

حاکمیت بالینی		
امتیاز ملاک	زیر ملاک	ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی
۵	• حاکمیت بالینی به عنوان یکی از بندهای برنامه استراتژیک بیمارستان لحاظ شده باشد.	مدیریت و رهبری
۷۰	• هریک از ۷ محور حاکمیت بالینی در بیمارستان در قالب برنامه عملیاتی تدوین شده در حال اجرا باشد.	
۵	• برنامه عملیاتی تدوین شده در فواصل زمانی معین مورد بازنگری قرار گیرد.	
۴۰	• *مدیران ارشد بیمارستان متعهد به اجرای برنامه حاکمیت بالینی باشند.	

\* لازم به ذکر است در صورت عدم احراز امتیاز کمتر از ۲۰، معادل امتیاز کل محور مدیریت و رهبری (۱۰۰ امتیاز) از امتیاز کسب شده توسط بیمارستان کسر می گردد.

## مستندات لازم:

استاندارد	مستندات	نحوه امتیاز دهی
حاکمیت بالینی به عنوان یکی از بندهای برنامه استراتژیک بیمارستان لحاظ شده باشد.	<ul style="list-style-type: none"> <li>وجود بندی در برنامه استراتژیک که به حاکمیت بالینی اشاره نموده باشد</li> </ul>	اگر در برنامه استراتژیک بیمارستان به حاکمیت بالینی و تحقق آن به عنوان یکی از بندهای برنامه اشاره شده باشد. (امتیاز ۵ اختصاص می یابد)
هریک از ۷ محور حاکمیت بالینی در بیمارستان در قالب برنامه عملیاتی تدوین شده در حال اجرا باشد.	<ul style="list-style-type: none"> <li>وجود برنامه عملیاتی تدوین شده برای محورهای مدیریتی، آموزش و مدیریت کارکنان، ایمنی بیمار و مدیریت خطر، استفاده از اطلاعات، اثربخشی بالینی، ممیزی بالینی، تعامل با بیمار و همراهان</li> <li>هر یک از برنامه های عملیاتی تدوین شده شامل بخش های: هدف کلی، اهداف اختصاصی، استراتژیها، فعالیت ها، شاخصهای ارزیابی، گزارش پیشرفت فعالیت ها باشد</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>اگر برای هر ۷ محور از حاکمیت بالینی، برنامه عملیاتی تدوین شده باشد مجموعاً ۷۰ امتیاز احراز می گردد. (به ازای هر محور ۱۰ امتیاز)</li> <li>اگر در تدوین برنامه عملیاتی به تدوین هدف کلی، اهداف اختصاصی و استراتژی ها توجه شده باشد. ( ۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>اگر در تدوین برنامه عملیاتی، به تدوین فعالیت ها در مسیر تحقق اهداف تعیین شده توجه شده باشد. (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>اگر در تدوین برنامه عملیاتی، به تدوین شاخصهای دستیابی توجه شده باشد. ( ۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>اگر در تدوین برنامه عملیاتی، به گزارش پیشرفت فعالیت ها در مسیر اهداف تعیین شده توجه شده باشد. (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>
برنامه عملیاتی تدوین شده در فواصل زمانی معین مورد بازنگری قرار گیرد.	<ul style="list-style-type: none"> <li>برنامه عملیاتی بازنگری و اصلاح شده بر روی نسخه قدیمی آن پیوست شود به گونه ای که تاریخ بازنگری و تغییرات در آن مشخص باشد (قابل ذکر است که تاریخ بازنگری هر ۶ ماه یکبار می باشد).</li> </ul>	اگر مرکز برنامه عملیاتی اصلاح شده را بر روی نسخه قدیمی آن پیوست کند به گونه ای که تاریخ بازنگری و اعمال تغییرات در آن مشخص باشد. ( ۵ امتیاز اختصاص می یابد)
مدیران ارشد بیمارستان متعهد به اجرای برنامه حاکمیت بالینی باشند.	<ul style="list-style-type: none"> <li>وجود صورت جلسات مربوط به تشکیل جلسات کمیته بهبود کیفیت که در آن امضای رئیس، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، روسای بخشها و مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان نشانه حضور آنها در جلسات باشد</li> <li>وجود ابلاغ رسمی برای مسئول حاکمیت بالینی از سوی ریاست بیمارستان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>در صورت حضور رئیس، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری و روسای بخشها (از جمله رئیس واحد آزمایشگاه، رادیولوژی، داروخانه و...) در جلسات مربوط به کمیته بهبود کیفیت (حاکمیت بالینی). ( ۱۰ امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>در صورت مشارکت مدیران ارشد در تدوین برنامه عملیاتی و پایش مستمر و منظم آن. ( ۵ امتیاز)</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>اختصاص می یابد</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت انتخاب و بکار گماشتن کارشناس مسئول حاکمیت بالینی با پنج سال سابقه کاری در بیمارستان و یک سال تجربه در زمینه ارتقای کیفیت و گذراندن دوره های مدیریت کیفیت و متعهد به برنامه های کلان ارتقای کیفیت از سوی ریاست بیمارستان. ( ۶ )</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>امتیاز اختصاص می یابد</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت وجود شرح وظایف برای مسئول حاکمیت بالینی و دادن اختیارات متناسب با شرح وظایف به او .</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>( ۵ ) امتیاز اختصاص می یابد</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت اختصاص نیروی انسانی متناسب با تعداد تخت بیمارستان . ( ۵ ) امتیاز اختصاص می یابد</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود مستنداتی دال بر مطابقت تحصیلات و تجارب کاری مسئول حاکمیت بالینی با الزامات مقتضی</li> </ul>	
---	---	--

مصاحبه:

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

حاکمیت بالینی		
امتیاز ملاک	زیر ملاک	ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی
۵۰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• نظام آموزش کارکنان (بر اساس تدوین PDP) در بیمارستان استقرار یافته و آموزش مداوم کارکنان جزء سیاستهای اجرایی بیمارستان باشد</li> </ul>	آموزش و مدیریت کارکنان
۲۰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• نظام رضایت سنجی کارکنان در بیمارستان استقرار یافته باشد</li> </ul>	
۳۰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• نظام توجیه نیروهای جدید ورود در بیمارستان استقرار یافته باشد</li> </ul>	

## مستندات لازم

نحوه امتیاز دهی	مستندات	استاندارد
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت وجود فرم آموزش و راهنمای تدوین PDP. <b>امتیاز اختصاص می یابد</b></li> <li>• در صورت وجود فرم PDP تکمیل شده برای ۴۰٪ پرسنل پرستاری، ۲۵٪ کادر پزشکی و ۳۰٪ سایر کارکنان. ( ۵ امتیاز <b>اختصاص می یابد</b>)</li> <li>• در صورت وجود مستندات مبنی بر آنالیز فرمهای IP <b>(۶ امتیاز اختصاص می یابد)</b></li> <li>• در صورت وجود مستندات مبنی بر برنامه ریزی جهت آموزش کارکنان و اولویت بندی نیازهای آموزشی علمی - کاربردی پرسنل <b>(۶ امتیاز اختصاص می یابد)</b></li> <li>• در صورت وجود مستندات مبنی بر انجام دورههای آموزشی مداوم علمی برای پرسنل ( ۴ امتیاز برای گروه پرستاری، ۴ امتیاز <b>گروه پزشکی، ۴ امتیاز سایر کارکنان</b>)</li> <li>• در صورت وجود مستندات مبنی بر انجام دوره های آموزشی مداوم کاربردی - مهارتی برای پرسنل ، طبق نیاز سنجی انجام شده <b>امتیاز برای گروه پرستاری ، ۴ امتیاز گروه پزشکی، امتیاز سایر کارکنان</b></li> </ul> <p><b>توجه:</b> در صورت وجود مستندات امتیاز کامل احراز می شود، صورت وجود مستندات برای نیمی از موارد، نصف امتیاز در نظر گرفته می شود و در صورت وجود مستندات برای کمتر از موارد، هیچ امتیازی احراز نمی شود.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• فرم آموزش و راهنمای تدوین PDP</li> <li>• فرم تکمیل شده PDP برای 40 درصد پرسنل پرستاری ، 25 درصد کادر پزشکی و 30 درصد سایر کارکنان</li> <li>• مستندات مبنی بر آنالیز فرمهای PDP</li> <li>• مستندات مبنی بر برنامه ریزی جهت آموزش کارکنان و اولویت بندی نیازهای آموزشی علمی - کاربردی پرسنل ، طبق نتایج حاصل از فرمهای PDP</li> <li>• مستندات مبنی بر انجام دورههای آموزشی مداوم علمی برای پرسنل ، طبق نیاز سنجی انجام شده</li> <li>• مستندات مبنی بر انجام دوره های آموزشی مداوم کاربردی - مهارتی برای پرسنل ، طبق نیاز سنجی انجام شده</li> </ul>	<p>نظام آموزش کارکنان (بر اساس تدوین PDP) در بیمارستان استقرار یافته و آموزش مداوم کارکنان جزء سیاستهای اجرایی بیمارستان باشد</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت وجود فرمهای رضایت سنجی پرسنل. ( ۵ امتیاز <b>اختصاص می یابد</b>)</li> <li>• در صورت وجود مستندات مبنی بر اعلام نظرات و پیشنهاد از سوی کارکنان. <b>(۵ امتیاز اختصاص می یابد)</b></li> <li>• در صورت وجود مستندات مبنی بر بررسی و آنالیز نظرات و پیشنهادات کارکنان. <b>(۵ امتیاز اختصاص می یابد)</b></li> <li>• در صورت وجود مستندات مبنی بر اجرای اقدامات مداخله؛ برنامه ریزی رفاهی <b>(۲.۵ امتیاز اختصاص می یابد)</b></li> </ul> <p><b>توجه:</b> در صورت وجود مستندات برای تمامی موارد، امتیاز کامل احراز می شود، در صورت وجود مستندات برای نیمی از موارد</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• فرمهای رضایت سنجی پرسنل</li> <li>• مستندات مبنی بر اعلام نظرات و پیشنهادات از سوی کارکنان</li> <li>• مستندات مبنی بر بررسی و آنالیز نظرات و پیشنهادات کارکنان</li> <li>• مستندات مبنی بر اجرای اقدامات مداخله؛ و برنامه ریزی رفاهی</li> </ul>	<p>نظام رضایت سنجی کارکنان در بیمارستان استقرار یافته باشد</p>

