	و	
	ج		ز		ل		۰-۱ نفر اظهارکنند که گزارش به آنان ارائه می‌شود	۲-۳ نفر اظهارکنند که گزارش به آنان ارائه می‌شود	۴-۵ نفر اظهارکنند که گزارش به آنان ارائه می‌شود	
	د		ح		م	۵ نفر از مسئولین				
			ط							

۳-۹) گزارش عفونت‌های بیمارستانی به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان (در چارچوب قوانین و مقررات)

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته کنترل عفونت، گزارش وضعیت عفونت‌های بیمارستانی را به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان مطابق با قوانین و مقررات ارائه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	فهرست سازمان‌هایی که نتایج عفونت‌های بیمارستانی باید به آن‌ها گزارش شود با ذکر فواصل زمانی مربوطه و مستندات ارایه گزارش عفونت‌های بیمارستانی به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان	ه		ی		فهرست مذکور موجود است	فهرست مذکور موجود است	فهرست مذکور موجود است
	ب		و		ک		اما	گزارش به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان در فواصل زمانی تعیین شده انجام نمی‌شود	
	ج		ز		ل		گزارش به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان انجام نمی‌شود	گزارش به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان در فواصل زمانی تعیین شده انجام نمی‌شود	گزارش به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان در فواصل زمانی تعیین شده انجام می‌شود
	د		ح		م				
				ط					

۹-۴) گزارش بیماری های واگیر، غیر واگیر و موارد جدید، مطابق دستورالعمل وزارت متبوع

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند کمیته کنترل عفونت، با مشارکت واحد کنترل عفونت مواردی که گزارش بیماری های واگیر و غیرواگیر مطابق مقررات الزامی شده است را شناسایی نموده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق
	الف	فهرست بیماری هایی که باید گزارش شود با ذکر نام سازمان های مربوطه و فواصل زمانی و مستندات گزارش بیماری های واگیر و غیرواگیر	ه		ی		فهرست موجود است	فهرست موجود است اما	فهرست موجود است و گزارش تمام بیماری واگیر و غیرواگیر در فواصل زمانی تعیین شده انجام می شود	
	ب		و		ک	فهرست موجود نیست یا گزارش هیچ بیماری واگیر و غیرواگیر انجام نمی شود	گزارش برخی از بیماری واگیر و غیرواگیر در فواصل زمانی تعیین شده انجام می شود			
	ج		ز		ل					
	د		ح		م					
				ط						

۹-۵) کمیته کنترل عفونت بیمارستانی حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می دهد.

سنجه. مستندات نشان می دهند کمیته کنترل عفونت بیمارستانی حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق
	الف	صورت جلسات کمیته کنترل عفونت بیمارستانی	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته کنترل عفونت بیمارستانی در بیمارستان تشکیل نمی شود	کمیته کنترل عفونت بیمارستانی در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی شود	کمیته کنترل عفونت بیمارستانی در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می شود و ۴-۵ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	
	ب	حداقل یک بار در ماه	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر	یا ۰-۱ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	یا ۲-۳ نفر آگاهی لازم را داشته باشند		
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
				ط						

۱۰) کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج

۱۰-۱) کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی اقدامات ذیل را انجام می‌دهد:

۱۰-۱-۱) بررسی منظم همه موارد مرگ و میر (به ویژه موارد مرگ و میر غیرمنتظره)

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، تمامی موارد مرگ و میر را (به ویژه موارد مرگ و میر غیرمنتظره) را در فاصله زمانی که توسط کمیته مذکور مشخص شده است، بررسی می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳
۱	الف	فهرست مرگ و میر بیمارستان در ۶ ماهه اخیر و مستندات تعیین مرگ و میرها به ویژه مرگ و میرهای غیرمنتظره	ه		ی	مستندات تعیین مرگ و میرهای غیرمنتظره وجود ندارد			مستندات تعیین مرگ و میرهای غیرمنتظره وجود دارد	
	ب	در فاصله زمانی تعیین شده توسط کمیته	و		ک	حتی یک مورد از مرگ و میرها در فاصله زمانی تعیین شده بررسی نشده باشد			تمام موارد مرگ و میرها در فاصله زمانی تعیین شده بررسی شده باشد	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه که طی نامه شماره ۳۳۶۳۵/س مورخ ۳/۱۷/۸۵ ابلاغ شده است به عنوان زیرمجموعه‌ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۲	الف	صورت جلسات کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه در بیمارستان تشکیل نمی‌شود یا ۰-۱ نفر آگاهی لازم را دارند	کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه با فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود یا مفاد ابلاغیه مذکور به طور کامل رعایت نمی‌شود یا ۲-۳ نفر آگاهی لازم را دارند	کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود و مفاد ابلاغیه مذکور به طور کامل رعایت می‌شود و ۴-۵ نفر آگاهی لازم را دارند	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب	هر سه ماه یکبار و مطابق با ابلاغیه مذکور	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر				
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
			ط							

