

اعتبار بخشی بیمارستانهای ایران-سال 1397

فهرست سنجه های مورد ارزیابی در بسته دوم ادواری بیمارستان : -----, دانشگاه -----

سنجه	استاندارد
سنجه 3. تیم حاکمیتی پیش از هرگونه توسعه تجهیزاتی که ملزم به اخذ مجوز قانونی از وزارت بهداشت است در خصوص اخذ مجوزهای قانونی اقدام می نماید و تجهیزات بیمارستان دارای مجوزهای قانونی معتبر از وزارت بهداشت است.	محور: مدیریت و رهبری   زیر محور: تیم حاکمیتی   استاندارد: الف-1-1
سنجه 4. تیم حاکمیتی در خصوص بکارگیری پزشکان و شاغلین حرف وابسته که ملزم به دارا بودن مجوزهای قانونی فعالیت می باشند، نظارت نموده و افراد غیر مجاز از منظر قوانین اشتغال پزشکان و حرف وابسته بکارگیری نمی شوند.	محور: مدیریت و رهبری   زیر محور: تیم مدیریت اجرایی   استاندارد: الف-2-2
سنجه 2. بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیمار جزو اولویت های استراتژیک بیمارستان است و تیم مدیریت اجرایی در قالب برنامه های عملیاتی با پیش بینی منابع مورد نیاز، این برنامه ها را تدوین و بر اجرای آن نظارت می نماید.	محور: مدیریت و رهبری   زیر محور: تیم مدیریت اجرایی   استاندارد: الف-2-3
سنجه 1. مسئول فنی بیمارستان، براساس ابلاغ صادره به عنوان مسئول ایمنی نیز فعالیت می نماید.	محور: مدیریت و رهبری   زیر محور: تیم مدیریت اجرایی   استاندارد: الف-2-3
سنجه 2. مسئول ایمنی " براساس شرح وظایف ابلاغی و حدود اختیارات، فعالیت می نماید	
سنجه 3. طی حکمی از سوی رئیس بیمارستان، یک نفر از پزشکان/پرستاران با سابقه حداقل 5 سال کار در بخش های بالینی به عنوان " کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار" تعیین شده است.	
سنجه 4. "کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار" براساس شرح وظایف ابلاغی و حدود اختیارات، فعالیت می نماید.	محور: مدیریت و رهبری   زیر محور: تیم مدیریت اجرایی   استاندارد: الف-2-5
سنجه 9. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و نماینده دفتر بهبود کیفیت، عضو تمامی کمیته های بیمارستانی بوده و در تمامی جلسات حضور فعال دارند.	
سنجه 1. آخرین تعرفه های درمانی ابلاغی در سامانه اطلاعات سلامت بیمارستان به روز رسانی شده و رعایت می شود.	
سنجه 2. میزان پرداختی بیماران منطبق بر دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و ضوابط بیمه های پایه و تکمیلی است.	
سنجه 3. بیماران هزینه های حق العلاج، هتلینگ، دارو، لوازم پزشکی و سایر موارد را طبق خدمات ارائه شده در پرونده صرفا به صندوق بیمارستان پرداخت می نماید و هیچگونه وجه جداگانه ای در داخل یا خارج از بیمارستان، بابت خدمات دریافتی و یا دارو و لوازم از بیمار دریافت نمی شود.	محور: مدیریت و رهبری   زیر محور: تیم مدیریت اجرایی   استاندارد: الف-2-7
سنجه 4. تعرفه های مربوط به هتلینگ در کنار آخرین گواهی نامه ارزشیابی، حداقل در واحد پذیرش، واحد ترخیص یا حسابداری و سالن انتظار اصلی، در معرض دید گیرندگان خدمت نصب گردیده و در صورتحساب بیماران طبق آن محاسبه و دریافت می شود.	
سنجه 5. قیمت دارو و لوازم پزشکی طبق قیمت های مصوب سازمان غذا و دارو محاسبه و از بیماران اخذ می شود و مسئول فنی بر این امر نظارت نموده و در صورت مشاهده هرگونه عدم انطباق اقدام اصلاحی به عمل می آورد.	
سنجه 6. کدهای خدمات ثبت شده در پرونده و صورتحساب بیماران منطبق بر خدمات ارائه شده و شرایط بیمار است.	
سنجه 7. مسئول فنی بر رعایت تعرفه ها و محاسبه صحیح صورت حساب بیماران نظارت می نماید و در صورت مشاهده هرگونه عدم انطباق، ضمن گزارش موارد به تیم مدیریت اجرایی اقدام لازم برابر مقررات را تعیین و بر اجرای آن نظارت می نماید.	