<p>نصف امتیاز در نظر گرفته می شود و در صورت وجود مستندا برای کمتر از ۵۰٪ موارد، هیچ امتیازی احراز نمی شود</p>		
<p>• در صورت وجود پمفلت معرفی کلی بیمارستان. ( ۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p> <p>• در صورت وجود شرح وظایف شغلی برای هر رده شغلی. ( امتیاز اختصاص می یابد)</p> <p>• در صورت وجود پمفلت مربوط به مسیر ارتقای شغلی، خط شغلی و مباحث ایمنی. (۳ امتیاز اختصاص می یابد)</p> <p>• در صورت وجود پمفلت یا جزوه معرفی جزییات دستورالعمل ها و اطلاعات مربوط به تجهیزات اختصاصی هر بخش. (۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p> <p>• در صورت وجود چک لیست ارزیابی آموزش پرسنل جدید ورود. (۵ امتیاز اختصاص می یابد)</p> <p>• در صورت وجود مستندات مربوط به انجام مداخلات لازم توجه به نتایج ارزیابی از پرسنل جدیدالورود. (۵ امتیاز اختصاص می یابد)</p> <p>توجه: در صورت وجود پمفلت مربوط به مسیر ارتقای شغلی خطرات شغلی و مباحث ایمنی امتیاز کامل ( ۳ امتیاز)، صورت وجود یکی از این ۳ مورد (۱ امتیاز)، در صورت وجود مورد از این ۳ مورد (۲ امتیاز) و در صورت عدم وجود هیچ موردی از این موارد (۰ امتیاز) احراز می گردد.</p> <p><b>بقیه موارد از این مستندات به این شیوه ارزیابی می گردد که:</b> در صورت وجود هر یک از مستندات (امتیاز کاه و در صورت عدم وجود آنها (امتیاز صفر) احراز میگردد.</p>	<p>• پمفلت تهیه شده در ارتباط با معرفی کلی بیمارستان</p> <p>• شرح وظایف شغلی برای هر یک از پرسنل</p> <p>• پمفلت تهیه شده در ارتباط با اطلاعات مربوط به مسیر ارتقای شغلی ، خطرات شغلی و مباحث ایمنی</p> <p>• پمفلت یا جزوه تهیه شده در ارتباط با معرفی جزییات دستورالعمل ها و اطلاعات مربوط به تجهیزات اختصاصی هر بخش</p> <p>• چک لیست ارزیابی آموزش پرسنل جدید ورود</p> <p>• مستندات مربوط به انجام مداخلات لازم با توجه به نتایج ارزیابی از پرسنل جدیدالورود</p>	<p>نظام توجیه نیروهای جدید ورود در بیمارستان استقرار یافته باشد</p>

نحوه امتیازدهی	سوال
<p>در صورتی که تمامی کارکنان مورد مصاحبه از نحوه تکمیل و تدوین فرم - های PDP آگاهی داشته باشند امتیاز کامل (۴ امتیاز)، در صورتی که هیچ یک از آنها از نحوه تکمیل و تدوین فرمهای PDP آگاهی نداشته باشند امتیاز (۰) و در صورت آگاهی برخی از آنها (۲ امتیاز) اختصاص مییابد</p>	<p>آیا کارکنان از نحوه تکمیل و تدوین فرمهای PDP آگاهی دارند؟</p>
<p>در صورتی که پرسنل وجود نظام رضایت سنجی از کارکنان را در بیمارستان و انجام اقدامات مداخله ای بر اساس آنرا تایید کنند (۲.۵ امتیاز)، در صورتی که پرسنل اطلاعی از وجود نظام رضایت سنجی از کارکنان در بیمارستان نداشته باشند (۰ امتیاز) و در صورت آگاهی برخی از آنها (۱ امتیاز) احراز می گردد.</p>	<p>آیا پرسنل وجود نظام رضایت سنجی از کارکنان را در بیمارستان و انجام اقدامات مداخله ای بر اساس آنرا تایید می کنند؟</p>
<p>در صورتی که پرسنل جدیدالورود ، دریافت آموزشهای لازم در بدو ورود را تایید نمایند، امتیاز کامل (۴ امتیاز)، در صورتی که پرسنل جدیدالورود اطلاعی از این آموزشها نداشته باشند (۰ امتیاز) و در صورت اطلاع برخی از آنها (۲ امتیاز) احراز می گردد.</p>	<p>آیا پرسنل جدیدالورود آموزشهای انجام شده (شامل: دریافت شرح وظایف خود، پمفلت حاوی اطلاعات کلی و اختصاصی از بیمارستان و بخش محل فعالیت و آموزشهای علمی - کاربردی مورد نیاز در خصوص نوع کار خود) را تایید میکنند؟</p>



حاکمیت بالینی		
امتیاز ملاک	زیر ملاک	ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی
۱۰	• بیمارستان دارای برنامه ریزی منسجم آموزشی در زمینه مدیریت خطر و استانداردهای الزامی ایمنی بیمار باشد	مدیریت خطر و ایمنی بیمار
۱۰	• بیمارستان دارای سیستم ثبت خطا باشد	
۲۰	• بیمارستان دارای استراتژی جهت کاهش، حذف و انتقال خطر باشد (روش FMEA)	
۳۰	• بیمارستان دارای برنامه تحلیل خطاهای پزشکی از طریق RCA در موارد حوادث SENTINEL باشد	
۱۰	• بیمارستان برای یادگیری و به اشتراکگذاری نتایج حاصل از ثبت خطا و تحلیل آن دارای برنامه باشد	
۱۰	• بیمارستان به منظور حفظ ایمنی بیمار و ارائه به هنگام مراقبت های درمانی، اعلام نتایج آزمایشات اورژانس را تضمین می نماید.	
۱۰	• بیمارستان کیفیت آنتی بیوگرام ها را تضمین و پایش می کند.	
۱۱	• A.۱.۱.۱ ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفضیلی در حال اجراست.	
۱۰	• A.۱.۱.۲ یکی از کارکنان در بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است .	
۱۰	• A.۱.۱.۳ مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار ، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصتها به طور منظم برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را به اجرا می گذارد.	
۹	• A.۲.۱.۱ یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است	
۱۰	• A.۲.۱.۲ بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را بصورت مرتب برگزار می نماید .	
۱۰	• A.۴.۱.۱ بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید .	
۱۰	• A.۴.۱.۲ بیمارستان ضد عفونی مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید .	
۷	• A.۴.۱.۳ بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی بمنظور تضمین ضد عفونی و استریلیزاسیون فوری می باشد	
3	• A.۵.۱.۱ جهت ارائه خدمات و مراقبت های درمانی کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته ذی صلاح به صورت ثابت و موقت استخدام و بکار گمارده می شوند .	
10	• B ۲.۱.۱ پزشک قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی ؛ کلیه خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور و نظارت پرستار، بیمار بر گه رضایت نامه را امضاء می نماید .	