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته مرگ مادران که طی نامه شماره ۲۱۱۶۰۸ مورخ ۸۴/۹/۱ به عنوان نظام مراقبت مرگ مادری ابلاغ شده است به عنوان زیرمجموعه‌ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۳	الف	صورت جلسات کمیته مرگ مادران	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته مرگ مادران در بیمارستان تشکیل نمی‌شود یا ۰-۱ نفر آگاهی لازم را دارند	کمیته مرگ مادران در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود یا دستورالعمل برگزاری کمیته در نظام مذکور به طور کامل رعایت نمی‌شود یا ۲-۳ نفر آگاهی لازم را دارند	کمیته مرگ مادران در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود و دستورالعمل برگزاری کمیته در نظام مذکور به طور کامل رعایت می‌شود و ۴-۵ نفر آگاهی لازم را دارند	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب	مطابق با نظام کشوری مراقبت مرگ مادران به ویژه (صفحات ۴۳-۳۷) و ماهانه	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر				
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته مرگ پرینتال prinalatal که طی نامه شماره ۸۵/۲/۹۳۰/اس مورخ ۱۸/۱۰/۸۴ ابلاغ شده است به عنوان زیر مجموعه‌ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳
۴	الف	صورت جلسات کمیته مرگ پرینتال	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته مرگ پرینتال در بیمارستان تشکیل نمی‌شود یا ۱-۰ نفر آگاهی لازم را دارند	کمیته مرگ پرینتال در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود یا مفاد دستورالعمل مذکور به طور کامل رعایت نمی‌شود یا ۲-۳ نفر آگاهی لازم را دارند	و مفاد دستورالعمل مذکور به طور کامل رعایت می‌شود و ۴-۵ نفر آگاهی لازم را دارند	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب	هر ماه یک‌بار و مطابق دستورالعمل مربوطه	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر				
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
				ط						

سنجه ۵. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته احیا نوزادان مطابق با بسته خدمتی احیا نوزاد که طی نامه شماره ۲۱۱۲۱۲ مورخ ۷/۶/۸۹ ابلاغ شده است به عنوان زیرمجموعه‌ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳
۵	الف	صورت جلسات کمیته احیا نوزادان	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته احیا نوزادان در بیمارستان تشکیل نمی‌شود یا ۱-۰ نفر آگاهی لازم را دارند	کمیته احیا نوزادان در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود یا مفاد فصل پنجم بسته خدمتی مذکور به طور کامل رعایت نمی‌شود یا ۲-۳ نفر آگاهی لازم را دارند	و مفاد فصل پنجم بسته خدمتی مذکور به طور کامل رعایت می‌شود و ۴-۵ نفر آگاهی لازم را دارند	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب	مطابق با فصل پنجم بسته خدمتی احیا نوزادان و در فواصل زمانی ۲ بار در ماه	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر				
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
				ط						

۱۰-۱-۳) پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی

سنجه. خط مشی و روش پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجربان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند		
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ... هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند			
	ج	دربیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	دربیمارستان				
	د		مستقیم و غیرمستقیم	ح		م	۱۰ مورد			
			ط							