<p>سنجه 2. مسئول فنی بیمارستان از شرح وظایف مسئولان فنی ابلاغی از سوی وزارت بهداشت آگاهی داشته و براساس آن عمل می نماید.</p> <p>سنجه 3. روش اجرایی "نظارت مستمر در تمام ساعات شبانه روز بر روند ارائه خدمات در بیمارستان" با محوریت مسئول فنی و مشارکت روسا/مسئولان بخش ها/ واحدها با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.</p>	<p>محور: مدیریت و رهبری   زیر محور: تیم مدیریت اجرایی   استاندارد: الف-2-9</p>
<p>سنجه 1. دفتر بهبود کیفیت مستنداتی را که برای اجرای الزامات اعتباربخشی ملی تهیه شده اند، به صورت فایل الکترونیک در فرمت یکسان با ذکر نام تهیه کننده، تایید کننده و تصویب کننده و شماره ویرایش و بازنگری کدگذاری نموده و در دسترس الکترونیکی کارکنان قرار می دهد.</p>	<p>محور: مدیریت و رهبری   زیر محور: بهبود کیفیت   استاندارد: الف-3-5</p>
<p>سنجه 4. کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی و تمامی زیر کمیته های تخصصی آن در موارد مرگ و میر غیر منتظره حداکثر طی 24 ساعت تشکیل جلسه داده و با همکاری صاحبان فرآیند، سوابق بالینی پرونده بیمار را به صورت ریشه ای بررسی و مستند نموده و اقدام اصلاحی طراحی و مسئول فنی بیمارستان براساس قوانین و مقررات مربوط پی گیری و اقدام لازم به عمل می آورد.</p>	<p>محور: مدیریت و رهبری   زیر محور: مدیریت خطا   استاندارد: الف-4-4</p>
<p>سنجه 5. به صورت سالیانه تمرین های شبیه سازی شده حوادث و بلایا براساس نتایج ارزیابی خطر انجام می شود که حداقل شامل تمرین دور میزی و تمرین عملیاتی محدود است و کارکنان در رده های مختلف شغلی در آن شرکت می نمایند.</p>	<p>محور: مدیریت و رهبری   زیر محور: مدیریت خطر حوادث و بلایا   استاندارد: الف-5-1</p>
<p>سنجه 3. تعداد و نوع خاموش کننده های دستی مورد نیاز به تفکیک بخش ها/واحدها و فضاهای مختلف، مشخص شده و با تاریخ معتبر و آماده اطفاء، در ارتفاع و محلی با دسترسی آسان و در معرض دید نصب شده اند.</p>	<p>محور: مدیریت و رهبری   زیر محور: مدیریت خطر حوادث و بلایا   استاندارد: الف-5-2</p>
<p>سنجه 4. سیستم اعلام حریق و دتکتور های حساس به دود/حرارت آماده و سالم بکار گرفته شده اند.</p> <p>سنجه 5. مسیرهای تخلیه سریع و ایمن و پلکان اضطراری با علائم تصویری مشخص شده اند و در تمام اوقات باز و قابل دسترسی هستند.</p>	
<p>سنجه 1. روش اجرایی "نگهداشت سرمایش، گرمایش و تهویه بیمارستان" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.</p> <p>سنجه 3. دستورالعمل های راهبری ایمن سیستم های الکتریکی و مکانیکی با توضیحات کامل در واحد تاسیسات تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.</p>	<p>محور: مدیریت و رهبری   زیر محور: مدیریت خطر حوادث و بلایا   استاندارد: الف-5-3</p>
<p>سنجه 6. کنترل و مصرف گازهای طبی براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد.</p>	
<p>سنجه 2. برنامه های آمادگی با رویکرد تمامی عوامل خطر آفرین و براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، تدوین و اجرا می شود.</p>	<p>محور: مدیریت و رهبری   زیر محور: مدیریت خطر حوادث و بلایا   استاندارد: الف-5-6</p>
<p>سنجه 5. دستورالعمل "تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه" با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شده و کسانی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.</p>	
<p>سنجه 2. دستورالعمل "محافظت از فیزیک پرونده های پرسنلی و کارکنان و صیانت از محرمانگی اطلاعات مندرج در آنها" تدوین شده، کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.</p>	<p>محور: مدیریت و رهبری   زیر محور: مدیریت منابع انسانی   استاندارد: الف-7-4</p>
<p>سنجه 2. براساس نوع خدمات، فهرست تجهیزات ضروری هر یک از بخش ها/واحدها تدوین شده است.</p>	<p>محور: مدیریت و رهبری   زیر محور: مدیریت تامین و تسهیلات اقامت   استاندارد: الف-8-1</p>
<p>سنجه 1. خدمات تشخیصی و درمانی خارج از زنجیره تامین بیمارستان با محوریت و هماهنگی بیمارستان به بیماران ارائه می شود و از ارجاع بیماران به خارج از بیمارستان بدون حمایت و برنامه ریزی بیمارستان ممانعت به عمل می آید.</p>	<p>محور: مدیریت و رهبری   زیر محور: مدیریت تامین و تسهیلات اقامت   استاندارد: الف-8-2</p>
<p>سنجه 3. دارو و ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی مورد نیاز بیمار در حین بستری تامین شده و هرگز بیمار و خانواده او جهت تهیه این اقلام به خارج از بیمارستان ارجاع نمی شوند.</p>	

محور: مدیریت و رهبری | زیر محور: مدیریت تامین و تسهیلات اقامت | استاندارد: الف-8-3

سنجه 2. وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش ها / واحدها در دسترس کارکنان بوده و راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از آن در بخش ها/ واحدهای مرتبط مشاهده می شود.

محور: مدیریت و رهبری | زیر محور: مدیریت تامین و تسهیلات اقامت | استاندارد: الف-8-4

سنجه 1. تابلوهای راهنما در خیابان اصلی و فرعی منتهی به بیمارستان وجود دارد.

