

## هدایت یکپارچه سازمانی (بالینی)

### ۱) خط مشی‌ها و روش‌ها

۱-۱) کتابچه/مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها در بیمارستان وجود دارد و کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف به موضوعات مربوط به خود، دسترسی دارند:

۱-۱-۱) خط مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواختی هستند.

۲-۱-۱) خط مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

۳-۱-۱) خط مشی‌ها به روشنی مشخص هستند.

۴-۱-۱) روش‌ها به روشنی مشخص هستند.

۵-۱-۱) کتابچه/مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.

۶-۱-۱) کتابچه/مجموعه دارای نمایه مشخص است.

سنجه. کتابچه / مجموعه (کاغذی / الکترونیکی) \* \* خط مشی ها و روش ها با مشخصات مندرج در استاندارد ۱-۱ و زیرمجموعه آن، در بیمارستان موجود است و کارکنان بخش ها و واحدهای مختلف به موضوعات مربوط به خود، دسترسی دارند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                      | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه  | امتیاز  |                                       |  |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|---------------------------------------|--|
|            |     |  |    |         |    |   | ۰   | ۱                                     | ۲  |
|            | الف | کتابچه / مجموعه خط مشی ها و روش ها * *       | ه  |         | ی  | از رده های مختلف شغلی   | کتابچه / مجموعه موجود نباشد   | کتابچه / مجموعه موجود باشد            | کتابچه / مجموعه موجود باشد   |
|            | ب   | مشخصات مندرج در استاندارد ۱-۱ و زیرمجموعه آن | و  |         | ک  | اگر به خط مشی ها و روش های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی دارید آن را با هم ببینیم | مشخصات مندرج در بند «ب» را نداشته باشد  | مشخصات مندرج در بند «ب» را داشته باشد | مشخصات مندرج در بند «ب» را داشته باشد  |
|            | ج   | در بیمارستان                                 | ز  |         | ل  | در بخش ها و واحدهای مختلف   | ۳-۶ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی ها و روش های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند | اما                                   | ۷-۱۰ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی ها و روش های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند |
|            | د   |  | ح  |         | م  | ۱۰ نفر  | ۰-۲ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی ها و روش های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند |                                       |  |
|            |     |  | ط  |         |    |   |   |                                       |  |

\* تذکر: منظور کتابچه / مجموعه خط مشی ها و روش های بیمارستان است که به شکل کاغذی / الکترونیکی وجود دارد و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه / مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می تواند قسمت مربوط به خود را در دسترس داشته باشد و مورد استفاده قرار دهد.

\* \* تذکر: اولویت با مجموعه خط مشی ها و روش های الکترونیکی است و برای امضای افراد در جدول اسامی تهیه کنندگان، تایید کننده و ابلاغ کننده، اسکن امضا یا امضای الکترونیک افراد کفایت می نماید.

۱-۲) برای هر خط مشی و روش موارد ذیل باید مشخص باشد:\*

سنجه. برای هر خط مشی و روش موارد ذیل مشخص می باشند:

- نام دانشگاه
- نام بیمارستان
- عنوان / موضوع (مانند عناوینی که در استانداردهای اعتباربخشی ملی، در قسمت خط مشی ها و روش ها از بیمارستان ها خواسته شده است).
- دامنه خط مشی و روش (مانند بخش یا واحد مربوطه یا در مورد خط مشی و روش هایی که برای کل بیمارستان یا قسمت های خاصی مثلاً بخش های ویژه موضوعیت دارد جلوی این مورد نوشته می شود کل بیمارستان یا بخش های ویژه و...)
- کد خط مشی (بیمارستان می تواند با هر سیستم کدگذاری که انتخاب می کند، خط مشی ها و روش ها را دسته بندی و قابل شناسایی نماید که می تواند مجموعه ای از حروف و اعداد باشد که به عنوان مثال به حروف اول نام بیمارستان، بالینی یا غیر بالینی بودن موضوع، بخش یا برنامه مربوطه و شماره خط مشی و روش مورد نظر اشاره نماید).
- تاریخ آخرین بازنگری ( چون بازنگری ها باید حداقل سالانه باشند، بنابراین اگر از تدوین یک خط مشی کمتر از یک سال گذشته باشد، وجود تاریخ آخرین بازنگری الزامی نیست. شایان ذکر است که تمامی خط مشی ها و روش ها باید حتما حداقل سالانه بازنگری شوند و حتی اگر پس از بازنگری مشخص شد که نیازی به تغییر نیست، ذکر تاریخ بازنگری ضروری است).
- تاریخ آخرین ابلاغ (باید بعد از تاریخ بازنگری باشد) (اگر خط مشی و روش ابلاغ نشده باشد، امتیاز صفر به آن داده می شود).
- تعاریف (در صورتی که واژه ها یا اصطلاحات خاصی وجود دارند که به نظر می رسد اگر تعریف نشوند ممکن است از آن ها برداشت های متفاوتی شود، این قسمت تدوین می گردد و در غیر این صورت وجود آن ضروری نیست اما باید توجه داشت که در صورت تعریف کردن برخی واژه ها و اصطلاحات، لازم است یک تعریف واحد در کل بیمارستان ارائه شود و یک واژه در دو یا چند خط مشی، تعاریف متفاوتی نداشته باشد).
- خط مشی: در این قسمت لازم است نوشته شود **چرا** این خط مشی و روش نوشته شده است؛ بیمارستان با نوشتن و اجرای آن در پی دستیابی به **چه هدفی** است (در صورتی که **چرایی و هدف با هم نوشته شده باشند، قابل قبول است و لازم نیست کاملاً تفکیک شوند**) و **سیاست بیمارستان** در رابطه با موضوع مورد نظر چیست. ( به عنوان مثال در رابطه با رعایت بهداشت دست در بیمارستان، می توان نوشت: با توجه به **چرایی**) لزوم پیشگیری و کنترل عفونت در بیمارستان و اعلام رعایت بهداشت دست به عنوان یک راه حل اثر بخش از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع، بیمارستان با **هدف** پیشگیری از انتقال عفونت از بیماری به بیمار دیگر یا به کارکنان از طریق دست های آلوده، **سیاست** رعایت بهداشت دست ها در ۵ موقعیت اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع توسط تمامی کارکنان را، اتخاذ نموده است).
- مشخص کردن یک فرد که پاسخگوی اجرای این خط مشی می باشد و روشی که وی با استفاده از آن اطمینان حاصل می نماید که خط مشی و روش مذکور اجرا می شود. (لازم به ذکر است که این شیوه شامل بررسی دوره ای روند اجرا و دادن بازخورد و تعامل با مجریان و ذی نفعان جهت آگاهی از موانع احتمالی اجرا و برطرف کردن آن ها با بهره گیری از مشارکت و هم فکری آنان می باشد و به هیچ عنوان نباید جنبه بازرسی و مچ گیری داشته باشد و فقط به منظور تقویت کار تیمی و استفاده از خرد جمعی برای حل کردن مسائل است).

- روش با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن (بهتر است روش کار به صورت مرحله به مرحله ۱، ۲، ۳ و ۴... نوشته شود و لازم است ذکر شود که مراحل مختلف کار توسط چه افرادی انجام می‌شود تا کارکنان در زمان اجرا دچار ابهام نشوند مگر آن که چند مرحله پشت سر هم توسط یک فرد انجام می‌شود و کاملاً مشخص است که در این صورت تکرار آن ضرورت ندارد. بدیهی است که منظور مشخص بودن سمت افراد است نه نام آن‌ها).
  - امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن (تدوین این قسمت ضروری نیست).
  - جدول اسامی شامل: اسامی تهیه کنندگان، تایید کننده و ابلاغ کننده با ذکر سمت آن‌ها و درج امضای تمامی افراد مذکور\*\*
  - شماره صفحه‌ها
  - منابع (در مواردی که کاملاً اجرایی است و استفاده از منابع علمی موضوعیت ندارد، در این قسمت نوشته می‌شود، تجربه بیمارستان).
  - استفاده از فونت، اندازه و فرمت یکسان برای نوشتن خط مشی‌ها و روش‌های بخش‌ها و واحدهای مختلف (به‌عنوان مثال در تمام موارد برای مشخص کردن قدم‌های مختلف روش، از اعداد یا گوی استفاده شود و اندازه عناوین اصلی و فرعی در تمام موارد یکسان باشند).
- \*\*تذکر: در مورد مشخصات هر خط مشی و روش، بیمارستان می‌تواند، مشخصات مشترک را در ابتدای کتابچه بیاورد. به‌عنوان مثال: کل کتابچه در تاریخ .... بازنگری و در تاریخ ... ابلاغ شده است و دیگر لازم نیست برای هر خط مشی و روش جداگانه در صفحه مربوطه درج گردد. همچنین اگر تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش‌های یک بخش یا واحد یک گروه ثابت هستند، می‌تواند یک بار در ابتدای آن بخش و واحد فهرست آن‌ها را آورد و لازم نیست برای هر بخش و واحد آن را تکرار کرد.
- \*\*تذکر: تأیید کننده یا تأییدکنندگان (می‌تواند یک فرد یا شورا، کمیته و ... باشد با امضای فرد، رییس شورا یا کمیته مذکور) باید بالاترین صلاحیت و اطلاعات علمی و تجربی را در آن موضوع داشته باشند.

۱-۲-۱) فرآیند پذیرش\*

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

تذکر: به‌عنوان مثال کارکنانی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

\*تذکر: ضروری است با توجه به شرایط خاص بیماران بخش‌های ویژه و اتاق عمل، در خط مشی و روش پذیرش، به‌طور جداگانه به نکات مهم مرتبط با ایمنی بیمار، در پذیرش این بیماران اشاره گردد.

۱-۲-۲) فرایند انتقال درون بخشی\*

سنجه. خط مشی و روش فرآیند انتقال درون بخشی در بیمارستان 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   |
|            | 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<br>یا<br>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 | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>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 | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   | ک  |                                       | امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد  | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد   | تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد |
|            | ج   | در بیمارستان   | ز  | ۱۰ مورد  | ل  |                                       | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش   | یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد   | یا<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                            |
|            | د   |  | ح  | مستقیم و غیرمستقیم   | م  |                                       | ۱۰ مورد  | یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد   | یا<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                            |
|            |     |  |    | ط  |    |                                       |  | یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد   | یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                             |
|            |     |  |    |  |    |                                       |  |   |   |

\*تذکر: ضروری است با توجه به شرایط خاص بیماران بخش‌های ویژه و اتاق عمل، در خط مشی و روش پذیرش، به‌طور جداگانه به نکات مهم مرتبط با ایمنی بیمار، در انتقال درون بخشی این بیماران اشاره گردد.

