

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

راهنمای ارزیابی استانداردهای برنامه بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار

(مورد استفاده در برنامه عملیاتی «ایمنی بیمار» سال ۱۳۹۹)

تدوین : فرناز مستوفیان ، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار

تیر ۱۳۹۹

۱. ۳۰.۸ بیمارستان داده ی شاخص های فرآیندی و نتیجه ای (پیامدی) خود را در طی زمان، با سایر «بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار» و / یا خدمات شناخته شده دلخواه یا استاندارد های معین مقایسه می نماید .

عناصر قابل اندازه گیری

- فرآیندی که در طی آن بیمارستان شاخص های فرآیندی و نتیجه ای (پیامدی) خود را در طی زمان (برای مثال قبل و بعد از اجرای برنامه ارتقاء ایمنی) ، با سایر «بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار» و / یا خدمات شناخته شده دلخواه (میزان «صفر» درصدی پنومونی اکتسابی از ونتیلاتور) یا استاندارد های معین (راهنماهای بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت) مقایسه نموده باشد.
- گزارشات نتایج محک زنی^۱.

فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی

فرآیند بررسی

مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند	• گزارشات نتایج محک زنی.
مصاحبه	کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی براین که بیمارستان داده ی شاخص های فرآیندی و نتیجه ای (پیامدی) خود را با سایر "بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار" مقایسه می نماید، وجود دارد ؟
مشاهده	کاربردی ندارد

راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که بیمارستان شاخص های فرآیندی و نتیجه ای (پیامدی) خود را با سایر بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار مقایسه می نماید، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که بیمارستان شاخص های فرآیندی و نتیجه ای (پیامدی) خود را با سایر بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار مقایسه نمی کند ، امتیازی تعلق نمی گیرد.

۱. ۲۰.۱ B برگه رضایت نامه آگاهانه توسط بیمار یا فرد مجاز امضاء شده است. بیمار از کلیه خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر با توضیحات پزشک مطلع شده است و با حضور و نظارت پرستار برگه رضایت نامه آگاهانه را امضاء نموده است.

عناصر قابل اندازه گیری

- خط مشی و روش های اجرایی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار .
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار.
- لیست مداخلات تشخیصی درمانی که برای انجام نیاز به اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار دارند، شامل موارد ذیل اما محدود به آن ها نمی باشد: مداخلات تشخیصی درمانی تهاجمی، اعمال جراحی، بیهوشی، ترانسفوزیون خون، اقدامات و مداخلات پر خطر، درمان های پر خطر و پیوند اعضا.
- برگه های رضایت نامه آگاهانه بیمار که در بخش های مرتبط موجود است.
- برگه های رضایت نامه آگاهانه بیمار تکمیل شده و دارای تاریخ و ساعت و امضاء می باشد و در پرونده بیماران موجود است.

فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی

فرآیند بررسی

• خط مشی و روش های اجرایی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار. • گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار . • گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار. • لیست مداخلات تشخیصی درمانی که برای انجام نیاز به اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار دارند، شامل موارد ذیل اما محدود به آن ها نمی باشد: مداخلات تشخیصی درمانی تهاجمی، اعمال جراحی، بیهوشی، ترانسفوزیون خون، اقدامات و مداخلات پر خطر، درمان های پر خطر و پیوند اعضا. • بررسی منظم نمونه های تصادفی از پرونده پزشکی بیماران. • برگه های رضایت نامه آگاهانه بیمار تکمیل شده و دارای تاریخ و ساعت و امضاء می باشد و در پرونده بیماران موجود است.	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر اجرای خط مشی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار وجود دارد؟ بیماران یا افراد مجاز: گام های که برداشته شده بود قبل از امضاء برگه رضایت آگاهانه توسط شما چه بود؟	مصاحبه
کاربردی ندارد	مشاهده

راهنمای امتیازدهی

- ❖ اگر بیمار پیش از هر عمل تهاجمی فرم رضایت نامه عمل را امضا می نماید و از تمامی خطرات مداخلات تشخیصی درمانی تهاجمی/اعمال جراحی از قبل به طور کامل مطلع می شوند، امتیاز کامل تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورت فقدان هر گونه شواهدی مبنی بر وجود فرم های رضایت نامه امضا شده توسط بیماران قبل از مداخلات تشخیصی درمانی تهاجمی/اعمال جراحی اعمال تهاجمی ، امتیازی تعلق نمی گیرد.