10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ۳.۱.۱B قبل از انجام هر گونه پروسیجر درمانی ، تشخیصی و آزمایشگاهی، تجویز دارو و یا ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، کلیه بیماران و به ویژه گروه های در معرض خطر منجمله نوزادان ، بیماران دچار اختلالات هوشیاری ویا سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد شناسایی ومورد تأیید قرارمی گیرند ( هیچ گاه شماره اتاق و یا تخت بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد) .</li> </ul>
۱۰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ۱.۱.۱C. بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات، کانال های ارتباطی آزاد پیش بینی کرده است.</li> </ul>
۱۳	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ۲.۱.۱C. بیمارستان دارای برنامه پیش گیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی ، برنامه عملیاتی ، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد .</li> </ul>
۷	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ۲.۱.۲C. بیمارستان تمیزی ، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را ، با تأکید خاص بر واحدها و بخش های پر خطر تضمین می نماید.</li> </ul>
۱۰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ۳.۱.۱C. بیمارستان راهنماهای معتبراز جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجرا می نماید .</li> </ul>
۱۰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ۵.۱.۱C. بیمارستان دسترسی به داروهای حیاتی را در تمامی اوقات شبانه روز ( ۲۴ ساعته ) تضمین می نماید.</li> </ul>
۱۰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ۲.۱.۱D. بیمارستان بر اساس میزان خطر ، پسماند ها را از مبدأ تفکیک و کد بندی رنگی می نماید .</li> </ul>
۱۰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ۲.۱.۲D. بیمارستان از راهنماها ، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت ، جهت مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده تبعیت می نماید</li> </ul>
۱۰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• اجتناب از اتصال نادرست کاتترها و لوله ها</li> </ul>
۱۰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ارتباط صحیح کارکنان بهداشتی درمانی در حین تحویل و تحول بیمار مابین گروه، بخش و مراکز درمانی</li> </ul>
۱۰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تلفیق دارویی</li> </ul>
۱۰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• کنترل محلول های الکترولیتی غلیظ</li> </ul>
۱۰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• اجرای اقدام درمانی صحیح در موضع صحیح برای بیماران</li> </ul>
۱۰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• داروهای با اسامی و اشکال مشابه</li> </ul>
۱۰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• استفاده از وسایل یکبار مصرف در تزریقات</li> </ul>
۱۰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ارتقاء بهداشت دست</li> </ul>

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

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

تحقیق (۱ امتیاز) و مجموعاً ۱۵ امتیاز اختصاص می یابد.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت وجود خط مشی و روشهای اجرایی در رابطه با یادگیری و به اشتراک گذاری نتایج حاصل از ثبت خطا و تحلیل آن در داخل و خارج بیمارستان. (۶ امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>• توجه: برای وجود خط مشی در رابطه با یادگیری و به اشتراک گذاری نتایج حاصل از ثبت خطا و تحلیل آن در داخل و خارج بیمارستان (۳ امتیاز) و برای وجود روشهای اجرایی در رابطه با یادگیری و به اشتراک گذاری نتایج حاصل از ثبت خطا و تحلیل آن نیز (۳ امتیاز) در نظر گرفته می شود.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• خط مشی و روشهای اجرایی در رابطه با یادگیری و به اشتراک گذاری نتایج حاصل از ثبت خطا و تحلیل در داخل و خارج بیمارستان</li> </ul>	بیمارستان برای یادگیری و به اشتراک گذاری نتایج حاصل از ثبت خطا و تحلیل آن دارای برنامه باشد
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر ایمنی بیمار در برنامه استراتژیک بیمارستان لحاظ شده و حائز اولویت می باشد (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ایمنی بیمار در برنامه استراتژیک بیمارستان لحاظ شده و حائز اولویت می باشد</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر برنامه عملیاتی تفضیلی جاری (در حال اجراء) در ارتباط با ۱۹ استاندارد الزامی ایمنی بیمار در بیمارستان وجود دارد (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود برنامه عملیاتی تفضیلی جاری (در حال اجراء) در ارتباط با ۱۹ استاندارد الزامی ایمنی بیمار ۱ در بیمارستان</li> </ul>	A.۱.۱.۱ ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفضیلی در حال اجراء است.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر جدول زمان بندی شده جهت دستیابی به اهداف مرتبط به ۱۹ استاندارد الزامی ایمنی بیمار در بیمارستان موجود است (۱ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• جدول زمان بندی شده جهت دستیابی به اهداف مرتبط به ۱۹ استاندارد الزامی ایمنی بیمار در بیمارستان</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر گزارش مکتوب پایش برنامه عملیاتی به صورت سه ماه یکبار در بیمارستان وجود دارد (۱ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• گزارش مکتوب پایش برنامه عملیاتی به صورت سه ماه یکبار</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر اقدام اصلاحی در خصوص هر یک از اهداف که در بازه زمانی مورد نظر قابل دستیابی نمی باشند صورت گرفته باشد (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• اقدام اصلاحی در خصوص هر یک از اهداف که در بازه زمانی مورد نظر قابل دستیابی نمی باشند</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر در مشاهده و بازدید و مصاحبه با کارکنان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• در مشاهده و بازدید و مصاحبه با کارکنان بخش</li> </ul>	

<p>بخش ها و واحد های بیمارستانی اجرای استانداردهای الزامی ایمنی بیمار ، منطبق بر گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی باشد. ( ۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>ها و واحد های بیمارستانی اجرای استانداردهای الزامی ایمنی بیمار ، منطبق بر گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی باشد.</p>	
<p>• اگر ابلاغ/ حکم انتصاب کارشناس مسئول ایمنی بیمار با امضاء ریاست بیمارستان که در آن تفویض اختیار کافی و نیز پاسخگوئی به بالاترین مقام در بیمارستان قید شده باشد. (ضمن رونوشت به تمامی واحدها (۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• ابلاغ/ حکم انتصاب کارشناس مسئول ایمنی بیمار با امضاء ریاست بیمارستان که در آن تفویض اختیار کافی و نیز پاسخگوئی به بالاترین مقام در بیمارستان قید شده باشد. (ضمن رونوشت به تمامی واحدها)</p>	
<p>• اگر شرح وظایف و ماموریت های کارشناس مسئول ایمنی به تایید ریاست بیمارستان مطابق با حداقل موارد ابلاغی وزارت بهداشت ، موجود است (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• شرح وظایف و ماموریت های کارشناس مسئول ایمنی به تایید ریاست بیمارستان که ضروری است حداقل شامل موارد ابلاغی وزارت متبوع باشد</p>	<p>۱.۱.۲. A یکی از کارکنان در بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است</p>
<p>• اگر مصاحبه با کارشناس مسئول ایمنی بیمار و کارکنان مؤید تفویض اختیارات متناسب با شرح وظایف وی می باشد ( ۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• مصاحبه با کارشناس مسئول ایمنی بیمار و کارکنان مؤید تفویض اختیارات متناسب با شرح وظایف وی می باشد</p>	
<p>• اگر شرایط احراز صلاحیت کارشناس مسئول ایمنی بیمار مطابق با حداقل موارد ابلاغی وزارت بهداشت ، موجود است ( ۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• شرایط احراز صلاحیت کارشناس مسئول ایمنی بیمار</p>	
<p>• خط مشی و روش های اجرایی بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار ( ۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• خط مشی و روش های اجرایی بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار</p>	
<p>• برنامه سالیانه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار از بخش های و واحد های بیمارستانی ( ۱ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• برنامه سالیانه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار از بخش های و واحد های بیمارستانی</p>	<p>۱.۱.۳ A مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار ، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصتها به طور منظم برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را به اجرا می گذارد</p>
<p>• اگر گزارش ها / صورت جلسات بازدید مدیریتی ایمنی بیمار مبنی بر اقدامات اصلاحی و بازخواند به کارکنان ( ۱ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• گزارش ها / صورت جلسات بازدید مدیریتی ایمنی بیمار مبنی بر اقدامات اصلاحی و بازخواند به کارکنان</p>	
<p>• اگر مستندات مبنی بر تماس با کارکنان جهت ارائه بازخورد (شماره تلفن ، آدرس پست الکترونیک، بازخواند مکتوب یا الکترونیک و ...) موجود است ( ۱ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• وجود مستندات مبنی بر تماس با کارکنان جهت ارائه بازخورد (شماره تلفن ، آدرس پست الکترونیک، بازخواند مکتوب یا الکترونیک و ...)</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• مشاهده و بازدید و مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحد های بیمارستانی مؤید انجام بازدید مدیریتی ایمنی بیمارمبنی منطبق بر برنامه سالیانه باشد(۴ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مشاهده و بازدید و مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحد های بیمارستانی مؤید انجام بازدید مدیریتی ایمنی بیمارمبنی منطبق بر برنامه سالیانه باشد</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ابلاغ / حکم کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر با امضاء ریاست بیمارستان که در آن سلسله مراتب پاسخگوئی قید شده باشد. (ضمن رونوشت به تمامی واحدها) (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ابلاغ / حکم کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر با امضاء ریاست بیمارستان که در آن سلسله مراتب پاسخگوئی قید شده باشد. (ضمن رونوشت به تمامی واحدها)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• شرح وظایف و ماموریت های کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر به تایید ریاست بیمارستان که حداقل شامل موارد ابلاغی وزارت بهداشت ، باشد (۱ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• شرح وظایف و ماموریت های کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر به تایید ریاست بیمارستان که ضروری است حداقل شامل موارد ذیل باشد</li> </ul>	<p>A.۲.۱.۱ یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر مصاحبه با کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر و کارکنان مؤید تفویض اختیارات متناسب با شرح وظایف وی می باشد(۴ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصاحبه با کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر و کارکنان مؤید تفویض اختیارات متناسب با شرح وظایف وی می باشد</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• شرایط احراز صلاحیت کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر مطابق با حداقل موارد ابلاغی وزارت بهداشت ، موجود است(۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• شرایط احراز صلاحیت کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر خط مشی و روش های اجرایی معین جهت بررسی موارد مرگ و میر و معلولیت ها موجود است (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• خط مشی و روش های اجرایی معین جهت بررسی موارد مرگ و میر و معلولیت ها</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر صورت جلسات یک ساله اخیر کمیته مرگ و میر و معلولیت ها که به صورت ماهانه و مرتب برگزار شده باشد (صورت جلسات بایستی واجد اسامی شرکت کنندگان وامضا آنان باشد) ، موجود می باشد(۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• صورت جلسات یک ساله اخیر کمیته مرگ و میر و معلولیت ها که به صورت ماهانه و مرتب برگزار شده باشد (صورت جلسات بایستی واجد اسامی شرکت کنندگان وامضا آنان باشد).</li> </ul>	<p>A.۲.۱.۲ بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را بصورت مرتب برگزار می نماید .</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر بررسی تمام موارد مرگ و میر و معلولیت های کودکان زیر (۵) سال و مادران باردار و تمامی موارد دیگر بر اساس خط مشی و روش های اجرایی بیمارستان موجود باشد(۳ امتیاز</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی تمام موارد مرگ و میر و معلولیت های کودکان زیر (۵) سال و مادران باردار و تمامی موارد دیگر بر اساس خط مشی و روش های اجرایی بیمارستان.</li> </ul>	