سنجه. خط مشی و روش ارجاع از بیمارستان 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  | ۱. غ.ق |
|            | الف | خط مشی و روش مربوطه  | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی                                    | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | یا<br>تمام مستندات موجود باشند                  | و<br>مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | غ.ق ۱  |
|            | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط‌مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   | ک                                    | امکانات موجود نباشند                  | یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند  | یا<br>تمام امکانات موجود باشند                  | و  | غ.ق ۱  |
|            | ج   | در بیمارستان   | ز  | ۱۰ مورد  | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش | ل                                     | ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد  | یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد                | و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد  | غ.ق ۱  |
|            | د   |  | ح  | مستقیم و غیرمستقیم   | ۱۰ مورد                              | م                                     | یا   | یا  | و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد   | غ.ق ۱  |
|            |     |  | ط  |  |                                      |                                       | ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد   | یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | و<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد  | غ.ق ۱  |
|            |     |  |    |  |                                      |                                       | ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد   | یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد  | و<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد  | غ.ق ۱  |

۱-۲-۴ اعزام

سنجه . خط مشی و روش اعزام از بیمارستان 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 بر اساس 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       | و                  | 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     | مستندات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد  | تمام مستندات موجود باشند  | غ.ق.۱ |
|            |                     |         |                    |  |    |   | 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 | 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 |       |
|            |                     |         |                    |  |    |   | یا                   | مستندات موجود نباشند  | تمام امکانات موجود باشند  |       |
|            |                     |         |                    |  |    |   | یا                   | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند   |   |       |
| ب          | و                   | و       | و                  | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲                 | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه    | یا                   | بخشی از امکانات موجود باشد  | تمام امکانات موجود باشند  |       |
|            |                     |         |                    |  |    |   | یا                   | بخشی از امکانات موجود باشد  |   |       |
| ج          | در بیمارستان        | ز       | ۱۰ مورد            | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش   | ل  | ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا                   | ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد   | ۰-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد  |       |
|            |                     |         |                    |  |    |   | یا                   | ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد   |   |       |
| د          | ط                   | ح       | مستقیم و غیرمستقیم | ۱۰ مورد  | م  | ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد  | یا                   | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد   | ۰-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد   |       |
|            |                     |         |                    |  |    |   | یا                   | ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد  |   |       |

\*تذکر: ضروری است با توجه به شرایط خاص بیماران بخش‌های ویژه و اتاق عمل، در خط مشی و روش پذیرش، به‌طور جداگانه به نکات مهم مرتبط با ایمنی بیمار، در اعزام این بیماران اشاره گردد.



۱-۲-۵) ترخیص

سنجه. خط مشی و روش ترخیص از بیمارستان 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   | ۳. غ.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 | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف       | بخشی از مستندات موجود 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 تهیه کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | غ.ا |        |
|            | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط‌مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   | ک  | امکانات موجود نباشند یا                     | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا   | تمام امکانات موجود باشند و  | غ.ا |        |
|            | ج   | در بیمارستان   | ز  | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش   | ل  | مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا    | بخشی از امکانات موجود باشد یا  | ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و  | غ.ا |        |
|            | د   |  | ح  | مستقیم و غیرمستقیم   | م  | ۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا   | ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و   | غ.ا |        |
|            |     |  | ط  |  |    |   | ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد   |   | غ.ا |        |
|            |     |  |    |  |    |   |  |   | غ.ا |        |

## ۱-۲-۶) تعیین و فراخوانی گروه کد احیا

سنجه. خط مشی و روش تعیین و فراخوانی گروه کد احیا با در نظر گرفتن تفاوت گروه‌های سنی از جمله نوزادان، کودکان، بزرگسالان، حجم کار و نوع بیماران و مسافت و 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 مکتوب    | ه  | حضور اعضا مطابق با دستو العمل و خط مشی اعلام کد احیا  | ی  | از کارکنان بخش و گروه احیا                      | بخشی از مستندات موجود باشد   | یا  | تمام مستندات موجود باشند  |  |
|            | ب   | به تفکیک مندرجات سنجه | و  | در صورتی که در طول بازدید بیمارستان کد اعلام نشود در یکی از بخش‌ها به انتخاب ارزیابان یک بار کد اعلام شود اما در صورت اعلام کد ارزیابان بالینی بلافاصله در محل حاضر می‌شوند | ک  | در خصوص خط مشی و روش و فراخوان و حضور گروه احیا | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد | یا  | تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند |  |
|            | ج   | در بیمارستان          | ز  | در محل اعلام کد   | ل  |   | ۰-۲ (۱-۰) مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد  | یا  | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد   |  |
|            | د   |                       | ح  |   | م  | ۱۰ مورد   | یا   | ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد  | یا  | ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد   |
|            |     |                       | ط  |   |    |   | یا   | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | 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 تهیه کنندگان موجود باشند |
|            |     |                       |    |   |    |   |  |   |   |  |

۷-۲-۱) ارزیابی و کنترل مستمر مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی

سنجه. خط مشی و روش فوق 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 بر اساس 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  |         | ی  | کارکنان مرتبط براساس خط مشی            | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>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<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>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<br>و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد |   |       |
|            | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  |         | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه |   |   |   |       |
|            | ج   | در بیمارستان   | ز  |         | ل  | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش   |   |   |   |       |
|            | د   |  | ح  |         | م  | ۱۰ مورد                                |   |   |   |       |
|            |     |  | ط  |         |    |  |   |   |   |       |

۱-۲-۸) چگونگی ثبت دستورات مراقبتی و دارویی به صورت شفاهی

سنجه. خط مشی و روش ثبت دستورات مراقبتی و دارویی به صورت شفاهی 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  |  |   |   |  |   |                             |   |                             |   |   |                             |   |   |                             |   |
|------------|-----|--|----|---------|--|-----------------------------|---|--|---|---|--|---|-----------------------------|---|-----------------------------|---|---|-----------------------------|---|---|-----------------------------|---|
|            |     |  |    |         |  |                             | غ.ق.ا   | ۲  | ۱   | ۰ |  |   |                             |   |                             |   |   |                             |   |   |                             |   |
|            | الف | خط مشی و روش مربوطه  | ه  |         | ی                                      | کارکنان مرتبط براساس خط مشی | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>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<br>و<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>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<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ک | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | و | در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | ب |                             |   |   |                             |   |   |                             |   |
|            | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  | ک       | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | و                           |   |  |   |   |  |   |                             |   | در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | ب |   |                             |   |   |                             |   |
|            | ج   | در بیمارستان   | ز  | ل       | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش   |                             |   |  |   |   |  |   |                             |   |                             |   | و | در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | ب |   |                             |   |
|            | د   |  | ح  | م       | ۱۰ مورد                                |                             |   |  |   |   |  |   |                             |   |                             |   |   |                             |   | و | در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | ب |
|            |     |  | ط  |         |  |                             |   |  |   |   |  |   |                             |   |                             |   |   |                             |   |   |                             |   |

۹-۲-۱) برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی

سنجه. خط مشی و روش برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و...) 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                                     |                                       |
|            | 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                         | بخشی از مستندات موجود باشد            |                                       |
|            |     |  |                    |  |    |                                       | مستندات موجود نباشند                      | یا                         | تمام مستندات موجود باشند              |                                       |
|            | ب   | حدافل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۱ | و                  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   | ک  |                                       | ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | امکانات موجود نباشند       | یا                                    | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند |
|            |     |  |                    |  |    |                                       |   | یا                         | یا                                    | تمام امکانات موجود باشند              |
|            | ج   | در بیمارستان   | ز                  | ۱۰ مورد  | ل  |                                       | ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد  | بخشی از امکانات موجود باشد | یا                                    | بخشی از امکانات موجود باشد            |
|            |     |  |                    |  |    |                                       |   | یا                         | یا                                    | تمام امکانات موجود باشند              |
| د          |     | ح  | مستقیم و غیرمستقیم | م  |    | ۱۰ مورد                               | مستندات موجود نباشند                      | یا                         | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند |                                       |
|            |     |  |                    |  |    |                                       | یا  | یا                         | تمام امکانات موجود باشند              |                                       |
|            |     | ط  |                    |  |    |                                       | ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد  | یا                         | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند |                                       |

۱-۲-۱۰) چگونگی گندزدایی سریع محل دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی

سنجه. خط مشی و روش چگونگی آلودگی زدایی سریع محل دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی، نمونه‌ی عفونی یا بالقوه‌ی عفونی 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  |
| الف        | خط مشی و روش مربوطه  | مستندات موجود باشد | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | کارکنان مرتبط                         | بخشی از مستندات موجود باشد            | یا | تمام مستندات موجود باشند   |
|            |  |                    |    |  |    |                                       | مستندات موجود نباشند                  | 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 تهیه کنندگان موجود باشند |
|            |  |                    |    |  |    |                                       | یا                                    | 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 تهیه کنندگان موجود باشند |
|            |  |                    |    |  |    |                                       | یا                                    | 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 تهیه کنندگان موجود باشند |
| ب          | برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | مستندات موجود باشد | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   | ک  | امکانات موجود نباشند                  | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند | یا | تمام امکانات موجود باشند   |
|            |  |                    |    |  |    |                                       | یا                                    | یا | بخشی از امکانات موجود باشد   |
| ج          | در بیمارستان   | مستندات موجود باشد | ز  | ۱۰ مورد  | ل  | مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | بخشی از امکانات موجود باشد            | یا | ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد   |
|            |  |                    |    |  |    |                                       | یا                                    | یا | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد  |
| د          | مستقیم و غیرمستقیم   | مستندات موجود باشد | ح  | ۱۰ مورد  | م  | مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | بخشی از امکانات موجود باشد            | یا | ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد  |
|            |  |                    |    |  |    |                                       | یا                                    | یا | ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد   |

۱-۲-۱۱) مشخص نمودن حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار

سنجه. خط مشی و روش حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار براساس قوانین و مقررات، و 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  | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | کارکنان مرتبط                          | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>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<br>تمام مستندات موجود باشند              | یا<br>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<br>تمام مستندات موجود باشند   |  |
|            | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط‌مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  |  | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | یا<br>امکانات موجود نباشند   | یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند | یا<br>تمام امکانات موجود باشند   | یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد |  |
|            | ج   | در بیمارستان   | ز  | ۱۰ مورد  | ل  | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش   | ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد  | یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد            | یا<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد   | یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد |  |
|            | د   |  | ح  | مستقیم و غیرمستقیم   | م  | ۱۰ مورد                                | یا   | یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد            | یا<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد  | یا<br>تمام مستندات موجود باشند   |  |
|            |     |  | ط  |  |    |  | ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد   | یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد            | یا<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد  | یا<br>تمام مستندات موجود باشند   |  |
|            |     |  |    |  |    |  | ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد   | یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد            | یا<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد  | یا<br>تمام مستندات موجود باشند   |  |

۱-۲-۱۲) فراخوان فوری نگهداران

سنجه. بیمارستان خط مشی و روش فراخوان فوری نگهداران (حداکثر ظرف سه دقیقه) با تعیین نحوه برخورد مناسب در مواقع بروز درگیری، را تدوین نموده و کارکنان براساس آن عمل می کنند که در کتابچه خط مشی و روش های بیمارستانی موجود است و از الگوی آن تبعیت می نماید.