B3,1,1 فرآیند شناسایی مورد استفاده در کل بیمارستان مستلزم وجود حداقل دو شناسه برای شناسایی بیماران است . این دو شناسه در تمامی موقعیت هایی که برای بیماران مداخلاتی انجام می شود مورد استفاده قرار می گیرد.

عناصر قابل اندازه گیری

- خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران موجود است. شناسه های شناسایی صحیح بیماران که در کل بیمارستان به صورت منسجم موجود است، شامل « نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد» می باشد، که بیماران از آن مطلعند . نام پزشک معالج ، شماره تخت و یا اتاق بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد. این دو شناسه در تمامی موقعیت هایی که برای بیماران مداخلاتی انجام می شود، مورد استفاده قرار می گیرد.
- خط مشی شناسایی بیمار با استفاده از دو شناسه قبل از تجویز هر گونه دارو، اجرای هر گونه مداخله یا تایید هویت بیماران قبل از انجام مداخلات پر خطر موجود است.
- لیست مداخلات پر خطر شامل ترانسفوزیون خون و تجویز داروهای شیمی درمانی موجود است.
- خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران با تاکید خاص بر گروه های در معرض خطر منجمله نوزادان ، بیماران دچار کما و یا سالمندان موجود است.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران موجود است.
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران موجود است.

فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی

فرآیند بررسی

• خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران. • خط مشی شناسایی بیمار با استفاده از دو شناسه قبل از تجویز هر گونه دارو، اجرای هر گونه مداخله یا انجام مداخلات پر خطر. • لیست مداخلات پر خطر.	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
--	---

• گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران. • فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران. • نمونه گیری سیستماتیک تصادفی از پرونده های پزشکی به منظور بررسی شناسه های بیماران.	
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیماران قبل از دریافت هر گونه درمانی (برای مثال تجویز دارو، ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، رژیم غذایی یا رادیوتراپی) قبل از انجام پروسیجرها (برای مثال بازکردن راه وریدی و یا همودیالیز) و قبل از هر گونه مداخلات تشخیصی (نظیر اخذ نمونه خون و یا سایر نمونه ها برای آزمایشات بالینی، کاتتریزاسیون قلبی یا مداخلات تشخیصی رادیولوژی) شناسایی می شوند ، وجود دارد؟ آیا این فرآیند شامل شناسایی بیماران دچار کوما نیز می شود؟ بیماران : کارکنان به چه صورت شما را شناسایی می نمایند ؟	مصاحبه
دستبند شناسایی بیماران یا سایر روش ها شناسه های بیمار موجود در پرونده پزشکی بیماران و دیگر برگه های درخواست پزشکی.	مشاهده

راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که قبل از انجام هر گونه پروسیجر درمانی، انتقال، تجویز دارو یا ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، تمامی بیماران به ویژه گروه های در معرض خطر، با استفاده از حداقل دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد شناسایی و هویت ایشان مورد تایید قرار می گیرد ، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که برای شناسایی مناسب هویت بیماران سیستمی موجود نیست، امتیازی تعلق نمی گیرد.

۱. B۳.۲ در بیمارستان سیستمی برای شناسایی آلرژی ها مستقر شده است.

عناصر قابل اندازه گیری

- استقرار سیستمی برای شناسایی آلرژی ها برای مثال سیستم کد بندی رنگی.
- خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی آلرژی ها.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی آلرژی ها .
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی آلرژی ها .

فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی

فرآیند بررسی

• استقرار سیستمی برای شناسایی آلرژی ها برای مثال سیستم کد بندی رنگی. • خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی آلرژی ها. • گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی آلرژی ها . • گزارشات / مستندات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی شناسایی آلرژی ها .	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر فعال بودن سیستمی برای شناسایی آلرژی ها برای مثال سیستم کد بندی رنگی، وجود دارد؟ بیماران: آیا شما در برنامه ریزی و تصمیم گیری در مورد درمان خود مشارکت نموده اید؟	مصاحبه
سیستمی برای شناسایی آلرژی ها برای مثال سیستم کد بندی رنگی وجود دارد.	مشاهده

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی که سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی فعال است، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- در صورتی که در بیمارستان هیچگونه سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی موجود نیست ، امتیازی تعلق نمی گیرد .