سنجه 2. تابلوهای اورژانس به صورت کاملاً واضح و با قابلیت دید از خیابان با تامین نورپردازی برای دید در شب وجود دارند.

سنجه 3. ورودی های اصلی بیمارستان، درمانگاه ها و اورژانس مستقل هستند.

سنجه 5. تابلوهای راهنما در کلیه طبقات، ورودی بخش ها و واحدهای اداری، پاراکلینیکی و مالی وجود دارد.

سنجه 6. علائم راهنمای بخش ها در داخل آسانسورها در معرض دید مراجعین نصب شده است.

محور: مدیریت و رهبری | زیر محور: مدیریت تامین و تسهیلات اقامت | استاندارد: الف-8-5

سنجه 1. آسانسورهای ویژه حمل بیمار به تعداد کافی در بیمارستان وجود دارد.

سنجه 2. پله فرار با علائم راهنمایی واضح، دارای نرده و پلکان در همه طبقات بیمارستان بدون هیچ مانعی قابل دسترسی است.

سنجه 3. رمپ با شیب استاندارد در مسیر ورودی به اورژانس و درمانگاه بیمارستان وجود دارد.

سنجه 4. سرویس های بهداشتی با تسهیلات لازم و مناسب برای معلولین و افراد ناتوان و افراد با نیازهای ویژه وجود دارد.

محور: مدیریت و رهبری | زیر محور: مدیریت تامین و تسهیلات اقامت | استاندارد: الف-8-6

سنجه 2. سیستم مجهز به کنسول گازهای طبي در بالاي هر تخت نصب شده و فعال است.

سنجه 2. اتاق نگهداری وسایل تمیز و کثیف در همه بخش های بالینی و پاراکلینیک وجود دارد.

سنجه 3. برای بیمارانی که امکان انتقال بیماری آنها وجود دارد (مانند HBS-Ag +) دستگاه جداگانه جهت دیالیز فراهم شده است.

سنجه 4. فضاها و امکانات لازم برای زایمان طبیعی (فیزیولوژیک) برابر دستورالعمل وزارت بهداشت تامین شده است.

سنجه 5. اتاق معاینه در ورودی بلوک زایمان وجود دارد.

محور: مدیریت و رهبری | زیر محور: مدیریت تامین و تسهیلات اقامت | استاندارد: الف-8-9

سنجه 6. يك اتاق ویژه و ترالی پره اكلامپسي برای بیماران پره اكلامپسي با شرایط ابلاغ شده در دستورالعمل وزارت بهداشت، فراهم شده است.

سنجه 1. محدوده فضای فیزیکی هر بخش مشخص بوده و از سایر بخش ها تفکیک شده است به نحوی که به عنوان گذرگاهی جهت دسترسی به سایر بخش ها استفاده نمی شود.

محور: مدیریت و رهبری | زیر محور: مدیریت تامین و تسهیلات اقامت | استاندارد: الف-8-10

سنجه 3. در بخش روانپزشکی ورود به منطقه مراقبت از بیماران این بخش، کنترل شده و محصور است.

سنجه 6. اتاق شیردهی مطابق با آخرین شرایط ابلاغی وزارت بهداشت و اتاق آموزش، شیردهی و امکانات لازم، فراهم شده است.

سنجه 7. اتاق درمان در بخش های بالینی به صورت فضای مستقل وجود دارد.

محور: مدیریت و رهبری | زیر محور: مدیریت تامین و تسهیلات اقامت | استاندارد: الف-8-11

سنجه 1. مشخصات فني دستگاههاي همودياليز مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت است.

سنجه 2. مشخصات فني دستگاههاي تصفيه اسمز معكوس آب همودياليز مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت است.

سنجه 3. مشخصات فني صافي هاي همودياليز موجود در بخش همودياليز، مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت است.

سنجه 2. در صورت برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان مطابق ضوابط وزارت بهداشت، استانداردهای اعتبار بخشی مرتبط با آشپزخانه اعم از تهیه، طبخ، بسته بندی و توزیع غذا به عنوان تعهدات طرف دوم در قرارداد واگذاری لحاظ شده است.

محور: مدیریت و رهبری | زیر محور: مدیریت غذایی | استاندارد: الف-9-5

سنجه 3. در صورت برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان کارشناسان ناظر قرارداد، مطابق ضوابط وزارت بهداشت بر روند تهیه مواد اولیه غذایی، نگهداری، آماده سازی، طبخ، بسته بندی و انتقال و تحویل غذا به صورت روزانه و میدانی نظارت می نماید.