۱۰-۱-۴) اتخاذ تدابیر به منظور کاهش عوارض و مرگ و میر در بیمارستان

سنجه. این کمیته با مشارکت افراد ذیربط، اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه جهت جلوگیری از تکرار عوارض مرگ و میرهای قابل اجتناب شناسایی شده را طراحی نموده و کارکنان براساس آن عمل می نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز								
							غ.ق.ا	۲	۱	۰					
	الف	مستندات اقدامات اصلاحی لازم و پیشگیرانه و برنامه پایش مستمر و تصادفی انجام مداخلات اصلاحی توسط این کمیته و گزارش پایش‌های انجام شده به افراد ذیربط	ه		ی	مداخلات اصلاحی طراحی نشده‌است	مداخلات اصلاحی طراحی شده‌است اما بدون مشارکت افراد ذیربط	یا	مداخلات اصلاحی با مشارکت افراد ذیربط طراحی شده‌است	و	برنامه پایش مستمر و تصادفی وجود دارد	و	گزارش پایش‌ها به افراد ذیربط انجام می‌شود		
	ب	مشارکت افراد ذیربط	و		ک									برنامه پایش مستمر و تصادفی وجود ندارد	
	ج		ز		ل									یا	گزارش پایش‌ها به افراد ذیربط انجام نمی‌شود
	د		ح		م										
			ط												

۱۰-۱-۵) برگزاری کنفرانس‌های مرتبط

سنجه. مستندات نشان می‌دهند که کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، کنفرانس‌های مرتبط با مرگ و میر و عوارض بیمارستانی را با هدف اطلاع‌رسانی و آگاه ساختن کارکنان در این زمینه، در بیمارستان برگزار می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق
	الف	مستندات برگزاری کنفرانس‌های مرتبط با مرگ و میر و عوارض بیمارستانی و فهرست اعضای شرکت کننده	ه		ی	شرکت کنندگان	مستندات برگزاری کنفرانس‌های مذکور موجود نیست	مستندات برگزاری کنفرانس‌های مذکور موجود است	مستندات برگزاری کنفرانس‌های مذکور موجود است	
	ب		و		ک	در خصوص برگزاری کنفرانس‌های مذکور	یا	اما	و	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		۰-۱ نفر اظهار کنند که کنفرانس‌های مذکور برگزار شده است	۲-۳ نفر اظهار کنند که کنفرانس‌های مذکور برگزار شده است	۴-۵ نفر اظهار کنند که کنفرانس‌های مذکور برگزار شده است	
	د		ح		م	۵ نفر				
			ط							

۱۰-۱-۶) گزارش نمونه‌های بیوپسی و اتوپسی و نکروپسی

سنجه. مستندات نشان می‌دهند که کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، گزارش نمونه‌های بیوپسی و اتوپسی و نکروپسی مورد نیاز را دریافت نموده و بررسی می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق
	الف	صورت‌جلسات مربوط به بررسی موارد اتوپسی و بیوپسی و نکروپسی گزارش شده	ه		ی		صورت‌جلسه‌ای در زمینه بررسی هیچ‌یک از موارد مذکور در این کمیته وجود ندارد	صورت‌جلسه بررسی موارد اتوپسی و بیوپسی موجود است*	صورت‌جلسه بررسی موارد اتوپسی و نکروپسی و نکروپسی انجام نمی‌شود	
	ب		و		ک					
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

*تذکر: وجود بررسی موارد نکروپسی برای اخذ امتیاز ۲ ضروری نیست و بر حسب مورد و نیاز براساس صلاحدید اعضای کمیته، بررسی‌های لازم انجام خواهند شد.

۱۰-۲) کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج حداقل هر ماه یکبار به طور منظم تشکیل جلسه می دهد.

سنجه. مستندات نشان می دهند کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج حداقل هر ماه یکبار به طور منظم تشکیل جلسه می دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.ا	۲	۱
	الف	صورت جلسات کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج در بیمارستان تشکیل نمی شود یا ۱-۰ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی شود یا ۳-۲ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می شود و ۵-۴ نفر آگاهی لازم را داشته باشند
	ب	حداقل یک ماه یکبار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر			
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل				
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی			
			ط						

۱۱) کمیته بحران و بلایا:

۱۱-۱) کمیته بحران و بلایا موارد ذیل را انجام می‌دهد:

۱۱-۱-۱) بررسی و تعیین بحران‌ها و بلایا محتمل در منطقه و تدوین برنامه مستند جهت مقابله با بحران و بلایا