| شماره سنجه | کد                  | مستندات | کد | مشاهدات  | کد            | مصاحبه  | امتیاز   |   |       |       |   |   |  |   |   |  |   |   |   |                                      |   |   |   |
|------------|---------------------|---------|----|--|---------------|---|--|---|-------|-------|---|---|--|---|---|--|---|---|---|--------------------------------------|---|---|---|
|            |                     |         |    |  |               |   | ۰  | ۱   | ۲     | غ.ق.ا |   |   |  |   |   |  |   |   |   |                                      |   |   |   |
| الف        | خط مشی و روش مربوطه | ه       | ی  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و سایر گروه های هدف خط مشی و روش مربوطه | کارکنان مرتبط | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | غ.ق.ا |       |   |   |  |   |   |  |   |   |   |                                      |   |   |   |
|            |                     |         |    |  |               |   |  |   |       | ب     | و | ک | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | امکانات موجود نباشند<br>یا<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد | تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد |   |   |   |                                      |   |   |   |
|            |                     |         |    |  |               |   |  |   |       |       |   |   |  |   |   |  | ج | ز | ل | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش | یا<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد |
|            |                     |         |    |  |               |   |  |   |       |       |   |   |  |   |   |  |   |   |   |                                      |   |   |   |
| ط          |                     |         |    |  |               | مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد   | بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد  | مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد   |       |       |   |   |  |   |   |  |   |   |   |                                      |   |   |   |



## ۲) پرونده بیمار

۱-۲) برای تمام کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

سنجه. همه کارکنانی که طبق قوانین و مقررات یا خط مشی بیمارستان، مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، توسط بیمارستان مشخص شده‌اند و کارکنان براساس آن عمل می‌کنند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات   | کد | مشاهدات   | کد | مصاحبه | امتیاز                                 |  |   |
|------------|-----|---|----|---|----|--------|--|--|---|
|            |     |   |    |   |    |        | غ.ق.ا                                  | ۲                                      | ۱                                       |
|            | الف | مستندات مربوط به مشخص کردن کارکنان مجاز* به ثبت اطلاعات در پرونده بیمار، قوانین و مقررات، خط مشی و روش، پرونده بیمار) | ه  | پرونده بیماران  | ی  |        | افراد مجاز مشخص نشده باشند             | افراد مجاز مشخص شده باشند              | مجاز مشخص شده باشند                     |
|            | ب   | عدم ثبت توسط افراد غیر مجاز   | و  | در بخش‌های بالینی   | ک  |        | یا                                     | اما                                    | و                                       |
|            | ج   | در بیمارستان  | ز  | ۱۰ پرونده   | ل  |        | در ۰-۲ پرونده براساس آن اقدام شده باشد | در ۳-۶ پرونده براساس آن اقدام شده باشد | در ۷-۱۰ پرونده براساس آن اقدام شده باشد |
|            | د   |   | ح  | مطابقت لیست افراد مجاز با نام و امضای افراد ثبت کننده اطلاعات | م  |        |  |  |   |
|            |     |   | ط  |   |    |        |  |  |   |

\*تذکر: توجه شود که در بخش تصویربرداری، پزشک متخصص رادیولوژی، لازم است برخی موارد را در پرونده بیمار ثبت نماید و لازم است حتما ایشان هم جزو افراد مجاز لحاظ شوند.

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

تذکر: در بررسی محتویات این استاندارد، در مورد هر یک از بندهای ذیل بطور جداگانه در یک پرونده، حتی اگر یک مورد عدم رعایت دیده شود امتیاز آن پرونده صفر می‌شود، به‌عنوان مثال اگر در یک پرونده ثبت تاریخ در ۸ گزارش پزشک از ۱۰ گزارش موجود، صورت گرفته باشد، امتیاز آن پرونده صفر می‌شود و پس از بررسی ۱۰ پرونده، با همین روال اگر در ۲-۰ پرونده استاندارد رعایت شده باشد، امتیاز صفر، اگر در ۳-۶ پرونده رعایت شده باشد، امتیاز ۱ و اگر در ۷-۱۰ پرونده رعایت شده باشد، امتیاز ۲ می‌باشد.

۲-۲-۱) تمام اطلاعات با خودکار آبی یا مشکی نوشته می‌شوند.

سنجه. مستندات یا سایر گزارشات مربوط به بیمار با خودکار آبی یا مشکی یا به صورت تاپیی نوشته شده‌اند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه  | امتیاز  |  |   |
|------------|-----|--------------------------|----|---------|----|---|---|--|---|
|            |     |                          |    |         |    |   | ۰   | ۱  | ۲ |
|            | الف | پرونده بیمار             | ه  |         | ی  | در ۲-۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۳-۶ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۷-۱۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |   |
|            | ب   | موارد مندرج در استاندارد | و  |         | ک  |   |   |  |   |
|            | ج   | بخش‌های بالینی           | ز  |         | ل  |   |   |  |   |
|            | د   | ۱۰ پرونده                | ح  |         | م  |   |   |  |   |
|            |     |                          | ط  |         |    |   |   |  |   |

۲-۲-۲) تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.

سنجه. مستندات پرونده بیمار با سایر گزارش‌های مربوط به بیمار به صورت خوانا (دست‌نویس - تاپیی) نوشته شده‌اند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه  | امتیاز  |  |   |
|------------|-----|--------------------------|----|---------|----|---|---|--|---|
|            |     |                          |    |         |    |   | ۰   | ۱  | ۲ |
|            | الف | پرونده بیمار             | ه  |         | ی  | در ۲-۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۳-۶ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۷-۱۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |   |
|            | ب   | موارد مندرج در استاندارد | و  |         | ک  |   |   |  |   |
|            | ج   | بخش‌های بالینی           | ز  |         | ل  |   |   |  |   |
|            | د   | ۱۰ پرونده                | ح  |         | م  |   |   |  |   |
|            |     |                          | ط  |         |    |   |   |  |   |

۳-۲-۲) نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام برگه‌ها و روی جلد پرونده وی ثبت می‌شوند.

سنجه. روی جلد و در تمام برگه‌های پرونده بیمار، نام، نام خانوادگی و شماره پرونده وی ثبت می‌شود.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز  |   |  |       |
|------------|-----|--------------------------|----|---------|----|--------|---|---|--|-------|
|            |     |                          |    |         |    |        | ۰   | ۱   | ۲  | غ.ق.ا |
|            | الف | پرونده بیمار             | ه  |         | ی  |        | در ۰-۲ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۳-۶ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۷-۱۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |       |
|            | ب   | موارد مندرج در استاندارد | و  |         | ک  |        |   |   |  |       |
|            | ج   | بخش‌های بالینی           | ز  |         | ل  |        |   |   |  |       |
|            | د   | ۱۰ پرونده                | ح  |         | م  |        |   |   |  |       |
|            |     |                          | ط  |         |    |        |   |   |  |       |

۴-۲-۲) زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص می‌باشد.

سنجه. مستندات پرونده بیمار یا سایر گزارش‌های بیمار، حاوی زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز  |   |  |       |
|------------|-----|--------------------------|----|---------|----|--------|---|---|--|-------|
|            |     |                          |    |         |    |        | ۰   | ۱   | ۲  | غ.ق.ا |
|            | الف | پرونده بیمار             | ه  |         | ی  |        | در ۰-۲ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۳-۶ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۷-۱۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |       |
|            | ب   | موارد مندرج در استاندارد | و  |         | ک  |        |   |   |  |       |
|            | ج   | بخش‌های بالینی           | ز  |         | ل  |        |   |   |  |       |
|            | د   | ۱۰ پرونده                | ح  |         | م  |        |   |   |  |       |
|            |     |                          | ط  |         |    |        |   |   |  |       |

۲-۲-۵) در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت کننده اطلاعات آمده است.

سنجه. در پایان تمام مستندات پرونده و گزارشات بیمار، امضا و مهر ثبت کننده اطلاعات آمده است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه  | امتیاز  |  |   |       |
|------------|-----|--------------------------|----|---------|----|---|---|--|---|-------|
|            |     |                          |    |         |    |   | ۰   | ۱  | ۲ | غ.ق.ا |
|            | الف | پرونده بیمار             | ه  |         | ی  | در ۰-۲ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۳-۶ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۷-۱۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |   |       |
|            | ب   | موارد مندرج در استاندارد | و  |         | ک  |   |   |  |   |       |
|            | ج   | بخش‌های بالینی           | ز  |         | ل  |   |   |  |   |       |
|            | د   | ۱۰ پرونده                | ح  |         | م  |   |   |  |   |       |
|            |     |                          | ط  |         |    |   |   |  |   |       |

۲-۲-۶) هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آن‌ها وجود ندارد.

سنجه. مستندات پرونده بیمار یا سایر گزارشات بیمار فاقد فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آن‌ها است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه  | امتیاز  |  |   |       |
|------------|-----|--------------------------|----|---------|----|---|---|--|---|-------|
|            |     |                          |    |         |    |   | ۰   | ۱  | ۲ | غ.ق.ا |
|            | الف | پرونده بیمار             | ه  |         | ی  | در ۰-۲ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۳-۶ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۷-۱۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |   |       |
|            | ب   | موارد مندرج در استاندارد | و  |         | ک  |   |   |  |   |       |
|            | ج   | بخش‌های بالینی           | ز  |         | ل  |   |   |  |   |       |
|            | د   | ۱۰ پرونده                | ح  |         | م  |   |   |  |   |       |
|            |     |                          | ط  |         |    |   |   |  |   |       |

۷-۲-۲) در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح کننده و پاک کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.

سنجه. در مستندات پرونده بیمار یا سایر گزارشات بیمار هیچ نوع وسیله اصلاح کننده و پاک کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه  | امتیاز  |  |       |       |
|------------|-----|--------------------------|----|---------|----|---|---|--|-------|-------|
|            |     |                          |    |         |    |   | ۰   | ۱  | ۲     | غ.ق.ا |
|            | الف | پرونده بیمار             | ه  |         | ی  | در ۰-۲ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۳-۶ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۷-۱۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | غ.ق.ا |       |
|            | ب   | موارد مندرج در استاندارد | و  |         | ک  |   |   |  |       |       |
|            | ج   | بخش‌های بالینی           | ز  |         | ل  |   |   |  |       |       |
|            | د   | ۱۰ پرونده                | ح  |         | م  |   |   |  |       |       |
|            |     |                          | ط  |         |    |   |   |  |       |       |

۸-۲-۲) در صورتی که در پرونده بیمار جمله ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.

سنجه. در تمامی مستندات پرونده بیمار یا سایر گزارشات مربوط به بیمارد صورتی که جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته شده «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت شده است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                        | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه   | امتیاز   |   |       |       |
|------------|-----|--------------------------------|----|---------|----|--|--|---|-------|-------|
|            |     |                                |    |         |    |  | ۰  | ۱   | ۲     | غ.ق.ا |
|            | الف | پرونده بیمار                   | ه  |         | ی  | در ۰-۲ مورد تمام مندرجات استاندارد رعایت شده است | در ۳-۶ مورد تمام مندرجات استاندارد رعایت شده است | در ۷-۱۰ مورد تمام مندرجات استاندارد رعایت شده است | غ.ق.ا |       |
|            | ب   | تمامی موارد مندرج در استاندارد | و  |         | ک  |  |  |   |       |       |
|            | ج   | بخش‌های بالینی                 | ز  |         | ل  |  |  |   |       |       |
|            | د   | ۱۰ پرونده                      | ح  |         | م  |  |  |   |       |       |
|            |     |                                | ط  |         |    |  |  |   |       |       |

۹-۲-۲) شواهد مستندی از عملکرد تریاژ، در پرونده پزشکی بیماران وجود دارد.