<p>اختصاص می یابد)</p>		
<p>• اگر مستندات پیگیری در جلسات بعدی و اقدام اصلاحی بر اساس نتایج جلسات برگزار شده کمیته مرگ و میر و معلولیت موجود است باشد(۳ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• وجود مستندات پیگیری در جلسات بعدی و اقدام اصلاحی بر اساس نتایج جلسات برگزار شده کمیته مرگ و میر و معلولیت</p>	
<p>• اگر فهرست تجهیزات و وسایل ضروری سالم موجود جهت ارائه خدمات ضروری و پیش بینی تجهیزات و وسایل جایگزین موجود است باشد(۱ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• فهرست تجهیزات و وسایل ضروری سالم موجود جهت ارائه خدمات ضروری و پیش بینی تجهیزات و وسایل جایگزین</p>	
<p>• اگر فهرست وسایل مصرفی ضروری بر اساس میزان مصرف موجود است باشد(۱ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• فهرست وسایل مصرفی ضروری بر اساس میزان مصرف</p>	
<p>• اگر در مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی فهرست تجهیزات و وسایل ضروری سالم مطابق با تجهیزات و وسایل موجود باشد و پیش بینی تجهیزات و وسایل جایگزین و وسایل مصرفی نیز شده باشد(۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• در مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی فهرست تجهیزات و وسایل ضروری سالم مطابق با تجهیزات و وسایل موجود باشد و پیش بینی تجهیزات و وسایل جایگزین و وسایل مصرفی نیز شده باشد.</p>	<p>A. ۴.۱.۱ بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید</p>
<p>• اگر مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحد های بیمارستانی مؤید عدم تاخیر در ارائه خدمات به علت فقدان و یا کمبود وسایل مصرفی و یا نارسایی تجهیزات باشد(۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحد های بیمارستانی مؤید عدم تاخیر در ارائه خدمات به علت فقدان و یا کمبود وسایل مصرفی و یا نارسایی تجهیزات باشد</p>	
<p>• اگر خط مشی و روش های اجرایی برای ضد عفونی و استریلیزاسیون کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد به ویژه در بخش ها و واحد های تشخیص درمانی پر خطر موجود باشد (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• خط مشی و روش های اجرایی برای ضد عفونی و استریلیزاسیون کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد به ویژه در بخش ها و واحد های تشخیص درمانی پر خطر</p>	<p>A. ۴.۱.۲ بیمارستان ضد عفونی مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید</p>
<p>• اگر مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصاحبه با کارکنان وجود وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد جایگزین در صورت مواجهه با موارد اضطراری را تایید نماید(۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصاحبه با کارکنان وجود وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد جایگزین در صورت مواجهه با موارد اضطراری را تایید نماید</p>	
<p>• اگر در مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های</p>	<p>• مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های</p>	