محور: مراقبت و درمان زیر محور: مراقبت‌های عمومی بالینی استاندارد: ب-1-2	سنجه 1. ساعت و تاریخ پذیرش در بخش با مهر و امضاء پرستار در فرم گزارش پرستاری ثبت می شود.
محور: مراقبت و درمان زیر محور: مراقبت‌های عمومی بالینی استاندارد: ب-1-4	سنجه 2. پزشک دستورات تشخیصی، درمانی و مراقبتی، تسکینی، آرامبخشی را براساس نتایج ارزیابی اولیه و تشخیص/تشخیص‌های احتمالی اولیه در برگه دستورات پزشکی ثبت می نماید.
محور: مراقبت و درمان زیر محور: مراقبت‌های عمومی بالینی استاندارد: ب-1-7	سنجه 1. پزشکان متخصص مقیم بیمارستان براساس برنامه تحول نظام سلامت به صورت شبانه روزی در بیمارستان حضور دارند و طبق وظایف محوله و براساس دستورالعمل ابلاغی فعالیت می نمایند. سنجه 3. پزشکان متخصص آنکال به صورت شبانه روزی در دسترس بوده و براساس وظایف محوله ارائه خدمت می نمایند.
محور: مراقبت و درمان زیر محور: مراقبت‌های عمومی بالینی استاندارد: ب-1-16	سنجه 3. توضیحات و آموزش‌های لازم توسط پرستار در طول بستری و مراحل تشخیص و درمان به بیمار/خانواده ارائه می شود.
محور: مراقبت و درمان زیر محور: مراقبت‌های عمومی بالینی استاندارد: ب-1-22	سنجه 3. ادامه مراقبت و درمان بیماران بستری در بیمارستان به تامین هزینه و قدرت پرداخت وی بستگی ندارد.
محور: مراقبت و درمان زیر محور: مراقبت‌های اورژانس استاندارد: ب-2-2	سنجه 1. پرستاران واحد تریاژ اورژانس در تمام ساعات شبانه روز، حضور فعال دارند و حداقل 5 سال سابقه خدمت در بخش‌های بالینی دارند که یک سال از آن در بخش اورژانس بوده، و دوره‌های آموزش تخصصی تریاژ را گذرانده اند. سنجه 2. در تمام شیفت‌های کاری بخش اورژانس، پرستارانی با حداقل 2 سال سابقه خدمت در بخش‌های بالینی و گذراندن دوره‌های آموزش تخصصی اورژانس شاغل هستند.
محور: مراقبت و درمان زیر محور: مراقبت‌های اورژانس استاندارد: ب-2-4	سنجه 3. بانک خون و آزمایشگاه اورژانس، با دسترسی ایمن و آسان فعال هستند. سنجه 4. تصویربرداری اورژانس با دسترسی ایمن و آسان فعال می باشد.
محور: مراقبت و درمان زیر محور: مراقبت‌های اورژانس استاندارد: ب-2-6	سنجه 2. آمبولانس یا خودروی حامل بیمار بدحال یا ناتوان، از مسیر باز و بدون مانع عبور نموده و با استفاده از علائم راهنما تا ورودی بخش اورژانس پیش می رود و در ورودی اورژانس بدون برخورد با ازدحام و شلوغی، بیمار را به اورژانس منتقل می نماید. سنجه 3. ورودی بخش اورژانس مسقف بوده و آمبولانس به طور کامل در زیر سقف قرار می گیرد و مسیر انتقال بیمار از اورژانس به واحدهای تصویربرداری و آزمایشگاه و سایر بخش‌ها مسقف است. سنجه 4. مسیرها و بخش‌های مختلف داخل و خارج بخش اورژانس به وسیله نشانه‌ها و راهنماهای مشخص، در تمام ساعات شبانه روز به راحتی قابل شناسایی هستند.
محور: مراقبت و درمان زیر محور: مراقبت‌های اورژانس استاندارد: ب-2-7	سنجه 1. بیمارستان در موارد اورژانس براساس قانون عمل نموده و بدون توجه به هزینه و پرداخت وجه از سوی بیمار یا همراه او، مراقبت‌های فوری سلامت را به بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس ارائه می نماید.
محور: مراقبت و درمان زیر محور: مراقبت‌های حاد استاندارد: ب-3-1	سنجه 3. مانیتور قلبی پرتابل و دفیبریلاتور، برای مواردی که نیاز به انتقال بیمار وجود دارد، جدا از ترالی اورژانس بوده و استفاده می شود. سنجه 1. در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان پزشکان متخصص طبق دستورالعمل ابلاغی به صورت شبانه روزی مقیم هستند و براساس وظایف محوله فعالیت می نمایند.
محور: مراقبت و درمان زیر محور: مراقبت‌های حاد استاندارد: ب-3-2	سنجه 2. در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و کودکان پزشکان متخصص طبق دستورالعمل ابلاغی به صورت شبانه روزی مقیم هستند و براساس وظایف محوله فعالیت می نمایند