سنجه. شواهد مستندی از عملکرد تریاژ، در پرونده پزشکی بیمارانی که از طریق اورژانس، در بخش‌های مختلف بیمارستان (از جمله اورژانس) بستری شده‌اند، وجود دارد.

| امتیاز |  |   |   | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات                    | کد  | شماره سنجه |
|--------|--|---|---|--------|----|---------|----|----------------------------|-----|------------|
| غ.ق.ا  | ۲  | ۱   | ۰   |        |    |         |    |                            |     |            |
|        |  |   |   |        | ی  |         | ه  | برگه تریاژ در پرونده بیمار | الف |            |
|        |  |   |   |        | ک  |         | و  | تکمیل شده                  | ب   |            |
|        | در ۱۰-۷ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۶-۳ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۲-۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |        | ل  |         | ز  | بخش‌های بالینی             | ج   |            |
|        |  |   |   |        | م  |         | ح  | ۱۰ پرونده                  | د   |            |
|        |  |   |   |        |    |         | ط  |                            |     |            |

### ۳) دستورات دارویی

۱-۳) کتاب /مجموعه دارویی کاغذی / الکترونیک که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده است، در بخش‌های بالینی مختلف بیمارستان در دسترس است و تجویز دارو براساس آن صورت می‌گیرد.

سنجه. کتابچه دارویی (فرمولاری بیمارستان) مطابق با استاندارد ۱-۲-۲-۱ کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان در هر بخش بالینی موجود است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات  | کد | مشاهدات                                | کد | مصاحبه | امتیاز  |   |       |       |
|------------|-----|--|----|--|----|--------|---|---|-------|-------|
|            |     |  |    |  |    |        | ۰   | ۱   | ۲     | غ.ق.ا |
|            | الف | فهرست داروهای مورد استفاده در بیمارستان به تفکیک بخش‌های بالینی و کتابچه دارویی (فرمولاری) تهیه شده براساس فهرست مذکور | ه  | دستورات دارویی مندرج در پرونده بیماران | ی  |        | فهرست مذکور موجود است<br>و<br>در هیچ موردی تجویز دارو خارج از فهرست مذکور صورت نگرفته است | فهرست مذکور موجود است<br>و<br>به تفکیک بخش‌های بالینی مختلف                         | غ.ق.ا |       |
|            | ب   | مطابق با استاندارد ۱-۲-۲-۱ کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان   | و  | در بخش‌های بالینی مختلف                | ک  |        | فهرست موجود است اما حتی در یک مورد تجویز دارو خارج از فهرست مذکور صورت گرفته است          | اما به تفکیک بخش‌های بالینی مختلف نیست  | غ.ق.ا |       |
|            | ج   | در دسترس بخش‌های بالینی  | ز  | ۱۰ پرونده                              | ل  |        | فهرست مذکور موجود نیست یا   | فهرست مذکور موجود است و در هیچ موردی تجویز دارو خارج از فهرست مذکور صورت نگرفته است | غ.ق.ا |       |
|            | د   | ۱۰ مورد  | ح  | انطباق دستورات دارویی با فهرست مذکور   | م  |        | فهرست مذکور موجود نیست  | کتابچه دارویی مورد تأیید کمیته دارو و درمان بیمارستان موجود است                     | غ.ق.ا |       |
|            |     |  |    | ط                                      |    |        |   |   | غ.ق.ا |       |

۳-۲) کتابچه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آن‌ها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آن‌ها است.

سنجه. کتابچه دارویی (فرمولاری)، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آن‌ها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آن‌ها است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه  | امتیاز |  |       |
|------------|-----|--------------------------|----|---------|----|---|--------|--|-------|
|            |     |                          |    |         |    |   | ۰      | ۱  | ۲     |
|            | الف | کتابچه دارویی (فرمولاری) | ه  |         | ی  | کتابچه دارویی حاوی هیچ‌یک از موارد مندرج در سنجه نیست | ۱      | ۲  | غ.ق.۱ |
|            | ب   | مشخصات مندرج در سنجه     | و  |         | ک  |   |        |  |       |
|            | ج   | در بیمارستان             | ز  |         | ل  |   |        |  |       |
|            | د   |                          | ح  |         | م  |   |        |  |       |
|            |     |                          | ط  |         |    |   |        |  |       |
|            |     |                          |    |         |    | کتابچه دارویی حاوی تمام موارد مندرج در سنجه است       | یا     | از فهرست مورد اشاره در سنجه استاندارد ۳-۱ و کتاب دارویی کشوری استفاده می‌شود و کتاب دارویی مجزا وجود ندارد |       |

۳-۳) بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از این که داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست، به مقدار درست، به فرد درست داده می‌شود، پیش بینی و مکتوب ساخته است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که پزشک طی فرایندی پس از آگاهی دقیق از شرایط بیمار از جمله سن (در کودکان) و وزن، مراحل محاسبه دوز دارویی و روش تجویز را در برگه دستورات پزشکی ثبت می‌نماید.

| شماره سنجه | کد  | مستندات  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه  | امتیاز |   |       |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--------|---|-------|
|            |     |  |    |         |    |   | ۰      | ۱ | ۲     |
| ۱          | الف | برگه دستورات دارویی                              | ه  |         | ی  | حتی در یک پرونده مشخصات مندرج در سنجه رعایت نشده باشد | ۱      | ۲ | غ.ق.۱ |
|            | ب   | درج سن (در کودکان) و وزن در زمان محاسبه دوز دارو | و  |         | ک  |   |        |   |       |
|            | ج   | در پرونده بیماران بخش‌های بالینی                 | ز  |         | ل  |   |        |   |       |
|            | د   | ۱۰ پرونده  | ح  |         | م  |   |        |   |       |
|            |     |  | ط  |         |    |   |        |   |       |
|            |     |  |    |         |    | در هر ۱۰ پرونده مشخصات مندرج در سنجه رعایت شده باشد   |        |   |       |



راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که پرستار طی فرایندی پس از آگاهی دقیق از شرایط بیمار از جمله سن (در کودکان) و وزن، مجدد دوز دارو را محاسبه نموده و از درست بودن روش تجویز اطمینان حاصل کرده و براساس دستورات پزشک موارد ثبت شده را اجرا می‌نماید.

| شماره سنجه | کد  | مستندات  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه  | امتیاز |   |   |       |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--------|---|---|-------|
|            |     |  |    |         |    |   | ۰      | ۱ | ۲   | غ.ق.ا |
| ۲          | الف | برگه گزارش پرستاری                               | ه  |         | ی  | حتی در یک پرونده مشخصات مندرج در سنجه رعایت نشده باشد | ۱      | ۲ | در هر ۱۰ پرونده مشخصات مندرج در سنجه رعایت شده باشد | غ.ق.ا |
|            | ب   | درج سن (در کودکان) و وزن در زمان محاسبه دوز دارو | و  |         | ک  |   |        |   |   |       |
|            | ج   | در پرونده بیماران بخش‌های بالینی                 | ز  |         | ل  |   |        |   |   |       |
|            | د   | ۱۰ پرونده  | ح  |         | م  |   |        |   |   |       |
|            |     |  | ط  |         |    |   |        |   |   |       |

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که جهت اطمینان از به‌کارگیری داروی درست، کارت دارویی آماده شده با دستورات پزشکی انطباق داده می‌شوند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                  | امتیاز  |   |  |       |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|---|---|--|-------|
|            |     |   |    |         |    |   | ۰   | ۱   | ۲  | غ.ق.ا |
| ۳          | الف | کارت دارویی آماده شده و برگه دستورات پزشک و فرایند دارودهی صحیح نصب شده در اتاق درمان | ه  |         | ی  | با پرستاران بخش‌های بالینی              | ۰   | ۱   | هر ۱۰ کارت دارویی با برگه دستورات پزشک منطبق باشند                   | غ.ق.ا |
|            | ب   | حاوی مشخصات مندرج در استاندارد ۳-۵ مدیریت دارویی                                      | و  |         | ک  |   |   |   |  |       |
|            | ج   | بخش‌های بالینی  | ز  |         | ل  |   |   |   |  |       |
|            | د   | ۱۰ مورد تطبیق کارت با پرونده  | ح  |         | م  |   |   |   |  |       |
|            |     |   | ط  |         |    |   |   |   |  |       |
|            |     |   |    |         |    | فرایند دارو دهی درست شامل چه مراحل است؟ | ۲-۶ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی با برگه دستورات پزشک اشاره کنند | ۳-۶ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی با برگه دستورات پزشک اشاره کنند | ۷-۱۰ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی با برگه دستورات پزشک اشاره کنند |       |
|            |     |   |    |         |    | یا                                      | ۲-۰ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی با برگه دستورات پزشک اشاره کنند | ۳-۶ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی با برگه دستورات پزشک اشاره کنند | ۷-۱۰ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی با برگه دستورات پزشک اشاره کنند |       |
|            |     |   |    |         |    | یا                                      | ۲-۰ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی با برگه دستورات پزشک اشاره کنند | ۳-۶ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی با برگه دستورات پزشک اشاره کنند | ۷-۱۰ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی با برگه دستورات پزشک اشاره کنند |       |

سنجه ۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که جهت اطمینان از به کارگیری داروی درست، دارو با کارت دارویی انطباق داده می‌شود.

| شماره سنجه | کد  | مستندات  | کد | مشاهدات   | کد | مصاحبه                                  | امتیاز   |   |   |
|------------|-----|--|----|---|----|---|--|---|---|
|            |     |  |    |   |    |   | ۰  | ۱   | ۲   |
| ۴          | الف | کارت دارویی                                      | ه  | داروهای آماده شده                               | ی  | با پرستاران بخش‌های بالینی              | هر ۱۰ کارت با داروها منطبق باشند<br>اما<br>۳-۶ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی با داروی بیمار اشاره نمایند | هر ۱۰ کارت با داروها منطبق باشند<br>و<br>۷-۱۰ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی با داروی بیمار اشاره نمایند | در مواردی که استاندارد ۳-۵ واحد مدیریت دارویی اجرا می‌شود |
|            | ب   | حاوی مشخصات مندرج در استاندارد ۳-۵ مدیریت دارویی | و  | بخش‌های بالینی                                  | ک  | فرایند دارو دهی درست شامل چه مراحل است؟ |  |   |   |
|            | ج   | بخش‌های بالینی                                   | ز  | ۱۰ داروی مرتبط با کارت‌های بررسی شده در بند «د» | ل  | بخش‌های بالینی                          |  |   |   |
|            | د   | ۱۰ مورد  | ح  | انطباق با کارت دارویی                           | م  | ۱۰ پرستار                               |  |   |   |
|            |     |  | ط  |   |    |   |  |   |   |

سنجه ۵. شواهد و مستندات نشان می‌دهند قبل از دارو دهی، کنترل می‌گردد که آیا پزشک شرایط خاصی را برای دادن یا ندادن دارو تعیین نموده است که لازم است براساس آن عمل شود یا خیر (به‌عنوان مثال پزشک دادن داروی پرفشاری خون به بیمار را منوط به فشارخون سیستولیک بالای ۹۰ میلی متر جیوه نموده است که هر بار قبل از دادن داروی مربوطه فشارخون بیمار بررسی و براساس آن عمل شود).