بیمارستانی و مصاحبه با کارکنان روش اجرا منطبق با راهنماها باشد (۴ امتیاز اختصاص می یابد)	بیمارستانی و مصاحبه با کارکنان روش اجرا منطبق با راهنماها باشد	
• اگر خط مشی و روش های اجرایی برای استریلیزاسیون فوری موجود باشد (۲ امتیاز اختصاص می یابد)	• خط مشی و روش های اجرایی برای استریلیزاسیون فوری •	
• فهرست وسایل و تجهیزات ضروری جهت استریلیزاسیون فوری موجود باشد (۱ امتیاز اختصاص می یابد)	• فهرست وسایل و تجهیزات ضروری جهت استریلیزاسیون فوری	
• اگر در مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصاحبه با کارکنان روش اجرا منطبق با راهنماها باشد (۴ امتیاز اختصاص می یابد)	• در مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصاحبه با کارکنان روش اجرا منطبق با راهنماها باشد	
• پرونده کارگزینی پزشکان واجد پروانه پزشکی عمومی و تاییدیه دانشگاه در ارتباط با مدرک دکترای تخصصی و فوق تخصصی می باشد (۲) امتیاز اختصاص می یابد)	• پرونده کارگزینی پزشکان واجد پروانه پزشکی عمومی و تاییدیه دانشگاه در ارتباط با مدرک دکترای تخصصی و فوق تخصصی می باشد •	A.۵.۱.۱ جهت ارائه خدمات و مراقبت های درمانی کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته ذی صلاح به صورت ثابت و موقت استخدام و بکار گمارده می شوند .
• پرونده کارگزینی کلیه کارکنان حرف بهداشتی درمانی واجد گواهی نامه های تحصیلی ذیربط و تاییدیه دانشگاه باشد (۱ امتیاز اختصاص می یابد)	• پرونده کارگزینی کلیه کارکنان حرف بهداشتی درمانی واجد گواهی نامه های تحصیلی ذیربط و تاییدیه دانشگاه می باشد	
• لیست اقدامات درمانی و تشخیصی تهاجمی در بیمارستان موجود باشد (۱ امتیاز اختصاص می یابد)	• لیست اقدامات درمانی و تشخیصی تهاجمی در بیمارستان	B ۲.۱.۱ پزشک قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی
• اگر مستندات آموزش و اطلاع رسانی به کلیه پزشکان معالج بیماران در ارتباط با این فرآیند موجود باشد (۱ امتیاز اختصاص می یابد)	• وجود مستندات آموزش و اطلاع رسانی به کلیه پزشکان معالج بیماران در ارتباط با این فرآیند	تهاجمی ؛ کلیه خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور و نظارت پرستار، بیمار برگه رضایت نامه را امضاء می نماید .
• اگر در بررسی و بازبینی ، پرونده های پزشکی بیماران بستری برگه رضایت بیمار واجد به توضیحات پیرامون کلیه خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی و درمان های جایگزین و امضاء بیمار و شاهد ( یکی از وابستگان درجه یک بیمار) باشد (۴) امتیاز اختصاص می یابد)	• در بررسی و بازبینی ، پرونده های پزشکی بیماران بستری برگه رضایت بیمار واجد به توضیحات پیرامون کلیه خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی و درمان های جایگزین و امضاء بیمار و شاهد ( یکی از وابستگان درجه یک بیمار) می باشد	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر در مصاحبه به صورت تصادفی بیماران از خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی و درمان های جایگزین اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی خود مطلع بوده و بیما رامضاء خود و یا و شاهد) یکی از وابستگان درجه یک بیمار) را تایید نماید(۴ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• در مصاحبه به صورت تصادفی بیماران از خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی و درمان های جایگزین اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی خود مطلع بوده و بیما رامضاء خود و یا و شاهد) یکی از وابستگان درجه یک بیمار) را تایید نماید</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر خط مشی شناسایی هویت بیمار موجود باشد(۱ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• خط مشی شناسایی هویت بیمار</li> </ul>	<p>۳.۱.۱ B قبل از انجام هر گونه پروسیجر درمانی ، تشخیصی و آزمایشگاهی، تجویز دارو و یا ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، کلیه بیماران و به ویژه گروه های در معرض خطر منجمله نوزادان ، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و یا سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد شناسایی ومورد تأیید قرارمی گیرند ( هیچ گاه شماره اتاق و یا تخت بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد) .</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران ( ضروری است دستورالعمل شامل حداقل موارد مندرج در دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران ابلاغی از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ) موجود باشد(۱ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران خاص بیمارستان ( ضروری است دستورالعمل شامل حداقل موارد مندرج در دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران ابلاغی از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ) باشد</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر در مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی شناسه های اختصاصی دستبند های شناسایی بیماران به صورت منسجم اجرا شود(۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• در مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی شناسه های اختصاصی دستبند های شناسایی بیماران به صورت منسجم اجرا شود</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر در مشاهده ، بازدید و مصاحبه از بخش ها و واحد های بیمارستانی شناسه های اختصاصی استاندارد مندرج بر دستبند های شناسایی به صورت فعال و کلامی با بیمار مورد بررسی قرار می گیرد(۳ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• در مشاهده ، بازدید و مصاحبه از بخش ها و واحد های بیمارستانی شناسه های اختصاصی استاندارد مندرج بر دستبند های شناسایی به صورت فعال و کلامی با بیمار مورد بررسی قرار می گیرد</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر در مصاحبه کارکنان از خط مشی و روش اجرایی شناسایی صحیح بیماران آگاه می باشند(۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• در مصاحبه کارکنان از خط مشی و روش اجرایی شناسایی صحیح بیماران آگاه می باشند</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر در مصاحبه بیماران از خط مشی و روش اجرایی بیمارستان در شناسایی صحیح بیماران و علت وجود دستبند شناسایی آگاه می باشند(۱ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• در مصاحبه بیماران از خط مشی و روش اجرایی بیمارستان در شناسایی صحیح بیماران و علت وجود دستبند شناسایی آگاه می باشند</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر خط مشی و روش های اجرایی به منظور اعلام اضطراری نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی در آزمایشگاه تشخیص طبی و سایر واحدهای تشخیصی و بخش های بستری موجود باشد(۴ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود خط مشی و روش های اجرایی به منظور اعلام اضطراری نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی در آزمایشگاه تشخیص طبی و سایر واحدهای تشخیصی و بخش های بستری</li> </ul>	<p>۳.۱.۱ C. بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات، کانال های ارتباطی آزاد</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر لیست نتایج بحرانی بر اساس نظرات پزشکان متخصص هر رشته موجود باشد (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• لیست نتایج بحرانی بر اساس نظرات پزشکان متخصص هر رشته</li> </ul>	<p>پیش بینی کرده است.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر در مصاحبه پزشکان و کارکنان بخش و آزمایشگاه از روش استاندارد اعلام اضطراری نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی آگاه بوده و در مشاهده آن را مطابق با خط مشی و روش اجرایی انجام می دهند (۴ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• در مصاحبه پزشکان و کارکنان بخش و آزمایشگاه از روش استاندارد اعلام اضطراری نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی آگاه بوده و در مشاهده آن را مطابق با خط مشی و روش اجرایی انجام دهند.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر خط مشی و روش ها به منظور اطمینان از اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین آنان بعد از ترخیص از بیمارستان موجود باشد (۴ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود خط مشی و روش ها به منظور اطمینان از اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین آنان بعد از ترخیص از بیمارستان</li> </ul>	<p>۲.۱.۱.۲ C بیمارستان دارای روال های مطمئن ، برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص می باشد</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر نظام جاری اعم از دفتر و یا سیستم الکترونیک جهت ثبت زمان ، تاریخ و روش اطلاع رسانی نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین آنان پس از ترخیص (ضمن لحاظ اولویت و بازه های زمانی پیگیری در خصوص نتایج حیاتی تر بر اساس خط مشی بیمارستان موجود باشد (۶ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود نظام جاری اعم از دفتر و یا سیستم الکترونیک جهت ثبت زمان ، تاریخ و روش اطلاع رسانی نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین آنان پس از ترخیص (ضمن لحاظ اولویت و بازه های زمانی پیگیری در خصوص نتایج حیاتی تر بر اساس خط مشی بیمارستان</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر در چارت سازمانی مصوب بیمارستان کمیته پیش گیری و کنترل عفونت لحاظ شده باشد (۱ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• در چارت سازمانی مصوب بیمارستان کمیته پیش گیری و کنترل عفونت لحاظ شده است</li> </ul>	<p>۱.۱.۱ C.۲ بیمارستان دارای برنامه پیش گیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• شرح وظایف و مأموریت های مصوب کمیته پیش گیری و کنترل عفونت موجود باشد (۱ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• شرح وظایف و مأموریت های مصوب کمیته پیش گیری و کنترل عفونت موجود است</li> </ul>	<p>سازمانی ، برنامه عملیاتی ، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر در بیمارستان تیم پیش گیری و کنترل عفونت ( شامل پرستار و پزشک دارای شرایط و صلاحیت های لازم ) با لحاظ شرایط احراز خاص فعال باشد (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• در بیمارستان تیم پیش گیری و کنترل عفونت ( شامل پرستار و پزشک دارای شرایط و صلاحیت های لازم ) با لحاظ شرایط احراز خاص فعال است.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• صورت جلسات برگزاری مرتب کمیته پیش گیری و کنترل عفونت بیمارستان ( حداقل یک بار ماهانه و در موارد اضطراری ) در یکسال اخیر موجود باشد (۱ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• صورت جلسات برگزاری مرتب کمیته پیش گیری و کنترل عفونت بیمارستان ( حداقل یک بار ماهانه و در موارد اضطراری ) در یکسال اخیر موجود است.</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• صورت جلسات واجد اسامی و امضاء شرکت کنندگان، مصوبت جلسه اخیر، پی گیری مصوبات جلسه قبلی و پی گیری ها باشد(۱ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• صورت جلسات واجد اسامی و امضاء شرکت کنندگان، مصوبت جلسه اخیر، پی گیری مصوبات جلسه قبلی و پی گیری ها می باشد</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• برنامه عملیاتی پیش گیری و کنترل عفونت بیمارستان قابلیت تطبیق با نحوه اجرا در بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصوبات جلسات را داشته باشد(۱ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• برنامه عملیاتی پیش گیری و کنترل عفونت بیمارستان قابلیت تطبیق با نحوه اجرا در بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصوبات جلسات دارد.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• خط مشی و روش های اجرایی پیش گیری و کنترل عفونت بیمارستان موجود باشد(۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• خط مشی و روش های اجرایی پیش گیری و کنترل عفونت بیمارستان موجود است</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر بیمارستان در نظام مراقبت عفونت بیمارستانی گزارش دهی داشته و نرخ عفونت بیمارستانی مورد گزارش به سطوح بالادستی سازمان (شبکه بهداشت و درمان، دانشگاه و وزارت بهداشت) منطقی و مطابق با واقعیت ( قضاوت ارزیاب) میزان پذیرش، ماهیت بیماری و تعداد بیماران بستری در بخش های ویژه باشد(۲ امتیاز اختصاص می یابد)(لیکن در صورتی که در هنگام وقوع طغیان عفونت بیمارستانی، بیمارستان گزارش دهی به هنگام به سازمان بالادستی نداشته و مداخلات ضروری را اعمال ننموده باشد از سر جمع امتیازات بیمارستان ۵۰ امتیاز کسر می گردد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بیمارستان در نظام مراقبت عفونت بیمارستانی کشوری گزارش دهی داشته و نرخ عفونت بیمارستانی مورد گزارش به سطوح بالادستی سازمان (شبکه بهداشت و درمان، دانشگاه و وزارت بهداشت) منطقی و مطابق با واقعیت ( قضاوت ارزیاب) میزان پذیرش، ماهیت بیماری و تعداد بیماران بستری در بخش های ویژه باشد.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر در بیمارستان خط مشی و روش های اجرایی رعایت بهداشت دست موجود باشد. میزان تبعیت کارکنان از دستورالعمل بهداشت دست به صورت پایه و قبل از تعیین اهداف ارتقاء بهداشت دست اندازه گیری شده باشد. برنامه عملیاتی برای ارتقاء بهداشت دست موجود باشد(۱ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• در بیمارستان خط مشی و روش های اجرایی رعایت بهداشت دست موجود باشد. میزان تبعیت کارکنان از دستورالعمل بهداشت دست به صورت پایه و قبل از تعیین اهداف ارتقاء بهداشت دست اندازه گیری شده باشد. برنامه عملیاتی برای ارتقاء بهداشت دست موجود باشد</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ( ۳ بند مذکور در مجموع (2 امتیاز دارد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• در مشاهده دیسپنسر hand rub در بخش ها و واحدهای بیمارستانی موجود باشد.</li> <li>• تبعیت از دستورالعمل رعایت بهداشت دست در</li> </ul>