<p>محور: مراقبت و درمان   زیر محور: مراقبت های بیهوشی و جراحی   استاندارد: ب-4-1</p>	<p>سنجه 2. اولویت بندی بیماران از نظر اورژانسی، پرخطر، عفونی بودن و آسیب پذیری در نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل صورت می گیرد.</p> <p>سنجه 4. پزشکان متخصص بیهوشی جهت ارائه خدمات به اتاق عمل طبق آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت به صورت شبانه روزی در بیمارستان مقیم هستند، براساس وظایف محوله صرفاً در اتاق عمل فعالیت می نمایند.</p>
<p>محور: مراقبت و درمان   زیر محور: مراقبت های بیهوشی و جراحی   استاندارد: ب-4-2</p>	<p>سنجه 1. دستورالعمل نحوه نظافت، شستشو و گندزدایی اختصاصی محیط های اتاق های عمل " با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.</p> <p>سنجه 2. قبل از القای بیهوشی به هر بیمار، تکنسین/کاردان/کارشناس؛ هوشبری/اتاق عمل موارد مندرج در استاندارد را بررسی و توسط متخصص بیهوشی مراتب بررسی مجدد و تأیید می شود.</p>
<p>محور: مراقبت و درمان   زیر محور: مراقبت های مادر و نوزاد   استاندارد: ب-5-2</p>	<p>سنجه 1. در هر اتاق LDR منحصراً به یک مادر مراقبت ارائه می شود.</p> <p>سنجه 2. امکان حضور همراه در اتاق LDR فراهم است و تسهیلات رفاهی لازم جهت اقامت همراه فراهم می باشد.</p>
<p>محور: مراقبت و درمان   زیر محور: مراقبت های مادر و نوزاد   استاندارد: ب-5-3</p>	<p>سنجه 7. پزشک متخصص زنان و زایمان طبق شیوه نامه ارتقای حضور متخصص زنان و زایمان بر اساس بخش نامه ابلاغی وزارت بهداشت در بیمارستان مقیم می باشد و بر اساس وظایف محوله فعالیت می نماید.</p>
<p>محور: مراقبت و درمان   زیر محور: مراقبت های مادر و نوزاد   استاندارد: ب-5-4</p>	<p>سنجه 1. آموزش به مادران در خصوص خودمراقبتی بر اساس دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت انجام می شود.</p>
<p>محور: مراقبت و درمان   زیر محور: مراقبت های مادر و نوزاد   استاندارد: ب-5-5</p>	<p>سنجه 1. شناسایی صحیح نوزاد در هنگام تولد، براساس الزامات ابلاغی وزارت بهداشت، انجام می شود.</p>
<p>محور: مراقبت و درمان   زیر محور: مراقبت های مادر و نوزاد   استاندارد: ب-5-6</p>	<p>سنجه 1. برای هریک از مادران باردار بستری در اتاق لیبر ، پارتوگراف براساس راهنمای ابلاغی تکمیل و در پرونده نگهداری می شود.</p> <p>سنجه 3. برگه های لیبر و 9 برگ ابلاغی وزارت بهداشت تکمیل می شود.</p>
<p>محور: مراقبت و درمان   زیر محور: مراقبت های مادر و نوزاد   استاندارد: ب-5-8</p>	<p>سنجه 1. اتاق آموزش، شیردهی و امکانات لازم، برای مادران در بخش زنان و زایمان و مادرانی که نوزاد و شیرخوار زیر دو سال بستری در بخش نوزادان، NICU و کودکان دارند، وجود دارد.</p> <p>سنجه 2. امکانات مورد نیاز مادران پس از زایمان وجود دارد.</p> <p>سنجه 3. امکان استفاده از شیردوش برقی، وسایل نگهداری و خورانش شیر نوشیده شده و وسایل استریل کردن ظروف مربوطه وجود دارد.</p>
<p>محور: مراقبت و درمان   زیر محور: مراقبت های مادر و نوزاد   استاندارد: ب-5-9</p>	<p>سنجه 1. روند شاخص سزارین، موید دستیابی بیمارستان به اهداف برنامه ترویج زایمان طبیعی است.</p> <p>سنجه 7. ترخیص مادران و شیرخواران به صورت همزمان انجام شده و کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن بر اجرای آن نظارت می نماید.</p> <p>سنجه 9. پایش دوره ای، با زمان بندی مشخص در خصوص برنامه شیر مادر انجام شده و همکاری لازم با مرکز بهداشت شهرستان و استان در انجام ارزیابی مجدد صورت می پذیرد و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و ابلاغ می گردد.</p>
<p>محور: مدیریت خدمات پرستاری   زیر محور: مهارت سنجی و بکارگیری کارکنان پرستاری   استاندارد: ج-1-1</p>	<p>سنجه 2. مدیریت پرستاری صلاحیت نیروهای پرستاری جدید ورود را بررسی و در صورت تأیید نسبت به بکارگیری و چینش آنان در بخش های بالینی اقدام می نماید.</p>
<p>سنجه 3. مدیریت پرستاری نسبت به چیدمان صحیح نیروی انسانی در بخش ها و شیفت های مختلف بر اساس نیاز بیماران و شرایط موجود اقدام می نماید.</p>	