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                  | امتیاز   |  |   |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--|--|---|
|            |     |  |    |         |    |   | ۰  | ۱  | ۲   |
| ۵          | الف | برگه دستورات پزشک و برگه گزارش پرستاری | ه  |         | ی  | با پرستاران                             | ۳-۶ پرستار به این مرحله اشاره می‌کنند و*<br>براساس دستورات پزشک عمل شده باشد | ۷-۱۰ پرستار به مرحله کنترل اشاره می‌کنند و<br>براساس دستورات پزشک عمل شده باشد | در مواردی که استاندارد ۳-۵ واحد مدیریت دارویی اجرا می‌شود |
|            | ب   | منطبق با دستورات پزشک                  | و  |         | ک  | فرایند دارو دهی درست شامل چه مراحل است؟ |  |  |   |
|            | ج   | بخش‌های بالینی                         | ز  |         | ل  | بخش‌های بالینی                          |  |  |   |
|            | د   | ۱۰ پرونده                              | ح  |         | م  | ۱۰ پرستار                               |  |  |   |
|            |     |  | ط  |         |    |   |  |  |   |

\*تذکر: اگر در هیچ‌یک از ۱۰ پرونده در برگه دستورات دارویی شرایط خاصی برای دارو دهی گذاشته نشده باشد، نتایج مصاحبه ملاک امتیازدهی به این سنجه خواهد بود.

سنجه ۶. مستندات نشان می‌دهند گزارش دارو دهی پس از دادن دارو به بیمار ثبت می‌شود.

| شماره سنجه | کد  | مستندات               | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                      | امتیاز |   |   |       |
|------------|-----|-----------------------|----|---------|----|---|--------|---|---|-------|
|            |     |                       |    |         |    |   | ۰      | ۱ | ۲   | غ.ق.ا |
| ۶          | الف | برگه گزارش پرستاری    | ه  |         | ی  | حتی در یک مورد، گزارش دارو دهی ثبت نشده است | ۱      | ۲ | در تمام موارد، گزارش دارو دهی ثبت شده است | غ.ق.ا |
|            | ب   | منطبق با دستورات پزشک | و  |         | ک  |   |        |   |   |       |
|            | ج   | بخش‌های بالینی        | ز  |         | ل  |   |        |   |   |       |
|            | د   | ۱۰ پرونده             | ح  |         | م  |   |        |   |   |       |
|            |     |                       | ط  |         |    |   |        |   |   |       |

۳-۴) همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آن‌ها در داروخانه بخش اورژانس وجود دارد و در دسترس سایر بخش‌ها نیز می‌باشد.

سنجه ۱. آنتی‌دوت‌های مورد نیاز اورژانس و داروهای مربوطه، براساس بخش‌نامه شماره ۴۰۱/۶۰۸۲/د مورخ ۹۲/۵/۱۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در داروخانه بخش اورژانس موجود است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات  | کد | مشاهدات          | کد | مصاحبه   | امتیاز |   |   |       |
|------------|-----|--|----|------------------|----|--|--------|---|---|-------|
|            |     |  |    |                  |    |  | ۰      | ۱ | ۲   | غ.ق.ا |
| ۱          | الف | لیست آنتی‌دوت‌های مورد نیاز بخش اورژانس و داروهای مربوطه | ه  | داروهای آنتی‌دوت | ی  | مستندات بند «الف» موجود نباشد یا حتی یکی از آنتی‌دوت‌های بخش‌نامه مذکور در بخش اورژانس نباشد | ۱      | ۲ | مستندات بند «الف» موجود باشد و هر ۵ آنتی‌دوت در بخش اورژانس موجود باشند | غ.ق.ا |
|            | ب   | براساس بخش‌نامه مذکور                                    | و  | بخش اورژانس      | ک  |  |        |   |   |       |
|            | ج   | بخش اورژانس  | ز  | ۵ دارو           | ل  |  |        |   |   |       |
|            | د   |  | ح  |                  | م  |  |        |   |   |       |
|            |     |  | ط  |                  |    |  |        |   |   |       |

سنجه ۲. بخش‌های بالینی به آنتی‌دوت‌های مورد نیاز دسترسی دارند.\*

| شماره سنجه | کد  | مستندات   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه  | امتیاز   |   |   |   |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--|---|---|---|
|            |     |   |    |         |    |   | ۰  | ۱ | ۲ | غ.ق.۱   |
| ۲          | الف | مصوبه کمیته دارو و درمان و فهرست آنتی‌دوت‌های اورژانس                               | ه  |         | ی  | سرپرستاران و مسئولین شیفت‌ها                          |  |   |   | در هر ۱۰ بخش بالینی مستندات بندهای «الف» و «ب» موجود باشند<br><br>و<br>تمامی مصاحبه‌شوندگان پاسخ صحیح بدهند |
|            | ب   | مشخص کردن آنتی‌دوت‌هایی که باید در برخی از بخش‌ها موجود باشند با ذکر نام بخش مربوطه | و  |         | ک  | در صورت نیاز به آنتی‌دوت‌ها، چه اقدامی انجام می‌دهید؟ | حتی در یک بخش بالینی مستندات بندهای «الف» و «ب» موجود نباشند |   |   |   |
|            | ج   | بخش‌های بالینی  | ز  |         | ل  | بخش‌های بالینی  | یا   |   |   |   |
|            | د   | ۱۰ بخش  | ح  |         | م  | ۱۰ نفر  | حتی یکی از مصاحبه‌شوندگان پاسخ صحیح ندهد                     |   |   |   |
|            |     |   | ط  |         |    |   |  |   |   |   |

\*تذکر: داروهای آنتی‌دوت اختصاصی هر بخش با توجه به لیست شایع‌ترین مسمومیت‌های آن بخش و براساس مصوبه کمیته دارو و درمان بیمارستان باید در بخش مربوطه موجود باشد و آنتی‌دوت‌های منطبق بر بخش‌نامه و لیست شایع‌ترین مسمومیت‌های دارویی مربوط به اورژانس در بخش اورژانس یا داروخانه اورژانس موجود است و تمام بخش‌ها در صورت لزوم به آن دسترسی دارند.

۳-۵) داروهای نجات بخش جهت مراقبت اورژانسی در دسترس است و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های بخش‌های بالینی موجود می‌باشد.

سنجه ۱. داروهای نجات بخش جهت ترالی اورژانس براساس بخش نامه شماره ۴۰۱/۶۰۸۲/د مورخ ۹۲/۵/۱۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و داروها در تمام ساعات و در تمام قسمت‌های بخش‌های بالینی تامین می‌شود.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                        | کد | مشاهدات                        | کد | مصاحبه | امتیاز                              |    |                                   |       |   |   |                                   |   |
|------------|-----|--------------------------------|----|--------------------------------|----|--------|-------------------------------------|----|-----------------------------------|-------|---|---|-----------------------------------|---|
|            |     |                                |    |                                |    |        | ۰                                   | ۱  | ۲                                 | غ.ق.۱ |   |   |                                   |   |
| ۱          | الف | بخش نامه و لیست داروهای ترالی  | ه  | ترالی اورژانس و داروهای مربوطه | ی  |        | لیست منطبق با بخش نامه، موجود نباشد | یا | لیست منطبق با بخش نامه موجود باشد | و     | هر ۱۰ دارو مطابق بخش نامه و به تعداد الزام شده موجود باشد | و | هر ۱۰ دارو تاریخ مصرف داشته باشند |   |
|            | ب   |                                | و  | در بخش‌های دارای ترالی اورژانس | ک  |        |                                     |    |                                   |       |   |   |                                   | یا  |
|            | ج   | در بخش‌های دارای ترالی اورژانس | ز  | ۱۰ نوع دارو چک شود             | ل  |        |                                     |    |                                   |       |   |   |                                   | حتی یکی از داروها مطابق بخش نامه و به تعداد الزام شده موجود نباشد |
|            | د   |                                | ح  | تاریخ مصرف و تعداد دارو        | م  |        |                                     |    |                                   |       |   |   |                                   | یا  |
|            |     |                                | ط  |                                |    |        |                                     |    |                                   |       |   |   |                                   | حتی تاریخ مصرف یکی از داروها گذشته باشد                           |

سنجه ۲. ترالی اورژانس اتاق پره اکلامپسی طبق دستور العمل ۴۰۰/۱۵۸۷/د مورخ ۸۹/۹/۲۱ شامل هیدرالازین، سولفات منیزیم و گلوکونات کلسیم نیز می‌باشد.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                      | کد | مشاهدات                          | کد | مصاحبه | امتیاز                                       |    |   |       |                                      |
|------------|-----|--|----|----------------------------------|----|--------|--|----|---|-------|--------------------------------------|
|            |     |  |    |                                  |    |        | ۰  | ۱  | ۲                                       | غ.ق.۱ |                                      |
| ۲          | الف | لیست داروهای ترالی اورژانس اتاق پره اکلامپسی | ه  | ترالی اورژانس                    | ی  |        | حتی یکی از داروها مطابق بخش نامه موجود نباشد | یا | تمامی داروها مطابق بخش نامه موجود باشند | و     | در بیمارستان‌هایی که بخش زنان ندارند |
|            | ب   |  | و  | اتاق پره اکلامپسی در بلوک زایمان | ی  |        |  |    |   |       |                                      |
|            | ج   | بلوک زایمان                                  | ز  | هر سه نوع دارو                   | ل  |        |  |    |   |       |                                      |
|            | د   |  | ح  |                                  | م  |        |  |    |   |       |                                      |
|            |     |  | ط  |                                  |    |        |  |    |   |       |                                      |

۳-۶) تمام داروهای ضروری جهت ارائه مراقبت‌ها، مطابق با دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه روز و در تمامی قسمت‌های بخش‌های بالینی در دسترس هستند.

سنجه. داروهای ضروری (شامل قفسه دارویی و یخچال) با توجه به بخش نامه شماره ۴۰۱/۶۰۸۲/د مورخ ۹۲/۵/۱۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مصوبه کمیته دارو درمان بیمارستان، موجود است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات   | کد | مشاهدات  | کد | مصاحبه  | امتیاز |   |   |   |
|------------|-----|---|----|--|----|---|--------|---|---|---|
|            |     |   |    |  |    |   | غ.ق.ا  | ۲ | ۱ | ۰   |
|            | الف | بخش نامه و فهرست داروهای ضروری ابلاغی (در بخش اورژانس) و فهرست داروهای ضروری تهیه شده توسط کمیته دارویی (در سایر بخشهای بالینی) | ه  | داروهای قفسه دارویی و یخچال  | ی  | حتی در یکی از بخش‌های بالینی، فهرست داروهای ضروری موجود نباشد |        |   |   | در تمامی بخش‌های بالینی، فهرست داروهای ضروری موجود باشد |
|            | ب   | بخش‌های بالینی  | و  | در بخش‌های بالینی  | ک  | حتی یکی از داروها موجود نباشد                                 |        |   |   | هر ۱۰ دارو موجود باشد                                   |
|            | ج   | ۱۰ بخش  | ز  | ۱۰ نوع دارو چک شود   | ل  | یا  |        |   |   | شرایط نگهداری و تاریخ مصرف آن‌ها رعایت شده باشد         |
|            | د   |   | ح  | منطبق با فهرست مربوطه و دارای تاریخ مصرف و شرایط نگهداری توصیه شده بر روی برچسب دارو | م  | شرایط نگهداری و تاریخ مصرف آن رعایت نشده باشد                 |        |   |   |   |
|            |     |   | ط  |  |    |   |        |   |   |   |

تذکر: فهرست داروهای ضروری در بخش نامه فوق الذکر برای بخش اورژانس مشخص شده و برای سایر بخش‌ها لازم است فهرستی با تایید کمیته دارو و درمان بیمارستان تهیه و براساس آن داروها موجود باشند.