سنجه. مستندات نشان می‌دهند که کمیته بحران و بلایا، بحران‌ها و بلایای محتمل در منطقه را شناسایی و مستند نموده‌است و با هماهنگی مدیران ارشد، برنامه مقابله با بحران‌ها و بلایای محتمل شناسایی شده را تدوین نموده و به تایید مدیران ارشد رسانده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	مستندات مربوط به شناسایی بحران‌ها و بلایای محتمل در منطقه و برنامه مدون مقابله با بحران‌ها و بلایای محتمل شناسایی شده	ه		ی		بحران‌ها و بلایای محتمل شناسایی شده‌اند اما	بحران‌ها و بلایای محتمل شناسایی شده‌اند یا	بحران‌ها و بلایای محتمل شناسایی شده‌اند و	غ.ق.ا
	ب	با تایید مدیران ارشد	و		ک		برنامه مذکور برای برخی از بحران‌های شناسایی شده تدوین شده‌است	برنامه مذکور تدوین نشده‌است یا	برنامه مذکور برای تمام بحران‌های شناسایی شده تدوین شده‌است و	غ.ق.ا
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		برنامه مذکور برای برخی از بحران‌های شناسایی شده تدوین شده‌است	برنامه مذکور تدوین نشده‌است یا	برنامه مذکور برای تمام بحران‌های شناسایی شده تدوین شده‌است و	غ.ق.ا
	د		ح		م		برنامه مذکور برای برخی از بحران‌های شناسایی شده تدوین شده‌است	برنامه مذکور تدوین نشده‌است یا	برنامه مذکور برای تمام بحران‌های شناسایی شده تدوین شده‌است و	غ.ق.ا
			ط				برنامه مذکور برای برخی از بحران‌های شناسایی شده تدوین شده‌است	برنامه مذکور تدوین نشده‌است یا	برنامه مذکور برای تمام بحران‌های شناسایی شده تدوین شده‌است و	غ.ق.ا

۱۱-۲) تدوین برنامه فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین‌های تعیین شده

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته بحران و بلایا برنامه فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین‌های آنان را تدوین نموده و به افراد مرتبط اطلاع رسانی کرده است.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه	
غ.ق.ا	۲	۱	۰								
	برنامه مذکور تدوین شده است و ۴-۵ از افراد از آن اطلاع دارند	برنامه مذکور تدوین شده است اما ۳-۲ از افراد از آن اطلاع دارند	برنامه مذکور تدوین نشده است یا ۱-۰ از افراد از آن اطلاع دارند	از کارکنان مرتبط	ی		ه	برنامه فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین‌های آنان	الف		
				درخصوص نحوه فراخوانی آنان	ک		و		ب		
						ل		ز	نزد دبیر این کمیته	ج	
				۵ نفر		م		ح		د	
								ط			

۱۱-۳) نظارت بر انجام وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات اعضای تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز بحران

سنجه. خط مشی و روش نظارت بر انجام وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات اعضای تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز بحران، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود باشند یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	بخشی از مستندات موجود باشند یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	غ.ق.ا
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و		ک	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند		
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
			ط							

۴-۱-۱۱) فعال سازی برنامه در زمان بروز بحران

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کارکنان مرتبط از نحوه فعال سازی برنامه در زمان بروز بحران اطلاع دارند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.ا	۲	۱
	الف	برنامه فعال سازی	ه		ی	از کارکنان مرتبط	برنامه وجود دارد	برنامه وجود دارد	برنامه وجود ندارد
	ب		و		ک	در خصوص نحوه فعال سازی برنامه در زمان بروز بحران	اما	یا	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل	۰-۱ نفر از افراد از برنامه اطلاع دارند	۲-۳ نفر از افراد از برنامه اطلاع دارند	۴-۵ نفر از افراد از برنامه اطلاع دارند	
	د		ح		م	۵ نفر			
			ط						

۱۱-۱-۵) نظارت بر برگزاری مانورهای فرضی، مانور آتش نشانی و تخلیه

سنجه. خط مشی و روش نظارت بر برگزاری مانورهای فرضی، مانور آتش نشانی و تخلیه، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	غ.ق.۱
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند			
	ج	دربیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	دربیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
		ط								

۱۱-۶) نظارت بر آموزش کامل تمامی کارکنان بیمارستان به تناسب نقش ها و مسئولیت ها در برنامه مربوطه

سنجه. خط مشی و روش نظارت بر آموزش کامل تمامی کارکنان بیمارستان در زمینه پیش گیری و مقابله با بحران، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه های هدف	بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	غ.ق.۱
	ب	حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ... هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند			
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
			ط							

(۱۱-۲) کمیته کنترل بحران و بلایا حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند کمیته کنترل بحران و بلایا حداقل یکبار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	صورت جلسات کمیته کنترل بحران و بلایا	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته کنترل بحران و بلایا در بیمارستان تشکیل نمی‌شود	کمیته کنترل بحران و بلایا در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود	کمیته کنترل بحران و بلایا در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود
	ب	حداقل یک‌ماه یکبار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر			
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل				
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی			
			ط						