B5,3,1 بیمارستان دارای نظام ساختارمند اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران و مراقبین ایشان و کارکنان می باشد.

عناصر قابل اندازه گیری

- خط مشی و روش های اجرایی برای اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران و مراقبین ایشان و کارکنان.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران و مراقبین ایشان و کارکنان.
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی ذیربط.

فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی

فرآیند بررسی

• خط مشی و روش های اجرایی برای اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران و مراقبین ایشان و کارکنان. • گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران و مراقبین ایشان و کارکنان. • گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی ذیربط.	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر نظام ساختارمند اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران و مراقبین ایشان و کارکنان ، موجود است؟	مصاحبه
کاربردی ندارد.	مشاهده

راهنمای امتیازدهی

- ❖ اگر بیمارستان دارای خط مشی و روش های اجرایی نظام اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار می باشد ، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ اگر بیمارستان فاقد خط مشی و روش های اجرایی نظام اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار می باشد ، امتیازی تعلق نمی گیرد .

۲.۱.۱.۲ بیمارستان چک لیست جراحی ایمن را اجرا واز راهنماهای معتبر ازجمله چک لیست سازمان جهانی بهداشت در زمینه جراحی ایمن تبعیت می نماید .

عناصر قابل اندازه گیری

- فرآیند تضمین بیمار ، موضع عمل و پروسیجر جراحی صحیح .
- در اتاق های عمل برای تمامی بیماران تحت اعمال جراحی ، چک لیست جراحی ایمن استفاده می شود.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با راهنماهای جراحی ایمن.

- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت از راهنماهای جراحی ایمن.

فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی

فرآیند بررسی

• استفاده چک لیست جراحی ایمن در اتاق های عمل برای تمامی بیماران تحت اعمال جراحی . • گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با راهنماهای جراحی ایمن. • فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت از راهنماهای جراحی ایمن.	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر اجرای چک لیست جراحی ایمن و میزان تبعیت از راهنماهای جراحی ایمن از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت ، موجود است؟	مصاحبه
شواهد استفاده از چک لیست جراحی ایمن در اتاق های عمل.	مشاهده

راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که بیمارستان چک لیست و راهنماهای جراحی ازجمله دستورالعمل های سازمان جهانی بهداشت را در زمینه جراحی ایمن اجرا می نماید ، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که بیمارستان هیچ راهنما و چک لیستی را در زمینه جراحی ایمن اجرا نمی نماید ، امتیازی تعلق نمی گیرد .

۳.۱.۱. C در کل بیمارستان سیستم هایی برای تضمین شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران موجود است.

عناصر قابل اندازه گیری

- فرآیند تدوین، اجرا و تثبیت سیستم یکپارچه شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران در بیمارستان .
- فرآیند اندازه گیری و مستند سازی مشاهدات از طریق چارت ارزیابی/ بررسی عمومی وضعیت سلامت مشتمل بر میزان تنفس ، اشباع اکسیژن ، فشارخون ، میزان ضربان قلب ، درجه حرارت، سطح هوشیاری و
- فرآیند تشکیل تیم های واکنش سریع (RRT) در فواصل زمانی منظم.
- ممیزی و پایش منظم فرآیند ها توسط کمیته اورژانس پزشکی.

- آموزش کارکنان در ارتباط با شناسایی و برقراری ارتباط در خصوص وخامت شرایط بالینی بیماران.
- خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران.
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران.

فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی

فرآیند بررسی

• خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران. • گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران. • فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران.	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر وجود سیستم یکپارچه شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران در بیمارستان ، موجود است؟	مصاحبه
فرآیند اندازه گیری و مستند سازی مشاهدات از طریق چارت ارزیابی عمومی مشتمل بر میزان تنفس ، اشباع اکسیژن ، فشارخون ، میزان ضربان قلب ، درجه حرارت، سطح هوشیاری و	مشاهده

راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که در کل بیمارستان سیستم هایی یکپارچه برای تضمین شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران موجود است، امتیاز کامل تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که در کل بیمارستان سیستم هایی یکپارچه برای تضمین شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران وجود ندارد، امتیازی تعلق نمی گیرد .