	<p>مکان توسط ارزیاب ولو در بازه زمانی کوتاه تعیین و با توجه به متون علمی و شاخص های غیر مستقیم مطابقت داده و تعیین می شود.</p> <p>• وجود یادآورهای بهداشت دست</p>	
<p>• اگر خط مشی و روش های اجرایی ضد عفونی و استریلیزاسیون کلیه وسایل در بخش CSSD موجود باشد (۳ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• خط مشی و روش های اجرایی ضد عفونی و استریلیزاسیون کلیه وسایل در بخش CSSD</p>	<p>C.۲.۱.۲ بیمارستان تمیزی ، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را ، با تأکید خاص بر واحدها و بخش های پر خطر تضمین می نماید.</p>
<p>• اگر در مشاهده و بررسی روش اجرا منطبق با راهنماها باشد (۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• در مشاهده و بررسی روش اجرا منطبق با راهنماها باشد</p>	
<p>• اجرای مراحل ۱-۳ (پیوست ۱) نحوه استقرار هموویتالانس در مراکز درمانی مورد ابلاغ از سازمان انتقال خون ایران (۳ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• اجرای مراحل ۱-۳ (پیوست ۱) نحوه استقرار هموویتالانس در مراکز درمانی مورد ابلاغ از سازمان انتقال خون ایران</p>	<p>C.۳.۱.۱ بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجرا می نماید.</p>
<p>• اجرای مراحل ۴-۵ (پیوست ۱) نحوه استقرار هموویتالانس در مراکز درمانی مورد ابلاغ از سازمان انتقال خون ایران (۳ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• اجرای مراحل ۴-۵ (پیوست ۱) نحوه استقرار هموویتالانس در مراکز درمانی مورد ابلاغ از سازمان انتقال خون ایران</p>	
<p>• اجرای مراحل ۶-۱۰ (پیوست ۱) نحوه استقرار هموویتالانس در مراکز درمانی مورد ابلاغ از سازمان انتقال خون ایران (۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• اجرای مراحل ۶-۱۰ (پیوست ۱) نحوه استقرار هموویتالانس در مراکز درمانی مورد ابلاغ از سازمان انتقال خون ایران</p>	
<p>• اگر داروها بر اساس لیست داروهای حیاتی مورد تایید پزشکان به تفکیک هر بخش موجود باشد (۲ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• وجود داروها بر اساس لیست داروهای حیاتی مورد تایید پزشکان به تفکیک هر بخش</p>	<p>C.۵.۱.۱ بیمارستان دسترسی به داروهای حیاتی را در تمامی اوقات شبانه روز ( ۲۴ ساعته ) تضمین می نماید.</p>
<p>• اگر داروها بر اساس لیست کلی داروهای حیاتی بیمارستان در داروخانه شبانه روزی بیمارستان موجود باشد (۳ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• وجود داروها بر اساس لیست کلی داروهای حیاتی بیمارستان در داروخانه شبانه روزی بیمارستان</p>	
<p>• اگر مصاحبه با کارکنان بالینی و بیماران و همراهان مؤید وجود داروهای حیاتی در بیمارستان در تمامی اوقات شبانه روز باشد (۵ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>• مصاحبه با کارکنان بالینی و بیماران و همراهان مآید وجود داروهای حیاتی در بیمارستان در تمامی اوقات شبانه روز باشد</p>	
<p>• اگر خط مشی و روش های اجرایی مدیریت دفع</p>	<p>• خط مشی و روش های اجرایی مدیریت دفع</p>	<p>D.۲.۱.۱ بیمارستان بر</p>

اساس میزان خطر ، پسماند ها را از مبدأ تفکیک و کد بندی رنگی می نماید .	پسماند های بهداشتی درمانی	پسماند های بهداشتی درمانی موجود باشد(۲) <b>امتیاز اختصاص می یابد</b>
	• راهنماهای مدیریت دفع پسماند های بهداشتی درمانی	• اگر راهنماهای مدیریت دفع پسماند های بهداشتی درمانی موجود باشد(۱) <b>امتیاز اختصاص می یابد</b>
	• در مشاهده روش اجرا منطبق با راهنماها باشد و پسماند های بیمارستانی بر اساس میزان خطرکد بندی رنگی و تفکیک از مبدا شده باشد	• اگر در مشاهده روش اجرا منطبق با راهنماها باشد و پسماند های بیمارستانی بر اساس میزان خطرکد بندی رنگی و تفکیک از مبدا شده باشد(۲) <b>امتیاز اختصاص می یابد</b>
۲.۱.۲ D بیمارستان از راهنماها ، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت ، جهت مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده تبعیت می نماید	• راهنماهای مدیریت دفع پسماند های تیز و برنده	• اگر راهنماهای مدیریت دفع پسماند های تیز و برنده موجود باشد(۳) <b>امتیاز اختصاص می یابد</b>
	• وجود ظروف ایمن در بخش های بیمارستانی ( ) فاقد سر سوزن دارای درپوش) مگر در موارد استثناء بسته به قضاوت ارزیاب	• وجود ظروف ایمن در بخش های بیمارستانی ( ) فاقد سر سوزن دارای درپوش) مگر در موارد استثناء بسته به قضاوت ارزیاب(۳) <b>امتیاز اختصاص می یابد</b>
	• در مشاهده روش اجرا منطبق با راهنماها باشد	• در مشاهده روش اجرا منطبق با راهنماها باشد (۴) <b>امتیاز اختصاص می یابد</b>
اجتناب از اتصال نادرست کاتترها و لوله ها	• وجود خط مشی • وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی	• در صورت تایید با مشاهده / مصاحبه ۵ <b>امتیاز تعلق می گیرد</b> • در صورت وجود خط مشی ۲ <b>امتیاز تعلق می گیرد</b> • در صورت وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی ۳ <b>امتیاز تعلق می گیرد</b>
ارتباط صحیح کارکنان بهداشتی درمانی در حین تحویل و تحول بیمار مابین گروه، بخش و مراکز درمانی	• وجود خط مشی • وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی	• در صورت تایید با مشاهده / مصاحبه ۵ <b>امتیاز تعلق می گیرد</b> • در صورت وجود خط مشی ۲ <b>امتیاز تعلق می گیرد</b> • در صورت وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی ۳ <b>امتیاز تعلق می گیرد</b>
تلفیق دارویی	• وجود خط مشی • وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی	• در صورت تایید با مشاهده / مصاحبه ۷ <b>امتیاز تعلق می گیرد</b> • در صورت وجود خط مشی ۱ <b>امتیاز تعلق می گیرد</b> • در صورت وجود روش اجرایی خاص بیمارستان

<p>یامرکز آموزشی درمانی ۲ امتیاز تعلق می گیرد</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت تایید با مشاهده / مصاحبه ۵ امتیاز</li> <li style="text-align: center;"><b>تعلق می گیرد</b></li> <li>• در صورت وجود خط مشی ۲ امتیاز تعلق می گیرد</li> <li>• در صورت وجود روش اجرایی خاص بیمارستان</li> <li>یامرکز آموزشی درمانی ۳ امتیاز تعلق می گیرد</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود خط مشی</li> <li>• وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی</li> </ul>	<p>کنترل محلول های الکترولیتی غلیظ</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت تایید با مشاهده / مصاحبه ۵ امتیاز</li> <li style="text-align: center;"><b>تعلق می گیرد</b></li> <li>• در صورت وجود خط مشی ۲ امتیاز تعلق می گیرد</li> <li>• در صورت وجود روش اجرایی خاص بیمارستان</li> <li>یامرکز آموزشی درمانی ۳ امتیاز تعلق می گیرد</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود خط مشی</li> <li>• وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی</li> </ul>	<p>اجرای اقدام درمانی صحیح در موضع صحیح برای بیماران</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت تایید با مشاهده / مصاحبه ۵ امتیاز</li> <li style="text-align: center;"><b>تعلق می گیرد</b></li> <li>• در صورت وجود خط مشی ۲ امتیاز تعلق می گیرد</li> <li>• در صورت وجود روش اجرایی خاص بیمارستان</li> <li>یامرکز آموزشی درمانی ۳ امتیاز تعلق می گیرد</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود خط مشی</li> <li>• وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی</li> </ul>	<p>داروهای با اسامی و اشکال مشابه</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت تایید با مشاهده / مصاحبه ۵ امتیاز</li> <li style="text-align: center;"><b>تعلق می گیرد</b></li> <li>• در صورت وجود خط مشی ۲ امتیاز تعلق می گیرد</li> <li>• در صورت وجود روش اجرایی خاص بیمارستان</li> <li>یامرکز آموزشی درمانی ۳ امتیاز تعلق می گیرد</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود خط مشی</li> <li>• وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی</li> </ul>	<p>استفاده از وسایل یکبار مصرف در تزریقات</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت تایید با مشاهده / مصاحبه ۷ امتیاز</li> <li style="text-align: center;"><b>تعلق می گیرد</b></li> <li>• در صورت وجود خط مشی ۱ امتیاز تعلق می گیرد</li> <li>• در صورت وجود روش اجرایی خاص بیمارستان</li> <li>یامرکز آموزشی درمانی ۲ امتیاز تعلق می گیرد</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود خط مشی</li> <li>• وجود روش اجرایی خاص بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی</li> </ul>	<p>ارتقاء بهداشت دست</p>

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



**حاکمیت بالینی**

امتیاز ملاک	زیر ملاک	ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی
۵۰	• آموزش بالینی با رویکرد مبتنی بر شواهد انجام شود	اثر بخشی بالینی
۵۰	• شواهد پژوهشی معتبر در طبابت بالینی استفاده شود	