(۱۲) کمیته اورژانس بیمارستانی

(۱۲-۱) کمیته تعیین تکلیف بیماران، براساس ضوابط ابلاغی، فعالیت می‌نماید.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته تعیین تکلیف بیماران مطابق با بخش نامه شماره ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵، فعالیت می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	صورت جلسات کمیته تعیین تکلیف بیماران	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته تعیین تکلیف بیماران تشکیل نمی‌شود	کمیته تعیین تکلیف بیماران در فواصل زمانی ۱-۳ ماه تشکیل می‌شود	کمیته تعیین تکلیف بیماران در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود
	ب	مطابق با بخش نامه و برحسب ضرورت حداقل ۳ ماه یکبار تشکیل می‌شود (تشکیل ماهانه کمیته مذکور مطلوب می باشد)	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر			
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل				
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی			
			ط						

۱۲-۲) کمیته تریاژ بیمارستانی، براساس ضوابط ابلاغی، فعالیت می نماید.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند کمیته تریاژ بیمارستانی مطابق با بخش نامه ۱۰۰/۵۸۲ مورخ ۹۰/۴/۲۱، فعالیت می نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.ا	۲	۱	۰
	الف	صورت جلسات کمیته تریاژ	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته تریاژ در بیمارستان تشکیل نمی شود یا ۰-۱ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته تریاژ در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی شود یا مفاد بخش نامه مذکور به طور کامل رعایت نمی گردد یا ۲-۳ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته تریاژ در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می شود و مفاد بخش نامه مذکور به طور کامل رعایت می گردد و ۴-۵ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	غ.ق.ا
	ب	مطابق با بخش نامه و ماهانه	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر				
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
				ط						

۱۳) کمیته طب انتقال خون

۱-۱۳) همه عوارض ناخواسته انتقال خون و فراورده‌های خونی، ثبت شده و به کمیته طب انتقال خون بیمارستانی گزارش می‌شود.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند ثبت عوارض ناخواسته انتقال خون و فراورده‌های خونی که با شیوه‌ای معین و مدون از سوی کمیته طب انتقال خون و با همکاری بخش طب انتقال خون تهیه شده‌است، از سوی بخش‌های مرتبط اجرا می‌گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	۳	
۱	الف	برنامه ثبت و گزارش‌دهی عوارض ناخواسته تزریق خون و فراورده‌های خونی و مستندات ارسال آن به کمیته طب انتقال خون	ه		ی	پرستاران	برنامه ثبت و گزارش‌دهی وجود ندارد یا مستندات ارسال آن به کمیته وجود ندارد	گزارش‌دهی وجود دارد و مستندات ارسال آن به کمیته وجود دارد	گزارش‌دهی وجود دارد و مستندات ارسال آن به کمیته وجود دارد	برنامه ثبت و گزارش‌دهی وجود دارد و مستندات ارسال آن به کمیته وجود دارد	در بیمارستان‌هایی که با توجه به نوع تخصص آن‌ها احتمال تزریق خون بسیار محدود می‌باشد مانند روان‌پزشکی
	ب		و		ک	چگونه عوارض ناخواسته تزریق خون و فراورده‌های خونی را گزارش می‌کنید؟	یا مستندات ارسال آن به کمیته وجود ندارد	اما			
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		۰-۱ نفر از این برنامه مطلع هستند	۲-۳ نفر از این برنامه مطلع هستند	۴-۵ نفر از این برنامه مطلع هستند		
	د		ح		م	۵ نفر					
			ط								