۹.۲.۱ C. بیمارستان راهنمای زایمان ایمن منجمله چک لیست زایمان ایمن سازمان جهانی بهداشت را اجرا می نماید.

عناصر قابل اندازه گیری

- ارائه اطلاعات توسط کادر بالینی به بیماران در خصوص زایمان ایمن/ «ابزار نهایی بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان»: نامه شماره ۴۰۰/۱۳۲۰۶ مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۸
- چک لیست زایمان ایمن/ «ابزار نهایی بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان»: نامه شماره ۴۰۰/۱۳۲۰۶ مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۸
- گزارشات مبنی بر آموزش کادر بالینی در خصوص زایمان ایمن/ «ابزار نهایی بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان»: نامه شماره ۴۰۰/۱۳۲۰۶ مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۸
- فرایند اندازه گیری میزان تبعیت کادر بالینی از راهنمای زایمان ایمن/ «ابزار نهایی بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان»: نامه شماره ۴۰۰/۱۳۲۰۶ مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۸

فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی

فرآیند بررسی

• راهنماهای زایمان ایمن/ «ابزار نهایی بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان»: نامه شماره ۴۰۰/۱۳۲۰۶ مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۸ • چک لیست زایمان ایمن سازمان جهانی بهداشت/ «ابزار نهایی بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان»: نامه شماره ۴۰۰/۱۳۲۰۶ مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۸ • گزارشات مبنی بر آموزش کادر بالینی در خصوص زایمان ایمن/ «ابزار نهایی بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان»: نامه شماره ۴۰۰/۱۳۲۰۶ مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۸ • فرایند اندازه گیری میزان تبعیت کادر بالینی از راهنمای زایمان ایمن. «ابزار نهایی بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان»: نامه شماره ۴۰۰/۱۳۲۰۶ مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۸	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان راهنماهای زایمان ایمن منجمله چک لیست زایمان ایمن/ «ابزار نهایی بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان»: نامه شماره ۴۰۰/۱۳۲۰۶ مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۸ را اجرا نموده است، موجود است؟	مصاحبه

مشاهده	اطلاعات ارائه شده به بیماران در خصوص زایمان ایمن / «ابزار نهایی بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان»: نامه شماره ۴۰۰/۱۳۲۰۶ مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۸
--------	---

راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که بیمارستان ، راهنمای زایمان ایمن / «ابزار نهایی بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان»: نامه شماره ۴۰۰/۱۳۲۰۶ مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۸ را اجرا نموده است ، امتیاز کامل تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که بیمارستان ، راهنمای زایمان ایمن / «ابزار نهایی بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان»: نامه شماره ۴۰۰/۱۳۲۰۶ مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۸ را اجرا نکرده است ، امتیازی تعلق نمی گیرد.

۱۰.۲.۱. بیمارستان ، به منظور شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط ، ایشان را غربالگری و جهت کاهش احتمال خطر اقدام می نماید.

عناصر قابل اندازه گیری

- فرآیند ارزیابی اولیه و مستمر و شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط و انجام مدیریت خطر پیشگیرانه سقوط به منظور کاهش احتمال خطر سقوط بیماران.
- خط مشی و روش های اجرایی برای ارزیابی اولیه و مستمر و شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط
- خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران .
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران .
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران

فرآیند ارزیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی .

فرآیند بررسی

• مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند	• خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران . • گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران . • گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران • نمونه تصادفی منظم از پرونده های پزشکی که فرآیند ارزیابی اولیه و مستمر و شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط و انجام مدیریت خطر پیشگیرانه سقوط به منظور کاهش احتمال خطر سقوط بیماران را مرور نموده باشد.
مصاحبه	کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان ، به منظور شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط ، ایشان را غربالگری می نماید، موجود است؟
مشاهده	تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران.

راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که بیمارستان ، به منظور شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط ، ایشان را غربالگری و جهت کاهش احتمال خطر اقدام می نماید ، امتیاز کامل تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که بیمارستان ، به منظور شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط ، ایشان را غربالگری نمی کند و جهت کاهش احتمال خطر اقدام نمی نماید، امتیازی تعلق نمی گیرد.