سنجه 2 براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید ورود به بخش های ویژه (ICU) ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.	
سنجه 3. براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید ورود به بخش های ویژه (CCU) ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.	
سنجه 4. براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید ورود به بخش های ویژه (NICU) ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.	
سنجه 5. براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید ورود به بخش های اتاق عمل ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.	محور: مدیریت خدمات پرستاری  زیر محور: مهارت سنجی و بکارگیری کارکنان پرستاری  استاندارد: ج-1-3
سنجه 6. براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید ورود به بخش های اورژانس ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.	
سنجه 7 براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید ورود به بخش های PICU ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.	
سنجه 8. براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید ورود به بخش های BICU ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.	
سنجه 9. براساس برنامه ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید ورود به بخش های دیالیز ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار/کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد.	
سنجه6. مستندات مربوط به نحوه آمادگی نوبت دهی نحوه انجام/نتایج خدمات در واحدهای پاراکلینیک در اختیار سرپرستاران قرار گرفته است.	محور: مدیریت خدمات پرستاری  زیر محور: مدیریت مراقبت های پرستاری  استاندارد: ج-2-4
سنجه1. منشور حقوق بیمار در بیمارستان در مکان هایی که در معرض دید مراجعه کنندگان و گیرندگان خدمت می باشد، نصب شده است.	محور: رعایت حقوق گیرنده خدمت  زیر محور: اطلاع رسانی و ارتباطات  استاندارد: ج-1-1
سنجه4. کمیته اخلاق پزشکی بر رعایت صحیح منشور حقوق بیمار در بیمارستان نظارت نموده و در صورت لزوم با مشارکت تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می شود.	محور: رعایت حقوق گیرنده خدمت  زیر محور: اطلاع رسانی و ارتباطات  استاندارد: ج-1-3
سنجه3. بیمارستان استانداردهای ملی پوشش بیماران، کارکنان را رعایت می نماید.	
سنجه4. بیمارستان استانداردهای ملی پوشش فراگیران را مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت رعایت می نماید.	
سنجه1. روش اجرایی " حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن اطلاع داشته و به آن عمل می نمایند.	محور: رعایت حقوق گیرنده خدمت  زیر محور: تسهیلات و حمایت ها  استاندارد: ج-2-1
سنجه2. بیمارستان استفاده از هرگونه علائم یا نوشته ای که تشخیص بیماری و یا سایر اطلاعات درمانی را آشکار نماید، ممنوع کرده و تیم مدیریت اجرایی بر رعایت آن نظارت می نماید.	
سنجه2. ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش های ویژه بیمارستان و اتاق عمل، کت لب ممنوع می باشد و سرپرستار بخش بر اجرای صحیح آن نظارت می نماید.	محور: رعایت حقوق گیرنده خدمت  زیر محور: تسهیلات و حمایت ها  استاندارد: ج-2-2
سنجه2. کارکنان درمانی براساس اصول حرفه ایی، اخلاق پزشکی و پرستاری، ضمن تامین آسایش سایر بیماران اقدامات لازم را برای بیماران که مراحل پایانی زندگی را می گذرانند در حد امکانات و شرایط انجام می دهند.	محور: رعایت حقوق گیرنده خدمت  زیر محور: تسهیلات و حمایت ها  استاندارد: ج-2-6
سنجه 1. در فواصل زمانی معین و حداقل فصلی، رضایت بیماران و همراهان از بخش های مختلف بستری و سرپایی، از طریق پرسشنامه ای که روایی و پایایی آن تایید شده است، مورد سنجش قرار می گیرد.	محور: رعایت حقوق گیرنده خدمت  زیر محور: تسهیلات و حمایت ها  استاندارد: ج-2-9