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می دهند گزارش عوارض نا خواسته انتقال خون و فراورده های خونی، در کمیته طب انتقال خون بیمارستان بررسی شده و اقدامات اصلاحی و پیش گیرانه با مشارکت افراد ذی ربط، تدوین می گردد و کارکنان براساس آن عمل می نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۲	الف	مستندات مربوط به بررسی عوارض نا خواسته انتقال خون و فراورده های خونی و تدوین اقدامات اصلاحی و پیش گیرانه با مشارکت افراد ذی ربط و برنامه پایش تصادفی مداخلات اصلاحی گزارش نتایج پایش به افراد و قسمت های مرتبط	ه		ی	از کارکنان مرتبط که باید به آن ها گزارش شود	عوارض ناخواسته تزریق خون و فراورده های خونی بررسی می شود و اقدامات اصلاحی با مشارکت افراد ذی ربط طراحی و ابلاغ می شود و برنامه پایش تصادفی وجود ندارد یا گزارش نتایج پایش به افراد و قسمت های ذی ربط داده نمی شود	عوارض ناخواسته تزریق خون و فراورده های خونی بررسی می شود و اقدامات اصلاحی با مشارکت افراد ذی ربط طراحی و ابلاغ می شود و برنامه پایش تصادفی وجود دارد و گزارش نتایج پایش به افراد و قسمت های ذی ربط داده می شود	عوارض ناخواسته تزریق خون و فراورده های خونی بررسی می شود و اقدامات اصلاحی با مشارکت افراد ذی ربط طراحی و ابلاغ می شود و برنامه پایش تصادفی وجود دارد و گزارش نتایج پایش به افراد و قسمت های ذی ربط داده می شود	غ.ق.ا
	ب		و		ک	آیا گزارش نتایج پایش را دریافت کرده اید	یا	گزارش نتایج پایش به افراد و قسمت های ذی ربط داده نمی شود	و	در بیمارستان هایی که با توجه به نوع تخصص آن ها احتمال تزریق خون بسیار محدود می باشد مانند روان پزشکی
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل	در بخش های مختلف	یا	گزارش نتایج پایش به افراد و قسمت های ذی ربط داده نمی شود	۴-۵ نفر اظهارکنند که گزارش نتایج پایش را دریافت کرده اند	
	د		ح		م	۵ نفر	یا	گزارش نتایج پایش به افراد و قسمت های ذی ربط داده نمی شود	۲-۳ نفر اظهارکنند که گزارش نتایج پایش را دریافت کرده اند	
			ط							

۱۳-۲) کمیته طب انتقال خون حداقل هر ۲ ماه یکبار (ترجیحا ماهانه) تشکیل جلسه می‌دهد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند کمیته طب انتقال خون حداقل هر ۲ ماه یکبار (ترجیحا ماهانه) تشکیل جلسه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.ا	۲	۱	۰
	الف	صورت‌جلسات کمیته طب انتقال خون	ه		ی	شرکت‌کنندگان در جلسات براساس صورت‌جلسات موجود	کمیته طب انتقال خون در بیمارستان تشکیل نمی‌شود یا ۰-۱ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته طب انتقال خون در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود یا ۲-۳ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته طب انتقال خون در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود و ۴-۵ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	در بیمارستان‌هایی که با توجه به نوع تخصص آن‌ها احتمال تزریق خون بسیار محدود می‌باشد مانند روان‌پزشکی
	ب	حداقل دو ماه یکبار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر				
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
			ط							

منابع

1. Joint Commission International; Accreditation Standards For Hospital ; Fourth Edition; 2010.
2. Tehewy M, Husaaainy N, Kassous SA, et al. (Arab work team of experts). Arab Accreditation tool for Healthcare Organization.2008 .
3. Ravaghi H, Sadat SM, Mostofian F, Vazirian S, Heydarpoor p, translators. Assessment of Patient Safety in Hospitals: a manual for evaluation. Ministry of health and medical education of Iran, Medical affairs deputy, Hospital management and clinical excellence office. 2nd edition; 2012.
4. Un Resident Coordinator System In Lebanon; Hospital Accreditation Standards ; 2009.
5. United States Agency International Development; Egyptian Hospital Accreditation Program: Standards; 2006.
6. Direction De 1 Amelioration De La Qualite Et De La Securite Des Soins; Manuel De Certification Des Etablissements De Santé ; V2010, November 2008
7. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards In Malaysia ; 2003.
8. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards In Malaysia ; 5 March; 2011.
9. Comprehensive accreditation manual for hospital (CAMH); 2012
10. Joint Commission On The Accreditation Of Healthcare Organizations (JCAHO); Hospital Accreditation Standards: Accreditation Policies, Standards, Elements Of Performance (HAS) ;2010 Edition.
11. Evidence And Information For Policy Department Of Health Service Provision(OSD), World Health Organization. Quality And Accreditation In Health Care Service, Switzerland ; Geneva;2003 .
12. Anne L. Rooney; Paul R . Van Ostenberg. Licensure; Accreditation, And Certification: Approaches To Health Service Quality ; Center For Human Services (CHS); 1999.
13. 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, P:1-66.