۲۲،۱،۱ بیمارستان دارای یک برنامه پیشگیری و کنترل عفونت اجرا شده ، مشتمل بر چارت سازمانی ، برنامه عملیاتی ، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد .

عناصر قابل اندازه گیری

- چارت سازمانی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت.
- شرح وظایف و ابلاغ اعضای کمیته پیشگیری و کنترل عفونت.
- صورت جلسات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت.
- راهنماها، برنامه و کتابچه پیشگیری و کنترل عفونت.
- خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت.
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت.

فرآیند ارزیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی .

فرآیند بررسی

• چارت سازمانی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت. • شرح وظایف و ابلاغ اعضای کمیته پیشگیری و کنترل عفونت. • نمونه تصادفی از صورت جلسات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت. • خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت • گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت. • فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت. • گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت.	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان ، دارای یک برنامه پیشگیری و کنترل عفونت اجرا شده ، مشتمل بر چارت سازمانی ، برنامه عملیاتی ، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد ، موجود است؟	مصاحبه
تبعیت با موازین پیشگیری و کنترل عفونت .	مشاهده

راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر ساختار سازمانی ، دستورالعمل ها و کتابچه راهنما می باشد ، امتیاز کامل تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت نمی باشد ، امتیازی تعلق نمی گیرد.

۲۰۲۰۵ بیمارستان به منظور کاهش مقاومت میکروبی ، خط مشی و روش های اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها را بکار می بندد و برنامه فعال تولید ضد میکروبی دارد.

عناصر قابل اندازه گیری

- رویکرد چند تخصصی (چند نظامه)، حداقل شامل نمایندگان برنامه پیشگیری و کنترل عفونت، داروخانه، متخصصین بالینی، مدیریت بیمارستان و واحد میکروبیولوژی
- خط مشی و روش های اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها به منظور کاهش مقاومت.

گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها و تولید ضد میکروبی.

- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها و تولید ضد میکروبی.

فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی .

فرآیند بررسی

• خط مشی و روش های اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها و تولید ضد میکروبی. • گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها و تولید ضد میکروبی. • گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی و تولید ضد میکروبی.	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان ، به منظور کاهش مقاومت میکروبی ، خط مشی و روش های اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها را بکار می بندد و برنامه فعال تولید ضد میکروبی دارد ، موجود است؟	مصاحبه
تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها و تولید ضد میکروبی .	مشاهده

راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که بیمارستان به منظور کاهش مقاومت میکروبی خط مشی و روش های مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها را اجرا می نماید دارای برنامه فعال تولید ضد میکروبی است، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که بیمارستان به منظور کاهش مقاومت میکروبی خط مشی و روش های مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها را اجرا نمی نماید یا دارای برنامه فعال تولید ضد میکروبی نیست، امتیازی تعلق نمی گیرد .

۹.۲.۲ بیمارستان در صورت لزوم به مدیریت بسته ای اقتضا می نماید.

عناصر قابل اندازه گیری

- راهنماهای مدیریت بسته ای^۲
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با مدیریت بسته ای
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با اجرای مدیریت بسته ای

فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی .

فرآیند بررسی

• راهنماهای مدیریت بسته ای • گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با مدیریت بسته ای • گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با اجرای مدیریت بسته ای	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
• کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان ، از مدیریت بسته ای تبعیت می کند، موجود است؟	مصاحبه
• موردی ندارد.	مشاهده

راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که بیمارستان در صورت تناسب ، از مدیریت بسته ای تبعیت می کند ، امتیاز کامل تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.

² Bundle Management

❖ در صورتی که بیمارستان در صورت تناسب از مدیریت بسته ای تبعیت نمی نماید، امتیازی تعلق نمی گیرد.

۳.۵.۲. بیمارستان انجام تلفیق داروئی را هنگام پذیرش، انتقال و ترخیص بیماران تضمین می نماید .