۷-۳) سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.

سنجه. خط مشی و روش درخواست، مصرف، نگهداری در قفسه قفل دار و کنترل داروهای مخدر این بخش با تعیین نقش سرپرستار و پرستارمسئول شیفت 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  |
| الف        | خط مشی و روش مربوطه   | ه       | مشاهدات | 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   | تمام مستندات موجود باشند                   |
|            |   |         |         |  |    |                                       | مستندات موجود نباشند  | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند  | و تمام امکانات موجود باشند                 |
|            |   |         |         |  |    |                                       | یا  | یا   | و  |
|            |   |         |         |  |    |                                       | امکانات موجود نباشند  | بخشی از امکانات موجود باشد   | ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد |
| ب          | حدافل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و       | ک       | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   | ک  |                                       | ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد   | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد  | ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد |
|            |   |         |         |  |    |                                       | یا  | یا   | و  |
| ج          | بیمارستان   | ز       | ل       | ۱۰ مورد  | ل  | بیمارستان                             | ۰-۲ مورد مصاحبه   | ۳-۶ مورد مصاحبه  | مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و   |
|            |   |         |         |  |    |                                       | یا  | یا   | نشانگر تطابق عملکرد باشد                   |
| د          |   | ح       | م       | مستقیم و غیرمستقیم   | م  | ۱۰ مورد                               | مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | نشانگر تطابق عملکرد باشد                   |
|            |   |         |         |  |    |                                       | یا  | یا   | و  |
| ط          |   | ط       |         |  |    |                                       | مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | نشانگر تطابق عملکرد باشد                   |
|            |   |         |         |  |    |                                       | یا  | یا   | و  |

**(۴) آموزش بیمار و همراهان**

۱-۴) به بیماران بستری و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک در مورد نوع مراقبت در نظر گرفته شده، ارائه می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند به بیمار و همراه وی در مورد نوع مراقبت توضیح داده می‌شود و توضیحات برای آن‌ها قابل درک بوده و به درستی متوجه شده‌اند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه  | امتیاز  |  |   |  |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|--|---|--|
|            |     |  |    |         |    |   | ۰   | ۱  | ۲   | غ.ق.۱  |
|            | الف | فرم آموزش بیمار موجود در پرونده وی   | ه  |         | ی  | از بیمار و یا همراه وی  | در ۰-۲ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد | یا   | در ۳-۶ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد | در ۷-۱۰ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد |
|            | ب   | حداقل‌های تعیین شده در فرم آموزش بیمار مطابق با استاندارد ۹-۱ حقوق گیرنده خدمت و نوع مراقبت در نظر گرفته شده | و  |         | ک  | آیا در مورد بیماری، درمان و مراقبتی که برای شما انجام می‌شود طوری که متوجه بشوید به شما توضیح داده‌اند؟ | یا  | در ۳-۶ بیمار و همراه وی در مورد نوع مراقبت آموزش داده شده باشد | در ۷-۱۰ بیمار و همراه وی در مورد نوع مراقبت آموزش داده شده باشد   |  |
|            | ج   | در بخش‌های بالینی*   | ز  |         | ل  | در بخش‌های بالینی   | یا  | در ۳-۶ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند             | در ۷-۱۰ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند               |  |
|            | د   | ۱۰ پرونده  | ح  |         | م  | از ۱۰ بیمار و یا همراه که پرونده آن‌ها بررسی شده است  | یا  | در ۳-۶ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند             | در ۷-۱۰ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند               |  |
|            |     |  |    | ط       |    |   |   |  |   |  |

\*تذکر: در ۱۰ مورد از بخش‌های بالینی، بخش آزمایشگاه، طب انتقال خون، مدیریت دارویی و تصویر برداری جزء ۱۰ نمونه نمی‌باشد.



۴-۲) به بیماران بستری و همراهان آنها توضیحات مناسب و قابل درک در مورد روش‌های جایگزین درمانی، ارائه می‌شود.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند به بیمار و همراه وی در مورد روش‌های جایگزین درمانی توضیح داده می‌شود و توضیحات برای آنها قابل درک بوده و به درستی متوجه شده‌اند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه   | امتیاز  |   |   |  |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|---|---|---|--|
|            |     |   |    |         |    |  | ۰   | ۱   | ۲   | غ.ق.ا  |
| ۱          | الف | فرم آموزش بیمار موجود در پرونده وی  | ه  |         | ی  | از بیمار و یا همراه وی   | در ۲-۰ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد | یا  | در ۳-۶ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد             | در ۱۰-۷ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد |
|            | ب   | حداقل‌های تعیین شده در فرم آموزش بیمار مطابق با استاندارد ۱-۹ حقوق گیرنده خدمت و روش‌های جایگزین درمانی | و  |         | ک  | آیا در مورد روش‌های جایگزین درمانی که برای شما انجام می‌شود طوری که متوجه بشوید به شما توضیح داده اند؟ | یا  | ۳-۶ بیمار و همراه وی در مورد روش‌های جایگزین درمانی آموزش داده شده باشد | و<br>۱۰-۷ بیمار و همراه وی در مورد روش‌های جایگزین درمانی آموزش داده شده باشد |  |
|            | ج   | در بخش‌های بالینی*  | ز  |         | ل  | در بخش‌های بالینی  | یا  | ۳-۶ بیمار و همراه وی در مورد روش‌های جایگزین درمانی آموزش داده شده باشد | و<br>۱۰-۷ بیمار و همراه وی در مورد روش‌های جایگزین درمانی آموزش داده شده باشد |  |
|            | د   | ۱۰ پرونده   | ح  |         | م  | از ۱۰ بیمار و یا همراه که پرونده آنها بررسی شده است  | یا  | ۳-۶ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند                         | و<br>۱۰-۷ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند                         |  |
|            |     |   |    | ط       |    |  |   |   |   |  |

\*تذکر: در ۱۰ مورد از بخش‌های بالینی، بخش آزمایشگاه، طب انتقال خون، مدیریت دارویی و تصویر برداری جزء ۱۰ نمونه نمی‌باشد

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند پیامدهای احتمالی ناشی از درمان توضیح داده می‌شود و توضیحات برای آن‌ها قابل درک بوده و به درستی متوجه شده‌اند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه   | امتیاز  |   |  |       |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|---|---|--|-------|
|            |     |   |    |         |    |  | ۰   | ۱   | ۲  | غ.ق.ا |
| ۲          | الف | فرم آموزش بیمار موجود در پرونده بیمار   |    |         | ی  | از بیمار و یا همراه وی   | در ۰-۲ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد | در ۳-۶ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد | در ۷-۱۰ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد |       |
|            | ب   | حداقل های تعیین شده در فرم آموزش بیمار مطابق با استاندارد ۱-۹ حقوق گیرنده خدمت و پیامدهای احتمالی ناشی از درمان | و  |         | ک  | آیا در مورد پیامدهای احتمالی ناشی از درمان توضیحی به شما داده شده است و شما متوجه شده‌اید؟ | یا  | یا  | و  |       |
|            | ج   | در بخش‌های بالینی*  | ز  |         | ل  | در بخش‌های بالینی  | یا  | یا  | و  |       |
|            | د   | ۱۰ پرونده   | ح  |         | م  | از ۱۰ بیمار یا همراه که پرونده آن‌ها بررسی شده است   | ۰-۲ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند                   | ۳-۶ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند                   | ۷-۱۰ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند                   |       |
|            |     |   |    | ط       |    |  | یا  | یا  | و  |       |

\*تذکر: در ۱۰ مورد از بخش‌های بالینی، بخش آزمایشگاه، طب انتقال خون، مدیریت دارویی و تصویر برداری جزء ۱۰ نمونه نمی‌باشد.

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند به بیمار و همراه وی در مورد هزینه‌های درمان توضیح داده می‌شود و توضیحات برای آن‌ها قابل درک بوده و به درستی متوجه شده‌اند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه  | امتیاز  |  |  |       |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|--|--|-------|
|            |     |  |    |         |    |   | ۰   | ۱  | ۲  | غ.ق.ا |
| ۳          | الف | فرم آموزش بیمار موجود در پرونده بیمار  | ه  |         | ی  | از بیمار و یا همراه وی  | در ۳-۶ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد | در ۷-۱۰ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد | و  | غ.ق.ا |
|            | ب   | حداقل‌های تعیین شده در فرم آموزش بیمار مطابق با استاندارد ۹-۱ حقوق‌گیرنده خدمت و هزینه‌های درمان | و  |         | ک  | آیا در مورد هزینه‌های درمان توضیحی به شما داده شده است و شما متوجه شده‌اید؟ | در ۰-۲ پرونده فرم آموزش تکمیل شده ر یا                            | یا   | و  | غ.ق.ا |
|            | ج   | در بخش‌های بالینی*   | ز  |         | ل  | در بخش‌های بالینی   | یا  | ۳-۶ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند                    | و  | غ.ق.ا |
|            | د   | ۱۰ پرونده  | ح  |         | م  | از ۱۰ بیمار یا همراه که پرونده آن‌ها بررسی شده است                          | یا  | ۳-۶ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند                    | و  | غ.ق.ا |
|            |     |  |    | ط       |    |   | ۰-۲ بیمار و همراه وی در مورد هزینه‌های درمان آموزش داده شده باشد  | یا   | ۳-۶ بیمار و همراه وی در مورد هزینه‌های درمان آموزش داده شده باشد | و     |

\*تذکر: در ۱۰ مورد از بخش‌های بالینی، بخش آزمایشگاه، طب انتقال خون، مدیریت دارویی و تصویربرداری جزء ۱۰ نمونه نمی‌باشد.

۳-۴) بروشور (جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع ترین علل مراجعه و بستری در هر بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی درمانی مهمی که بیماران این بخش، باید رعایت نمایند، در این بخش برای استفاده بیماران و همراهان آنان در دسترس می باشد.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می دهند که شایع ترین علل مراجعه و بستری در بخش‌ها بیمارستان (حداقل ۵ مورد شایع) براساس داده‌ها و آمارهای فصلی موجود استخراج شده‌اند. بروشور (جزوه آموزشی) برای موارد شایع فوق در دسترس بیمار و همراه وی می باشد و در این زمینه به آن‌ها اطلاع رسانی شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه   | امتیاز  |   |  |       |
|---------------|-----|--|----|---------|----|--|---|---|--|-------|
|               |     |  |    |         |    |  | ۰   | ۱   | ۲  | غ.ق.ا |
| ۱             | الف | مستندات چگونگی انتخاب ۵ مورد شایع براساس داده‌ها و آمارها و بروشور (جزوه آموزشی) | ه  |         | ی  | بیمار و یا همراه وی  | مستندات انتخاب ۵ مورد شایع براساس داده‌ها و آمار در ۲-۰ بخش موجود است | مستندات انتخاب ۵ مورد شایع براساس داده‌ها و آمار در ۶-۳ بخش موجود است | مستندات انتخاب ۵ مورد شایع براساس داده‌ها و آمار در ۱۰-۷ بخش موجود است |       |
|               | ب   | در مورد ۵ بیماری شایع و حداقل فصلی   | و  |         | ک  | آیا بروشور (جزوه آموزشی) در مورد بیماری‌ها در دسترس شما بوده است | یا  | یا  | و  |       |
|               | ج   | در بخش‌های بالینی  | ز  |         | ل  | در بخش‌های بالینی  | در ۲-۰ بخش  | در ۶-۳ بخش  | در ۱۰-۷ بخش  |       |
|               | د   | ۵ بروشور در ۱۰ بخش*  | ح  |         | م  | ۱۰ بیمار و یا همراه وی   | ۵ بروشور (جزوه آموزشی) وجود دارد                                      | ۵ بروشور (جزوه آموزشی) وجود دارد                                      | ۵ بروشور (جزوه آموزشی) وجود دارد                                       |       |
|               |     |  |    | ط       |    |  | یا  | یا  | و  |       |

\* تذکر: در بخش تصویربرداری ۵ مورد شایع تصویربرداری چک می گردد.