<p>سنجه 1. فرآیند نحوه اعلام شکایات، انتقادات و پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرآیند تدوین و در محلی قابل رؤیت، حداقل در واحد پذیرش، بخش اورژانس، حسابداری و سالن های انتظار، در معرض دید گیرندگان خدمت نصب شده است. کارکنان نسبت به این فرآیند آگاهی داشته و مطابق آن عمل می نمایند.</p>	<p>محور: رعایت حقوق گیرنده خدمت   زیر محور: تسهیلات و حمایت ها   استاندارد: ح-2-10</p>
<p>سنجه 2. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت/مسئول معادل، گزارش تحلیل ریشه ای نارضایتی بیمار، خانواده و کارکنان را حداقل سه ماهه تهیه و پس از بررسی و تایید کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریت اجرایی گزارش می دهد.</p>	<p>محور: مدیریت دارو و تجهیزات   زیر محور: مدیریت دارویی   استاندارد: د-1-1</p>
<p>سنجه 3. کمیته دارو درمان با محوریت مدیریت دارویی، فهرست داروهای حیاتی را تدوین، و در فارماکوپه بیمارستان لحاظ نموده است و حداقل سالی یکبار این فهرست به روز رسانی می شود.</p>	<p>محور: مدیریت دارو و تجهیزات   زیر محور: مدیریت دارویی   استاندارد: د-1-3</p>
<p>سنجه 2. داروهای یخچالی در یخچال هایی که در فواصل زمانی مشخص دمای آن ها کنترل و ثبت می شود نگهداری می شوند.</p>	<p>محور: مدیریت دارو و تجهیزات   زیر محور: مدیریت دارویی   استاندارد: د-1-3</p>
<p>سنجه 3. داروهای مخدر در انبار داروخانه در یک قفسه قفل دار محفوظ هستند.</p>	<p>محور: مدیریت دارو و تجهیزات   زیر محور: مدیریت دارویی   استاندارد: د-1-3</p>
<p>سنجه 4. انبار داروخانه و فضای عمومی داروخانه دارای فضای فیزیکی مشخص و مجزا از سایر بخش ها/واحدها بوده و از دسترسی غیر مجاز محفوظ می باشد.</p>	<p>محور: مدیریت دارو و تجهیزات   زیر محور: مدیریت دارویی   استاندارد: د-1-2</p>
<p>سنجه 3. نسخه پیچی دارو تحت نظارت مسئول فنی و براساس دستور پزشک انجام می شود.</p>	<p>محور: مدیریت دارو و تجهیزات   زیر محور: مدیریت دارویی   استاندارد: د-1-2</p>
<p>سنجه 5. داروهای پر خطر و سیتوتوکسیک تحت نظارت داروساز و با شرایط ایمن آماده سازی می شوند.</p>	<p>محور: مدیریت دارو و تجهیزات   زیر محور: مدیریت دارویی   استاندارد: د-1-4</p>
<p>سنجه 2. توزیع دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی تحت نظارت مسئول فنی انجام می شود.</p>	<p>محور: مدیریت دارو و تجهیزات   زیر محور: مدیریت دارویی   استاندارد: د-1-5</p>
<p>سنجه 4. داروهای مخدر در بخش ها، در قفسه های قفل دار محفوظ و مصرف آن ها تحت کنترل می باشد.</p>	<p>محور: مدیریت دارو و تجهیزات   زیر محور: مدیریت دارویی   استاندارد: د-1-7</p>
<p>سنجه 1. انهدام داروها و تجهیزات پزشکی مصرفی تاریخ مصرف گذشته مطابق دستورالعمل ابلاغی با تدوین صورتجلسه برای هر مورد با حضور مسئول فنی داروخانه انجام می شود.</p>	<p>محور: مدیریت دارو و تجهیزات   زیر محور: مدیریت دارویی   استاندارد: د-1-7</p>
<p>سنجه 2. روش اجرایی مدون "فراخوان دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی (ریکال)" تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.</p>	<p>محور: مدیریت دارو و تجهیزات   زیر محور: مدیریت تجهیزات پزشکی   استاندارد: د-2-1</p>
<p>سنجه 1. فایل الکترونیکی یا فیزیک شناسنامه کامل تجهیزات پزشکی حداقل شامل نام دستگاه، محل استقرار، مارک، مدل، شرکت نمایندگی و کد شناسه در بخش تجهیزات پزشکی موجود است.</p>	<p>محور: مدیریت دارو و تجهیزات   زیر محور: مدیریت تجهیزات پزشکی   استاندارد: د-2-2</p>
<p>سنجه 5. انبارش تجهیزات پزشکی غیر مصرفی مطابق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت انجام می شود.</p>	<p>محور: مدیریت دارو و تجهیزات   زیر محور: مدیریت تجهیزات پزشکی   استاندارد: د-2-5</p>
<p>سنجه 6. اسقاط تجهیزات پزشکی مطابق با ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت انجام می شود.</p>	<p>محور: مدیریت اطلاعات   زیر محور: مدیریت اطلاعات سلامت   استاندارد: ز-1-3</p>
<p>سنجه 6. تجهیزات پزشکی معیوب با استفاده از سیستم فراخوان (ریکال) جمع آوری و از گردش کار خارج می شوند.</p>	<p>محور: مدیریت اطلاعات   زیر محور: مدیریت اطلاعات سلامت   استاندارد: ز-1-3</p>
<p>سنجه 1. برنامه مکتوب نحوه انجام تعمیرات تجهیزات پزشکی از طریق شرکت های نمایندگی و یا مجاز (ثالث) صورت می پذیرد.</p>	<p>محور: مدیریت اطلاعات   زیر محور: مدیریت اطلاعات سلامت   استاندارد: ز-1-3</p>
<p>سنجه . هرگونه ایجاد فرم جدید با رعایت حداقل های مورد انتظار و براساس "فرآیند و فلوچارت طراحی و اصلاح فرم های پرونده پزشکی" ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد، و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.</p>	<p>محور: مدیریت اطلاعات   زیر محور: مدیریت اطلاعات سلامت   استاندارد: ز-1-3</p>