عناصر قابل اندازه گیری

- روش های اجرایی استاندارد انجام تلفیق داروئی در کل بیمارستان.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی استاندارد انجام تلفیق داروئی.
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی انجام تلفیق داروئی.
- فرآیند انجام تلفیق داروئی در هنگام پذیرش بیماران .
- فرآیند انجام تلفیق داروئی در هنگام انتقال و یا / ترخیص بیماران .

فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی .

فرآیند بررسی

مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند	• روش های اجرایی استاندارد انجام تلفیق داروئی در بیمارستان. • گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی انجام تلفیق داروئی. • گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی انجام تلفیق داروئی. • نمونه تصادفی از پرونده های پزشکی برای بررسی فرآیند انجام تلفیق داروئی در هنگام پذیرش بیماران . • نمونه تصادفی از پرونده های پزشکی برای بررسی فرآیند انجام تلف تلف تلفیق داروئی در هنگام انتقال و یا / ترخیص بیماران .
--------------------------------------	--

مصاحبه	• کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان ، انجام تلفیق داروئی را هنگام پذیرش، انتقال و ترخیص بیماران تضمین می نماید ، موجود است؟
مشاهده	• انجام تلفیق داروئی در هنگام پذیرش بیماران . • انجام تلفیق داروئی در هنگام انتقال و یا / ترخیص بیماران .

راهنمای امتیازدهی

- ❖ اگر بیمارستان تلفیق داروئی را هنگام پذیرش و ترخیص بیماران اجرا و پایش می نماید ، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
 - ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
 - ❖ اگر بیمارستان تلفیق داروئی را هنگام پذیرش و ترخیص بیمار اجرا نمی نماید ؛ امتیازی تعلق نمی گیرد .
- ۲.۵.۱. C. بیمارستان الکترولیت های با غلظت بالا را در مکان ایمنی نگهداری می نماید.

عناصر قابل اندازه گیری

- خط مشی و روش های اجرایی برای برداشتن الکترولیت های با غلظت بالا مشتمل بر کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم از بخش های بستری و انبارش آن در مکانی ایمن.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای برداشتن الکترولیت های با غلظت بالا و انبارش آن در مکانی ایمن.
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی برای برداشتن الکترولیت های با غلظت بالا و انبارش آن در مکانی ایمن.

فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی .

فرآیند بررسی

• مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند	• خط مشی و روش های اجرایی برای برداشتن الکترولیت های با غلظت بالا از بخش های بستری و انبارش آن ها در مکانی ایمن. • گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای برداشتن الکترولیت های با غلظت بالا و انبارش آن در مکانی ایمن. • گزارشات اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی برای برداشتن الکترولیت های با غلظت بالا و انبارش آن در مکانی ایمن.
مصاحبه	• کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان ، الکترولیت های با غلظت بالا مشتمل بر کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم از بخش های بستری برمی دارد و آن در مکانی ایمن انبارمی کند، موجود است؟
مشاهده	• الکترولیت های با غلظت بالا مشتمل بر کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم در بخش های بستری موجود نمی باشند.

راهنمای امتیازدهی

- ❖ اگر بیمارستان ، الکترولیت های با غلظت بالا مشتمل بر کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم از بخش های بستری برمی دارد و آن در مکانی ایمن انبارمی کند ، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ اگر بیمارستان ، الکترولیت های با غلظت بالا مشتمل بر کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم را از بخش های بستری بر نداشته است ، امتیازی تعلق نمی گیرد .

۵.۲.۵. بیمارستان تعداد غلظت های مختلف داروها را محدود و استاندارد می نماید.

عناصر قابل اندازه گیری

- فرآیند استاندارد و محدود سازی تعداد غلظت های مختلف داروها در کل بیمارستان.
- خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود نمودن تعداد غلظت های مختلف داروها.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود سازی تعداد غلظت های مختلف داروها.
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود سازی تعداد غلظت های مختلف داروها.

فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی .

فرآیند بررسی

• خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود سازی تعداد غلظت های مختلف داروها. • گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود سازی تعداد غلظت های مختلف داروها. • گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود سازی تعداد غلظت های مختلف داروها.	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان ، تعداد غلظت های مختلف داروها را استاندارد و محدود می نماید ، موجود است؟	مصاحبه
بررسی میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود سازی تعداد غلظت های مختلف داروها.	مشاهده

راهنمای امتیازدهی

- ❖ اگر بیمارستان استفاده از غلظت های مختلف یک دارو را محدود و استاندارد می نماید، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ اگر بیمارستان استفاده از غلظت های مختلف داروها را محدود و استاندارد نمی نماید، امتیازی تعلق نمی گیرد.