نحوه امتیاز دهی	مستندات	استاندارد
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت وجود مستندات مبنی بر برگزاری راندهای مبتنی بر شواهد براساس استانداردهای تایید شده وزارت بهداشت.(۱۰ امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>• در صورت وجود مستندات مربوط به برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی راندهای مبتنی بر شواهد براساس استانداردهای تایید شده وزارت بهداشت.(۱۰ امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>• در صورت وجود مستندات مربوط به برگزاری ژورنال کلابهای مبتنی بر شواهد براساس استانداردهای تایید شده وزارت بهداشت.(۳۰ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مستندات مربوط به برگزاری راندهای مبتنی بر شواهد براساس استانداردهای تایید شده وزارت بهداشت</li> <li>• مستندات مربوط به برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی راندهای مبتنی بر شواهد براساس استانداردهای تایید شده وزارت بهداشت</li> <li>• مستندات مربوط به برگزاری ژورنال کلابهای مبتنی بر شواهد براساس استانداردهای تایید شده وزارت بهداشت</li> </ul>	<p>آموزش بالینی با رویکرد مبتنی بر شواهد انجام شود</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت وجود پروتکلهای تشخیصی درمانی براساس راهنماهای بالینی مصوب وزارت بهداشت.( ۳۰ امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>• در صورت وجود استانداردهای پیامد براساس شواهد پژوهشی معتبر یا راهنماهای بالینی مصوب وزارت بهداشت (۱۰ امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>• در صورت وجود استانداردهای فرایند براساس شواهد پژوهشی معتبر یا راهنماهای بالینی مصوب وزارت بهداشت (۱۰ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• پروتکلهای تشخیصی درمانی براساس راهنماهای بالینی مصوب وزارت بهداشت</li> <li>• استانداردهای پیامد براساس شواهد پژوهشی معتبر یا راهنماهای بالینی مصوب وزارت بهداشت</li> <li>• استانداردهای فرایند براساس شواهد پژوهشی معتبر یا راهنماهای بالینی مصوب وزارت بهداشت</li> </ul>	<p>شواهد پژوهشی معتبر در طبابت بالینی استفاده شود</p>

### حاکمیت بالینی

امتیاز ملاک	زیر ملاک	ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی
۱۰۰	• حداقل دو مورد ممیزی بالینی انجام شود	ممیزی بالینی

## مستندات لازم

نحوه امتیاز دهی	مستندات	استاندارد
<p>• به ازای هر ممیزی بالینی (۵۰ امتیاز اختصاص می یابد) توجه: در انجام ممیزی بالینی بایستی توجه گردد که مراحل شامل: (انتخاب موضوع ممیزی ۱۰ امتیاز، بررسی وضعیت موجود امتیاز، تعیین استاندارد و مقایسه با استاندارد و تعیین نقاط ضعف ۱۰ امتیاز، انجام اقدامات اصلاحی ۱۰ امتیاز و ممیزی مجدد ۱۰ امتیاز) لحاظ گردد.</p>	<p>• مستندات مبنی بر انجام دو مورد ممیزی بالینی</p>	<p>حداقل دو مورد ممیزی بالینی انجام شود</p>

**حاکمیت بالینی**

امتیاز ملاک	زیر ملاک	ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی
۵۰	• سیستم HIS در بیمارستان استقرار یافته باشد	استفاده از اطلاعات
۲۵	• مداخلات موثر بر اساس ۵ شاخص ابلاغ شده اوزانس کشور انجام شود	
۴۰	• مداخلات موثر بر اساس شاخصهای تعیین شده برحسب نوع تخصص هر بیمارستان انجام پذیرد	

نحوه امتیاز دهی	مستندات	استاندارد
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت وجود سیستم امتیاز کامل (۵ امتیاز) و در صورت عدم وجود سیستم (۰ امتیاز) تعلق میگیرد.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مشاهده سیستم HIS</li> </ul>	<p>سیستم HIS در بیمارستان استقرار یافته باشد</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت وجود مستنداتی که نشان دهد گزارشات ماهانه گرفته شده، به اطلاع مدیریت ارشد بیمارستان رسانده می شود. (۱۵ امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>• در صورت وجود مستندات دال بر انجام اقدامات اصلاحی از سوی مدیریت بیمارستان براساس گزارشات گرفته شده از سیستم HIS. (۲۰ امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود مستنداتی که نشان دهد گزارشات ماهانه گرفته شده، به اطلاع مدیریت ارشد بیمارستان رسانده می شود</li> <li>• مستندات مبنی بر انجام اقدامات اصلاحی از سوی مدیریت بیمارستان براساس گزارشات گرفته شده از سیستم HIS</li> </ul>	<p>مدیریت بیمارستان از اطلاعات HIS استفاده کند</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت تهیه شناسنامه برای شاخصها طبق دستورالعمل کشوری، (۱۰ امتیاز) اختصاص می یابد (توجه شود که به ازای هر شاخص (۲ امتیاز) در نظر گرفته می شود که حداقل ۵ شاخص می بایست دارای شناسنامه باشند)</li> <li>• در صورت جمع آوری شاخصها طبق سطوح و تناوب مورد تایید دستورالعمل، ۵ امتیاز در نظر گرفته میشود ( به ازای هر شاخص ۱ امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>• در صورت وجود مستنداتی دال بر تحلیل شاخصها و انجام اقدامات اصلاحی بر اساس بازخوردهای ارائه شده. ۱۰ امتیاز اختصاص می یابد (به ازای هر شاخص ۲ امتیاز)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• شناسنامه شاخصها طبق دستورالعمل کشوری</li> <li>• جمع آوری شاخصها طبق سطوح و تناوب مورد تایید دستورالعمل</li> <li>• وجود مستنداتی دال بر تحلیل شاخصها و انجام اقدامات اصلاحی بر اساس بازخوردهای ارائه شده</li> </ul>	<p>مداخلات موثر بر اساس ۵ شاخص ابلاغ شده اوژانس کشور انجام شود</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت تعیین و تعریف ۴ شاخص فرایندی یا بروندهی برحسب نوع تخصص بیمارستان، ۴۰ امتیاز (به ازای هر شاخص ۱۰ امتیاز) اختصاص می یابد.</li> <li>توجه: در تعیین و تعریف هر یک از این دو شاخص بایستی توجه گردد که نام هر شاخص، نوع شاخص و میزان هدف باید ذکر گردد و شاخص بطور کامل با ذکر صورت و مخرج تعریف گردد که در صورت توجه به این موارد (به ازای هر شاخص ۲ امتیاز) در صورت ثبت فرمول شاخص و ذکر مبنا و دوره اندازه گیری (هر شاخص ۲ امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>در صورت ثبت نام و امضای گردآورنده شاخص، منبع گردآوری شاخص، سطوح و تناوب گزارش دهی و ارائه بازخورد. (هر شاخص ۳ امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>در صورت تعیین و اندازه گیری چالشها و موارد مخدوش</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعیین و تعریف ۴ شاخص فرایندی یا بروندهی برحسب نوع تخصص بیمارستان</li> </ul>	<p>مداخلات موثر بر اساس شاخصهای تعیین شده برحسب نوع تخصص هر بیمارستان انجام پذیرد</p>

کننده(براساس نظر متدولوژیست). (هر شاخص ۳ امتیاز اختصاص می یابد)		
--	--	--

نحوه امتیازدهی	سوال
در صورتی که گزارشات گرفته شده بطور ماهانه به اطلاع مدیریت ارشد بیمارستان رسانیده شود (۵ امتیاز) و در صورت عدم اطلاع مدیریت ارشد (۰ امتیاز) اختصاص می یابد.	گزارشات گرفته شده بطور ماهانه به اطلاع مدیریت ارشد ارستان رسانیده می شود؟
در صورتی که مدیریت بیمارستان از نحوه انجام مداخله اصلاحی بر اساس اطلاعات HIS اطلاع داشته باشد ( ۵ امتیاز) ودر صورت عدم اطلاع ( ۰ امتیاز) تعلق می گیرد.	مدیریت بیمارستان از نحوه انجام اقدام اصلاحی اطلاع ؟



حاکمیت بالینی		
امتیاز ملاک	زیر ملاک	ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی
۲۰	• نظام رسیدگی به شکایات در بیمارستان استقرار یافته است.	تعامل با بیماران و جامعه
۵	• گروه آموزش به بیمار (زیر کمیته بهبود کیفیت) در بیمارستان وجود دارد	
۲۰	• بیمارستان دارای برنامه مدون جهت آگاه سازی بیماران و همراهان در ارتباط با حقوقشان و همچنین خدمات درمانی و غیر درمانی قابل ارائه می باشد. * (دستورالعمل رفتار با کودک اداره سلامت روان)	
۶۰	• برنامه آموزش به بیمار در حین بستری در بیمارستان استقرار یافته است	
۳۵	• بیمارستان دارای برنامه ای جهت ارائه مراقبت های پس از ترخیص می باشد. * (دستورالعمل پس از ترخیص بیماران روانی اداره سلامت روان)	
۱۰	• برنامه رضایت سنجی بیماران در بیمارستان استقرار یافته است.	

\* لازم به ذکر است که صرفاً بیمارستان های روانپزشکی علاوه بر اجرای مصادیق دیگر، دو قسمت مشخص شده را طبق راهنمای اداره سلامت روان ارائه نمایند و بقیه بیمارستان ها طبق مصادیق ذکر شده در این راهنما عمل نمایند. از طرف دیگر برنامه جامع آموزش بیماران زنتیکی (از جمله PKU، تالاسمی، هموفیلی، سیکل سل و غیره) در اداره زنتیک موجود است و پیشنهاد می گردد به عنوان یکی از سه بیماری دارای برنامه آموزش جامع باشد.