\*\* تذکر: منظور از دسترسی کافی، تایید دسترسی توسط ۵-۴ نفر در هر بخش است.

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. بروشور (جزوه آموزشی) برای نکات بهداشتی درمانی پیشگیرانه مهمی که بیماران باید در این بخش رعایت کنند در دسترس بیمار و همراه وی می‌باشد و در این زمینه به آنها اطلاع رسانی شده است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                               | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه   | امتیاز  |   |  |       |
|------------|-----|---------------------------------------|----|---------|----|--|---|---|--|-------|
|            |     |                                       |    |         |    |  | ۰   | ۱   | ۲  | غ.ق.ا |
| ۲          | الف | بروشور(جزوه آموزشی)                   | ه  |         | ی  | بیمار و یا همراه وی  | در مورد ۲-۰ موضوع بهداشتی - درمانی پیشگیرانه بروشور وجود دارد | در مورد ۳-۶ موضوع بهداشتی - درمانی پیشگیرانه بروشور وجود دارد | در مورد ۷-۱۰ موضوع بهداشتی - درمانی پیشگیرانه بروشور وجود دارد |       |
|            | ب   | در مورد نکات بهداشتی درمانی پیشگیرانه | و  |         | ک  | آیا بروشور در مورد نکات بهداشتی مهمی که باید در این بخش رعایت کنید در دسترس شما بوده است | یا  | یا  | یا   |       |
|            | ج   | در بخش‌های بالینی                     | ز  |         | ل  | در بخش‌های بالینی  | یا  | یا  | یا   |       |
|            | د   | ۱۰ مورد                               | ح  |         | م  | ۱۰ بیمار و یا همراه وی   | ۰-۲ بیمار و یا همراه وی به بروشورها دسترسی دارند              | ۳-۶ بیمار و یا همراه وی به بروشورها دسترسی دارند              | ۷-۱۰ بیمار و یا همراه وی به بروشورها دسترسی دارند              |       |
|            |     |                                       | ط  |         |    |  |   |   |  |       |

۴-۴) در بخش دیالیز، بروشور(جزوه آموزشی) حداقل حاوی سرفصل‌های زیر است:

۴-۴-۱) تغذیه، نگهداری ACCESS (دسترسی عروقی جهت انجام همودیالیز)، نحوه مصرف داروها، مراقبت از عفونت، کنترل وزن و تعادل مایعات

سنجه. بروشور(جزوه آموزشی) برای موارد ذیل در دسترس بیمار و همراه وی می‌باشد و در این زمینه به آنها اطلاع رسانی شده است. این جزوات حداقل حاوی سرفصل‌های زیر است: تغذیه، نگهداری ACCESS (دسترسی عروقی جهت انجام همودیالیز)، نحوه مصرف داروها، مراقبت از عفونت، کنترل وزن و تعادل مایعات

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه   | امتیاز   |  |  |       |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|--|--|--|-------|
|            |     |   |    |         |    |  | ۰  | ۱  | ۲  | غ.ق.ا |
|            | الف | بروشور(جزوه آموزشی)                       | ه  |         | ی  | بیمار و یا همراه وی                                      | در مورد ۰-۱ موضوع فوق الذکر بروشور وجود دارد     | در مورد ۲-۳ موضوع فوق الذکر بروشور وجود دارد     | در مورد ۴-۵ موضوع فوق الذکر بروشور وجود دارد     |       |
|            | ب   | حداقل در مورد ۵ موضوع مهم ذکر شده در سنجه | و  |         | ی  | آیا بروشور در مورد موارد فوق الذکر در دسترس شما بوده است | یا   | یا   | یا   |       |
|            | ج   | در بخش دیالیز                             | ز  |         | ل  | در بخش دیالیز  | یا   | یا   | یا   |       |
|            | د   |   | ح  |         | م  | ۵ بیمار و یا همراه وی                                    | ۰-۱ بیمار و یا همراه وی به بروشورها دسترسی دارند | ۲-۳ بیمار و یا همراه وی به بروشورها دسترسی دارند | ۴-۵ بیمار و یا همراه وی به بروشورها دسترسی دارند |       |
|            |     |   | ط  |         |    |  |  |  |  |       |

**(۵) خدمات پشتیبانی بخش‌های پاراکلینیک**

۵-۱) خدمات پشتیبانی باید به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد مانند: تصویربرداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی و بانک خون

سنجه ۱. خط مشی و روش ارائه خدمات تصویربرداری به صورت شبانه‌روزی در تمام روزهای هفته و اوقات شبانه روز اعم از تعطیل و غیرتعطیل 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 |
| ۱          | 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 خط مشی و روش مربوطه | ی                  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد   | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد  | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>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 | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   | ک                  |                                       | ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>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   | بیمارستان  | ز  | ۱۰ مورد  | ل                  | بیمارستان                             |  |   |   |       |
|            | د   |  |    | ح  | مستقیم و غیرمستقیم | م                                     | ۱۰ مورد  |   |   |       |
|            |     |  |    | ط  |                    |                                       |  |   |   |       |
|            |     |  |    |  |                    |                                       |  |   |   |       |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. خدمات آزمایشگاه (براساس فهرست آزمایش‌های اورژانسی مورد توافق کمیته تعیین تکلیف اورژانس بیمارستان و آزمایشگاه بیمارستان) برای بخش‌های بالینی به صورت شبانه روزی در تمام روزهای هفته و اوقات شبانه روز اعم از تعطیل و غیرتعطیل در دسترس است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز   |  |  |       |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|--|--|--|-------|
|            |     |   |    |         |    |        | ۰  | ۱  | ۲  | غ.ق.ا |
| ۲          | الف | مستندات زمان ارسال نمونه جهت انجام آزمایشات اورژانسی مصوب بیمارستان و<br>زمان تحویل نتیجه آزمایش به بخش در گزارش پرستاری موجود در پرونده بیمار یا سیستم HIS بیمارستان | ه  |         | ی  |        | مستندات بند «الف» موجود باشد   | مستندات بند «الف» اما براساس مستندات در ۳-۶ مورد آزمایش به صورت اورژانسی انجام شده است | مستندات بند «الف» موجود باشد و براساس مستندات در ۷-۱۰ مورد آزمایش به صورت اورژانسی انجام شده است |       |
|            | ب   | به صورت شبانه روزی و مطابق با دستور پزشک و مصوبه بیمارستان  | و  |         | ک  |        | مستندات بند «الف» موجود نیست یا براساس مستندات در ۰-۲ مورد آزمایش به صورت اورژانسی انجام شده است |  |  |       |
|            | ج   | در این بخش ۱۰ پرونده بیمار با درخواست آزمایش اورژانس با اولویت در خواست‌های شیفت‌های عصر و شب و روزهای تعطیل  | ز  |         | ل  |        |  |  |  |       |
|            | د   |   | ح  |         | م  |        |  |  |  |       |
|            |     |   | ط  |         |    |        |  |  |  |       |

سنجه ۳. خط مشی و روش ارائه خدمات دارویی اورژانسی (مطابق بخش نامه ۴۰۱/۶۰۸۲/د مورخه ۹۲/۵/۱۵ در بخش اورژانس و لیست تأیید شده توسط کمیته دارو و درمان بیمارستان در خصوص داروهای ضروری در سایر بخش‌های بالینی) به صورت شبانه‌روزی در تمام روزهای هفته و اوقات شبانه روز اعم از تعطیل و غیرتعطیل 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                                       |   |
| 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 خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا                                     | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا  | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و   | ۱-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و | ۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و   |
|            | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط‌مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ و مندرج در کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   | ک  |                                       | ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا  | یا  | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا  | و   | نشانگر تطابق عملکرد باشد  |
|            | ج   | بیمارستان   | ز  | ۱۰ مورد  | ل  | بیمارستان                             | ۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا   | یا  | ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا   | و   | 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 |
|            | د   |   | ح  | مستقیم و غیرمستقیم   | م  | ۱۰ مورد                               | یا  | 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 | 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 | و   | 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 |
|            |     |   |    | ط  |    |                                       | مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا  | 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 | و   | 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 |
|            |     |   |    |  |    |                                       |   |   |   |   |   |



سنجه ۴. خدمات بانک خون در تمام روزهای هفته و اوقات شبانه روز اعم از تعطیل و غیر تعطیل در دسترس است.\*

| شماره سنجه | کد  | مستندات   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز |   |   |       |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|--------|---|---|-------|
|            |     |   |    |         |    |        | ۰      | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| ۴          | الف | گزارش پرستاری و مستندات موجود در پرونده بیمار در خصوص زمان درخواست خون و فرآورده‌های خونی و زمان استفاده از آن برای بیمار | ه  |         | ی  |        |        |   |   |       |
|            | ب   | به صورت شبانه روزی و مطابق با دستور پزشک  | و  |         | ک  |        |        |   |   |       |
|            | ج   | بانک خون و بخش مربوطه یا واحد مدارک پزشکی در صورت ترخیص بیمار   | ز  |         | ل  |        |        |   |   |       |
|            | د   | ۲ مورد یکی در شیفت شب و یکی در روز تعطیل  | ح  |         | م  |        |        |   |   |       |
|            |     |   | ط  |         |    |        |        |   |   |       |

\*تذکر: در مواردی که بیمارستان با توجه به میزان مصرف خون و فرآورده‌های خونی، نیازی به استقرار بانک خون مجزا ندارد (مانند بیمارستان‌های روان پزشکی)، در صورتی که خط مشی و روش تأمین خون در موارد لزوم را تدوین نموده و اجرا بنماید، امتیاز این سنجه داده خواهد شد.