D1.2.2 طراحی ساختار بیمارستان باید به گونه ای ارتقاء یابد که بیشترین ایمنی محیط را از جمله در کنترل عفونت فراهم سازد .

عناصر قابل اندازه گیری

- تبعیت از مقررات و ضوابط و استانداردهای ملی ساخت بیمارستانی.
- در صورت فقدان مقررات و ضوابط و استانداردهای ملی ساخت بیمارستانی، رعایت موارد ذیل مد نظر قرار گیرد:
- وجود علائم هدایت کننده در تمام محیط / فضای بیمارستانی

- در کف بیمارستان مخاطره ای به لحاظ سقوط وجود ندارد. (کف زمین خشک و دارای پوشش مقاوم به سقوط است).
- موازین پیشگیری و کنترل عفونت در کف زمین بیمارستان رعایت شده است (کف زمین تمیز، فاقد شکست و ترک خوردگی).
- بر دیوارهای حمام هند ریل نصب می باشد.
- موازین پیشگیری و کنترل عفونت در سقف بیمارستانی رعایت شده است (سقف ها تمیز، فاقد شکست و ترک خوردگی است و در صورتی که از کاشی استفاده شده است، دارای پوشش کامل است.).
- جهت رفع نیاز های بیماران ناتوان در تمام فضای بیمارستانی تسهیلات اختصاصی تمهید شده است .
- زنگ احضار پرستار سالم بوده و در تخت و در حمام و دستشویی ها در دسترس بیماران قرار دارد.
- صندلی های چرخدار و برانکارد ها تمیز بوده و در شرایط کارکردی مناسب و مطلوب می باشند.
- چراغ های روشنایی سالم و به میزان کافی موجودند.
- پریز های برق در بخش اطفال ایمن می باشند.

فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی .

فرآیند بررسی

مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند	صورت جلسات کمیته چند تخصصی ایمنی محیط
مصاحبه	کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که طراحی بیمارستان به نحو است که ایمنی محیط را منجمله در کنترل عفونت تضمین نماید ، موجود است؟
مشاهده	تبعیت از ضوابط و مقررات ملی ساخت بیمارستان ها

علایم هدایت کننده در تمام محیط / فضای بیمارستانی در کف بیمارستان مخاطره ای به لحاظ سقوط وجود ندارد. (کف زمین خشک و دارای پوشش مقاوم به سقوط است). موازین پیشگیری و کنترل عفونت در کف زمین بیمارستان رعایت شده است(کف زمین تمیز، فاقد شکست و ترک خوردگی). بر دیوارهای حمام هند ریل نصب می باشد. موازین پیشگیری و کنترل عفونت در سقف بیمارستانی رعایت شده است(سقف ها تمیز، فاقد شکست و ترک خوردگی است و در صورتی که از کاشی استفاده شده است، دارای پوشش کامل است). جهت رفع نیاز های بیماران ناتوان در تمام فضای بیمارستانی تسهیلات اختصاصی تمهید شده است . زنگ احضار پرستار سالم بوده ودر تخت و در حمام و دستشویی ها در دسترس بیماران قرار دارد. صندلی های چرخدار و برانکارد ها تمیز بوده و در شرایط کارکردی مناسب و مطلوب می باشند. چراغ های روشنایی سالم و به میزان کافی موجودند. پریز های برق در بخش اطفال ایمن می باشند. محیط کثیف و تمیز از هم تفکیک شده است. به لحاظ ایمنی آتش سوزی ، راه های خروج اختصاصی موجود است. مسیر ورود و خروج برای انجام فرآیند استریلیزاسیون از اتاق های عمل تفکیک شده است. بیمارستان دارای تهویه مناسب می باشد.	
--	--

راهنمای امتیازدهی

- ❖ اگر طراحی بیمارستان ایمنی محیط را تضمین می نماید ، امتیاز کامل تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ اگر طراحی بیمارستان تضمین کننده ایمنی محیط نمی باشد ، امتیاز ی تعلق نمی گیرد.