## سندتات لازم

نحوه امتياز دهی	مستندات	استاندارد
۱ امتياز	مشاهده مستنداتی مبنی بر وجود سیاست برای دریافت شکایات	وجود شیوه هایی جهت دریافت شکایات (تلفنی-مکاتبه ای- حضوری اینترنتی.....)
۱ امتياز	مشاهده مستندات	اختصاص فردی به عنوان مسئول رسیدگی به شکایات
۱ امتياز	مشاهده مستندات	اختصاص کد به هر شکایت و دادن آن کد به فرد شاکی
۳ امتياز	مشاهده مستندات مبنی بر طبقه بندی شکایات بر اساس اولویت، شدت، تکرار، و همچنین نوع شکایات (اداری ، مالی ، بالینی، خدمات، قصور) و ارجاع بر آن اساس	طبقه بندی شکایات براساس اولویت، شدت ، تکرار، و نوع شکایت
در صورتی که بالای ۷۵٪ شکایات به نتیجه رسیده باشد. <b>۶ امتياز</b> ۵۰ تا ۷۵٪ شکایات به نتیجه رسیده باشد. <b>۴ امتياز</b> ۲۵٪ تا ۵۰٪ شکایات به نتیجه رسیده باشد. <b>۲ امتياز</b> زیر ۲۵٪ شکایات به نتیجه رسیده باشد. <b>۱ امتياز</b>	وجود شاخص حل و فصل شکایات بر اساس: درصد شکایت های حل و فصل شده به کل شکایات	میزان حل و فصل شکایات (بصورت درجا و یا ارجاع به سطوح ذیربط)
۲ امتياز	مشاهده مستندات	تحلیل وثبت شکایات
۲ امتياز	گزارش اقدامات و وجود برنامه عملیاتی جهت انجام اصلاحات	انجام اقدامات اصلاحی
اعضای گروه شامل معاون آموزشی بیمارستان، سوپروایزر آموزشی، سرپرستار و افراد واجد صلاحیت بر اساس تایید	بررسی مستندات مربوط به تشکیل منظم جلسات به صورت ماهانه	گروه آموزش به بیمار به عنوان زیر کمیته بهبود کیفیت در بیمارستان وجود دارد.

<p>تیم بوده و کار این گروه برنامه ریزی و نظارت بر امر آموزش می باشد <b>۱۵ امتیاز</b></p>		
<p>استفاده از روش های مختلف مثل جزوه، پمفلت، کتاب... <b>۵ امتیاز</b></p>	<p>مشاهده مستندات</p>	<p>داشتن برنامه مدون آموزش به بیماران برای پنج بیماری شایع در هر بخش</p>
<p>در صورتیکه بیمارستان دارای برنامه جامع آموزش به بیمار در ارتباط با: ۳ بیماری شایع در بیمارستان باشد <b>۶ امتیاز</b> برای ۲ بیماری شایع <b>۴ امتیاز</b> برای یک بیماری <b>۲ امتیاز</b></p>	<p>مشاهده مستندات</p>	<p>داشتن برنامه جامع آموزش به بیماران برای سه بیماری شایع در بیمارستان</p>
<p>مشاهده پرونده سه بیمار بر اساس سه بیماری شایع در بیمارستان و بررسی از نظر اینکه آیا بیاران بطور کامل و با تاکید بر موارد زیر آموزش دیده اند(ارزیابی توان و تمایل بیمار برای یادگیری امتیاز)، ارزیابی نیازهای آموزشی بیمار و درج آنها در پرونده وی، تنظیم اهداف آموزش به بیمار بر اساس اولویت های آموزشی، انتخاب استراتژی های آموزشی مناسب برای هر بیمار و ارزشیابی) برای هر بیماری ۶ امتیاز و</p>	<p>مشاهده مستندات</p>	<p>بررسی پرونده بیمارانی که بر اساس برنامه جامع آموزش یه بیمار آموزش دیده اند.</p>

در مجموع ۱۲ امتیاز		
بیمارستان دارای برنامه آموزش به بیماران به صورت گروهی و برگزاری این کلاس ها بصورت منظم باشد ۳ امتیاز	مشاهده مستندات	برگزاری برنامه آموزش به بیماران به صورت گروهی
بیمارستان دارای برنامه آموزش بیمار به بیمار می باشد.(برای بیماران بستری یا حتی سرپایی) ۱۵ امتیاز	مشاهده مستندات	برگزاری برنامه آموزش بیمار به بیمار
در صورتیکه بیمارستان با بیش از ۵۰٪ بیماران (حد اقل برای سه بیماری شایع) ۲-۴ روز پس از ترخیص، تماس تلفنی جهت حل مشکلات احتمالی برقرار نماید ۱۰ امتیاز اگر با ۵۰-۲۵٪ بیماران تماس بگیرد ۵ امتیاز اگر با ۲۵-۱٪ بیماران تماس بگیرد ۲ امتیاز	مشاهده مستندات مربوط به برقراری ارتباط تلفنی	برقراری ارتباط تلفنی با بیماران ۲-۴ روز پس از ترخیص
۵ امتیاز	مشاهده مستندات	اختصاص بخشی از وب سایت بیمارستان برای امر آموزش به بیمار
۱ امتیاز	مشاهده مستندات	پرسشنامه رضایت سنجی بیمار موجود است
۲.۵ امتیاز	مشاهده مستندات	تحلیل و اقدام اصلاحی بر اساس نتایج فرم های رضایت سنجی

## مصاحبه

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

<p>مصاحبه با ۲ بیمار به صورت تصادفی</p> <p>۱ - اطمینان یافتن از اینکه پزشک معالج به بیماران و خانواده آنها در مورد تشخیص و شرایط تایید شده، توضیح کافی ارائه نموده است. (۴ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۲ امتیاز</p> <p>مصاحبه با ۵ بیمار به صورت تصادفی در بخش های مختلف و</p> <p>۲ - اطمینان یافتن از اینکه بیماران با نوع بیماری، مراقبت، درمان و عوارض، آموزش نحوه استفاده ایمن و موثر از تمامی داروهای بیمار، استفاده ایمن و موثر از تجهیزات پزشکی و وسایل کمک درمانی اثرات احتمالی میان داروهای تجویزی و داروهای دیگر و تغذیه بیمار، تغذیه و رژیم غذایی مناسب برای بیمار، مدیریت درد، آموزش تکنیک های بازتوانی (موارد بر حسب نوع بیماری بررسی شود) بر اساس پنج بیماری شایع در هر بخش با استفاه از روش های مختلف آموزش می بینند. (۱۵ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۳ امتیاز</p> <p>۳ - مصاحبه بصورت تصادفی با ۳ بیماری که بر اساس برنامه جامع آموزش به بیمار آموزش دیده اند. (۹ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۳ امتیاز</p> <p>۴ - مصاحبه بصورت تصادفی با ۲ نفر از پرسنل آموزش به بیمار در مورد نحوه انجام آموزش و اطمینان از اینکه کلیه پرسنل آموزش دهنده بر اساس برنامه ریزی گروه آموزش به بیمار، آموزش را ارائه می دهند. (۴ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر پرسنل ۲ امتیاز</p>	<p>برنامه آموزش به بیمار در حین بستری استقرار یافته است؟</p>
<p>مصاحبه تصادفی با ۲ بیمار در حال ترخیص یا مرخص شده در مورد چگونگی دستیابی به مراقبت های اورژانس پس از ترخیص از بیمارستان. (۲ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۱ امتیاز</p>	<p>آیا دستیابی به مراقبت های اورژانس در صورت لزوم کافی و به موقع می باشد؟</p>
<p>مصاحبه تصادفی با ۲ بیمار که در این کلاس ها حضور داشته اند؟ در صورت عدم دسترسی به بیمار از طریق تلفنی چک شود؟ (۲ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۱ امتیاز</p>	<p>ایا بیمارستان برنامه آموزش به بیماران به صورت گروهی را اجرا می نماید؟</p>

<p>مصاحبه با بیماران (مصاحبه با ۲ بیمار) (۵ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۲.۵ امتیاز</p>	<p>آیا بیمارستان برنامه آموزش بیمار به بیمار را اجرا می نماید؟</p>
<p>مصاحبه با ۲ بیمار در حال ترخیص یا مرخص شده به صورت تصادفی (۴ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۲ امتیاز</p>	<p>آیا اطلاع رسانی کلامی و نوشتاری جهت مراجعات بعدی به بیمار صورت میگیرد؟</p>
<p>مصاحبه با ۲ بیمار در حال ترخیص یا مرخص شده به صورت تصادفی (۴ امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار ۲ امتیاز</p>	<p>آیا بیمارستان آدرس سایت ها و منابع و مراکز مرتبط با آموزش بیمار در سطح جامعه را در اختیار بیماران می گذارد.</p>
<p>مصاحبه با فرد مسئول (۴ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>آیا مسئول مربوطه از روش انجام رضایت سنجی اطلاع دارد؟</p>
<p>مصاحبه با فرد مسئول (۲.۵ امتیاز اختصاص می یابد)</p>	<p>آیا مسئول مربوطه از روش تحلیل پرسشنامه های رضایت سنجی اطلاع دارد؟</p>

امتیاز	نام محور
۱۲۰	مدیریت و رهبری
۱۰۰	آموزش و مدیریت کارکنان
۳۵۰	مدیریت خطر و ایمنی بیمار
۱۱۵	استفاده از اطلاعات
۱۰۰	اثر بخشی بالینی
۱۰۰	ممیزی بالینی
۱۵۰	تعامل با بیماران و جامعه
۱۰۳۵	جمع کل