۵-۲) یک سیستم برای بازبینی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک رادیولوژیست حداکثر ظرف ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند گزارش تصویربرداری تایید شده توسط رادیولوژیست حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت در پرونده بیمار قرار می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد  | مستندات  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز |   |   |       |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--------|---|---|-------|
|            |     |  |    |         |    |        | ۰      | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
|            | الف | زمان پذیرش بیمار در بخش تصویربرداری یا زمان انجام تصویربرداری پرتابل براساس گزارش پرستاری تا زمان تایید گزارش تصویربرداری توسط رادیولوژیست در پرونده بیمار | ه  |         | ی  |        |        |   |   |       |
|            | ب   | حداکثر ظرف ۲۴ ساعت   | و  |         | ک  |        |        |   |   |       |
|            | ج   | بخش‌های بالینی   | ز  |         | ل  |        |        |   |   |       |
|            | د   | پرونده ۱۰ بیمار که تصویربرداری برای آنان انجام شده است   | ح  |         | م  |        |        |   |   |       |
|            |     |  | ط  |         |    |        |        |   |   |       |

۵-۳) فرم درخواست آزمایش که قسمتی از آن به منظور ثبت شرح مختصر یا تشخیص اولیه از اطلاعات بالینی بیمار، در نظر گرفته شده و توسط بخش درخواست کننده تکمیل می شود.

سنجه. مستندات (سوابق) نشان می دهند ثبت شرح مختصر یا تشخیص اولیه از اطلاعات بالینی بیمار، توسط بخش درخواست کننده در قسمت مشخصی از فرم درخواست آزمایش به صورت کاغذی / الکترونیک ثبت می گردد.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                          | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز   |  |   |   |
|------------|-----|----------------------------------|----|---------|----|--------|--|--|---|---|
|            |     |                                  |    |         |    |        | غ.ق.ا  | ۲  | ۱   | ۰ |
|            | الف | فرم درخواست آزمایش               | ه  |         | ی  |        |  |  |   |   |
|            | ب   | مطابق موارد مندرج در سنجه        | و  |         | ک  |        |  |  |   |   |
|            | ج   | در بخش های در خواست کننده آزمایش | ز  |         | ل  |        |  |  |   |   |
|            | د   | ۱۰ مورد                          | ح  |         | م  |        |  |  |   |   |
|            |     |                                  | ط  |         |    |        |  |  |   |   |
|            |     |                                  |    |         |    |        | ۰-۲ مورد فرم در خواست آزمایش مطابق سنجه تکمیل شده باشد | ۳-۶ مورد فرم در خواست آزمایش مطابق سنجه تکمیل شده باشد | ۷-۱۰ مورد فرم در خواست آزمایش مطابق سنجه تکمیل شده باشد |   |

## ۶) توالی اورژانس

۱-۶) توالی اورژانس در تمامی بخش‌ها\* در دسترس بوده مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت، حداقل حاوی موارد ذیل است:

۱-۱-۶) دفیبریلاتور\*\*

۲-۱-۶) مانیتور قلبی، پالس اکسیمتر و امکانات پیس میکر اکسترنال\*\*\*

۳-۱-۶) داروهای اورژانس

۴-۱-۶) لوله هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها

۵-۱-۶) لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یک بار مصرف)

۶-۱-۶) آمبویگ مناسب برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان

۷-۱-۶) لارنگوسکوپ و تیغه‌ها در تمامی اندازه‌ها

۸-۱-۶) باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ

۹-۱-۶) تخته احیا (بک بورد) اطفال و بزرگسال

۱۰-۱-۶) ساکشن

۱۱-۱-۶) کپسول اکسیژن و ملزومات (پر و آماده استفاده)

\*تذکر: حداقل شامل بخش‌های بالینی، تصویربرداری، آزمایشگاه و فیزیوتراپی

\*\*تذکر: در بخش نوزادان و NICU دفیبریلاتور و پیس میکر اکسترنال و تخته احیای بزرگسال ضروری نیست، همچنین لوله هوایی، لوله تراشه، آمبویگ و لارنگوسکوپ با سایز مناسب برای نوزادان کفایت می‌کند. (مطابق بخش‌نامه شماره ۲۱۱۲۱۲ مورخ ۸۹/۶/۷ وزارت متبوع)

\*\*\*تذکر: وجود امکانات پیس میکر اکسترنال فقط در بخش‌های ویژه، اتاق عمل، اورژانس و آنژیوگرافی الزامی است.

سنجه ۱. توالی اورژانس در دسترس کارکنان تمامی بخش‌ها است به نحوی که در زمان کمتر از ۱ دقیقه امکان استفاده از محتویات آن برای احیاگران فراهم باشد.

| شماره سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات  | کد | مصاحبه                                      | امتیاز |   |   |                                     |
|------------|-----|---------|----|--|----|---|--------|---|---|-------------------------------------|
|            |     |         |    |  |    |   | غ.ق.۱  | ۲ | ۱ | ۰                                   |
| ۱          | الف |         | ه  | ارزیاب از یکی از کارکنان مراقبتی بخش‌های مربوطه درخواست می‌کند که توالی را در کنار تختی که دورترین یا بدترین شرایط دسترسی را دارد قرار دهد و دقت کند که مانعی در مسیر عبور آن وجود نداشته باشد، توالی به راحتی حرکت کند و امکان قرار گرفتن آن در کنار تخت در کمتر از یک دقیقه فراهم باشد | ی  | حتی یکی از موارد مندرج در مشاهدات را ندارند |        |   |   | همه شرایط مندرج در مشاهدات را دارند |
|            | ب   |         | و  | در بخش‌های مختلف   | ک  |   |        |   |   |                                     |
|            | ج   |         | ز  | ۱۰ مورد  | ل  |   |        |   |   |                                     |
|            | د   |         | ح  |  | م  |   |        |   |   |                                     |
|            |     |         | ط  |  |    |   |        |   |   |                                     |

سنجه ۲. توالی اورژانس حاوی تمامی تجهیزات و لوازم مندرج در استاندارد است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات                                     | کد | مصاحبه   | امتیاز |   |   |  |
|------------|-----|---------|----|---|----|--|--------|---|---|--|
|            |     |         |    |   |    |  | غ.ق.۱  | ۲ | ۱ | ۰  |
| ۲          | الف |         | ه  | وجود تمام تجهیزات ضروری مطابق استاندارد فوق | ی  | حتی یکی از تجهیزات موجود، سالم و آماده به کار نیست |        |   |   | همه تجهیزات موجود، سالم و آماده به کار است |
|            | ب   |         | و  | در بخش‌های مندرج در استاندارد               | ک  |  |        |   |   |  |
|            | ج   |         | ز  |   | ل  |  |        |   |   |  |
|            | د   |         | ح  |   | م  |  |        |   |   |  |
|            |     |         | ط  |   |    |  |        |   |   |  |

۶-۲) پرستار مسئول\*، از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.\*\*

سنجه. بیمارستان از طریق یک خط مشی و روش یکسان و مکتوب از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس در تمام اوقات شبانه روز در تمامی بخش‌های مندرج در استاندارد، اطمینان حاصل می‌نماید که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان وجود دارد و از الگوی آن تبعیت می‌کند.

| 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<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف       | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                      | غ.ق.ا |  |
|            | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   | ک  | ۰-۱ مورد مصاحبه<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا<br>۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۱ مورد مصاحبه<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد  | یا<br>۴-۵ مورد مصاحبه<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>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 این بخش   | ز  | ۵ مورد   | ل  | در این بخش                                  | یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد   | یا<br>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   |       |  |
|            | د   |  | ح  | مستقیم و غیرمستقیم   | م  | ۵ مورد                                      |   |  |       |  |
|            |     |  | ط  |  |    |   |   |  |       |  |

\*تذکر: در بلوک زایمان، مامای مسئول مطابق بخش‌نامه شماره ۴۰۱/۸۱۱/د مورخ ۹۱/۱/۲۸ و بخش‌نامه ۲۱۱۲۱۲ مورخ ۸۹/۶/۷ وزارت متبوع، ترالی اورژانس و ترالی احیا نوزاد را کنترل می‌نماید.

\*\*تذکر: برچسب‌گذاری داروهای با اسامی و اشکال مشابه که فهرست آن توسط کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان مشخص شده است، در ترالی اورژانس و انبار دارویی بخش‌ها با استفاده از برچسب به رنگ زرد که نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل ۱۰ بر روی آن نوشته شده باشد و برچسب‌گذاری داروهای پرخطر در ترالی اورژانس و انبار دارویی بخش‌ها با استفاده از برچسب به رنگ قرمز که نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل ۱۰ بر روی آن نوشته شده باشد انجام شده است. در صورتی که این تذکر رعایت نشده باشد هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد.

۳-۶) دفیبریلاتور / مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

سنجه. شواهد مستند نشان می‌دهند که دفیبریلاتور/ مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات  | کد | مشاهدات                                       | کد | مصاحبه   | امتیاز |   |       |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--------|---|-------|
|            |     |  |    |   |    |  | ۰      | ۱ | ۲     |
|            | الف | چک لیست کنترل تجهیزات ترالی و خط مشی و روش مربوطه                        | ه  | سالم و آماده به کار بودن دفیبریلاتور/ مانیتور | ی  | چک لیست براساس خط مشی و روش تکمیل نشده باشد<br>یا<br>دفیبریلاتور/ مانیتور حتی در یک مورد سالم و آماده به کار نباشد | ۱      | ۲ | غ.ق.۱ |
|            | ب   | چک لیست تکمیل شده کنترل تجهیزات ترالی در فواصل تعیین شده در خط مشی و روش | و  | در بخش‌های مختلف مندرج در استاندارد           | ک  |  |        |   |       |
|            | ج   | در بخش‌های مختلف مندرج در استاندارد                                      | ز  |   | ل  |  |        |   |       |
|            | د   | ۱۰ مورد*   | ح  |   | م  |  |        |   |       |
|            |     |  | ط  |   |    |  |        |   |       |

\*تذکر: بخش نوزادان در ۱۰ نمونه نباشد؛ هم‌چنین اگر تعداد بخش‌های شامل این استاندارد کمتر از ۱۰ مورد باشد، باید بر حسب درصد رعایت استاندارد امتیاز داده شود.

۴-۶) مانیتور قلبی قابل حمل و دفیبریلاتور، برای مواردی که نیاز به انتقال بیمار وجود دارد، جدا از ترالی اورژانس برای بخش اورژانس، موجود است.

سنجه. مانیتور قلبی قابل حمل و دفیبریلاتور، برای مواردی که نیاز به انتقال بیمار وجود دارد، جدا از ترالی اورژانس در بخش اورژانس، موجود است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات   | کد | مشاهدات  | کد | مصاحبه  | امتیاز |   |       |
|------------|-----|---|----|--|----|---|--------|---|-------|
|            |     |   |    |  |    |   | ۰      | ۱ | ۲     |
|            | الف | چک لیست کنترل مانیتور قابل حمل و دفیبریلاتور و خط مشی و روش مربوطه                        | ه  | موجود، سالم و آماده به کار بودن مانیتور قابل حمل و دفیبریلاتور | ی  | چک لیست براساس خط مشی و روش تکمیل نشده باشد<br>یا<br>مانیتور قابل حمل و دفیبریلاتور، سالم و آماده به کار نباشند | ۱      | ۲ | غ.ق.۱ |
|            | ب   | چک لیست تکمیل شده کنترل مانیتور قابل حمل و دفیبریلاتور در فواصل تعیین شده در خط مشی و روش | و  | در بخش اورژانس   | ک  |   |        |   |       |
|            | ج   | در بخش اورژانس  | ز  |  | ل  |   |        |   |       |
|            | د   |   | ح  |  | م  |   |        |   |       |
|            |     |   | ط  |  |    |   |        |   |       |