<p>محور: مدیریت اطلاعات   زیر محور: مدیریت اطلاعات سلامت   استاندارد: ز-1-6</p>	<p>سنجه 1. بایگانی پرونده های بستری، اورژانس و سرپایی متناسب با شرایط واحد مدیریت اطلاعات سلامت (فضای بایگانی، تعدادپذیرش و ترخیص و درخواست پرونده پزشکی) وجود دارد.</p> <p>سنجه 2. شرایط محل نگهداری پرونده های پزشکی منطبق با دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت می باشد.</p> <p>سنجه 3. واحد مدیریت اطلاعات سلامت پرونده های پزشکی بیماران (سرپایی، بستری، اورژانس) را حداقل براساس مدت زمان های ذکر شده در قسمت بایگانی جاری و راکد نگهداری می کند.</p> <p>سنجه 6. واحد مدیریت اطلاعات درخصوص پرونده های مفقود/آسیب دیده، برابر مقررات پیگیری لازم را به عمل آورده و نتایج بدست آمده به اطلاع تیم مدیریت اجرایی رسانده می شود.</p>
<p>محور: مدیریت اطلاعات   زیر محور: مدیریت اطلاعات سلامت   استاندارد: ز-1-7</p>	<p>سنجه 1. در پرونده های بستری، اورژانس و سرپایی، مشخصات بیماران، برگه رضایت بیمار، شرح حال، شرح اقدامات پزشکی و پرستاری، آزمایش ها و تصویربرداری، ثبت نتیجه نهایی و خلاصه پرونده تکمیل شده است و یک شماره ی پرونده اختصاصی دارد و از نظر دسترسی و سایر مقررات مربوط با پرونده های بستری انطباق دارند.</p> <p>سنجه 2. اسامی و مشخصات بیماران از دو روش شماره پرونده پزشکی و نام و نام خانوادگی در فهرست اسامی اصلی که شامل بیماران جدید و قدیم است موجود بوده و به سرعت قابل بازیابی است.</p> <p>سنجه 3. اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، و مشخصات بیمار در سربرگ سایر فرم های پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل شده است.</p>
<p>محور: مدیریت اطلاعات   زیر محور: مدیریت اطلاعات سلامت   استاندارد: ز-1-8</p>	<p>سنجه 1. ثبت داده های مربوط به اطلاعات شناسنامه ای و بخش های بیمارستانی و فعالیت بخش ها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با رعایت حداقل های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می شود.</p> <p>سنجه 2. داده های ثبت شده مربوط به اطلاعات شناسنامه ای و بخش های بیمارستانی و فعالیت بخش ها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با وضعیت موجود بیمارستان مطابقت دارد.</p> <p>سنجه 3. کنترل ثبت و بروزرسانی داده های مربوط به پرسنل و پزشکان، تجهیزات پزشکی و تجهیزات سرمایه ای در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی براساس حداقل های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می شود.</p>
<p>محور: مدیریت اطلاعات   زیر محور: مدیریت اطلاعات سلامت   استاندارد: ز-1-12</p> <p>محور: مدیریت اطلاعات   زیر محور: فناوری اطلاعات   استاندارد: ز-2-1</p>	<p>سنجه. بیمارستان برای هجده برگ ابلاغی پرونده ها از سیستم کدگذاری رنگی استفاده می نماید.</p> <p>سنجه 5. حداقل یک دستگاه رایانه متصل به سیستم اطلاعات بیمارستانی برای ثبت داده ها در بخش های بالینی و غیربالینی وجود دارد و دارای برنامه پیشگیرانه نگهداشت و سرویس دوره ای می باشد.</p> <p>سنجه 1. اطلاعات هویتی و شماره ملی بیماران بستری، در پرونده الکترونیکی بیمار تا زمان ترخیص ثبت می شود.</p>
<p>محور: مدیریت اطلاعات   زیر محور: فناوری اطلاعات   استاندارد: ز-2-3</p> <p>محور: مدیریت اطلاعات   زیر محور: فناوری اطلاعات   استاندارد: ز-2-4</p> <p>محور: خدمات پاراکلینیک   زیر محور: مدیریت آزمایشگاه   استاندارد: و-1-2</p>	<p>سنجه 2. بیمارستان اطلاعات مربوط به زایمان ها اعم از طبیعی، سزارین را در سامانه " ثبت اطلاعات سلامت مادر و نوزاد" ثبت می نماید.</p> <p>سنجه 1. سیستم اطلاعات بیمارستانی دارای گواهینامه معتبر "مطابقت با استانداردهای سپاس" از وزارت بهداشت است.</p> <p>سنجه 4. محتوای کیفی پرونده های الکترونیکی سلامت مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت است و کارنامه منظم دوره ای از وضعیت کیفی محتوای پرونده بیماران تهیه می شود.</p> <p>سنجه 1. فهرست آزمایش های فعال و ارجاعی به آزمایشگاه های طرف قرارداد مشخص شده و براساس آن اقدام می شود.</p> <p>سنجه 4. قرارداد مشخصی که ارتباط و مسئولیت دو آزمایشگاه را مشخص نماید مطابق با دستورالعمل ارجاع نمونه های بالینی منعقد و مفاد آن رعایت می شود.</p>



سنجه 1. دامنه یا مقادير بحراني آزمایش ها براساس اجماع نظر متخصصين رشته های تخصصی بیمارستان شناسایی و در معرض دید کارکنان نصب شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند	محور: خدمات پاراکلینیک   زیر محور: مدیریت آزمایشگاه   استاندارد: و-1-6
سنجه 1. فهرست آزمایش های روتین و جدول زمان بندی پاسخ آن ها تعیین، و اطلاع رسانی شده و براساس آن عمل می شود.	محور: خدمات پاراکلینیک   زیر محور: مدیریت آزمایشگاه   استاندارد: و-1-7
سنجه 2. فهرست آزمایش های اورژانس و جدول زمان بندی پاسخ توسط آزمایشگاه باهمکاری گروه های بالینی تعیین، اطلاع رسانی و رعایت می شود.	
سنجه 1. مسئول پذیرش ساعت، تاریخ، علت مراجعه، شکایت فعلی بیمار، نوع تصویر برداری، سوابق حساسیت دارویی (در موارد مداخله ای) نام پزشک درخواست کننده، و شماره تماس بیمار را در دفتر پذیرش یا فایل الکترونیک این بخش ثبت و اطلاعات مورد استفاده قرار می گیرد. سنجه 3. توضیحات و آموزش های لازم در زمان انجام تصویربرداری به بیمار برحسب مورد توسط پزشک متخصص ادیولوژی/کارکنان فنی بخش ارائه می شود.	محور: خدمات پاراکلینیک   زیر محور: مدیریت تصویربرداری   استاندارد: و-1-2
سنجه 1. بخش تصویربرداری دارای فضای مستقل فیزیکی و دارای هشدارهای ایمنی لازم می باشد. سنجه 2. بخش تصویر برداری فضا و امکانات لازم برای آماده سازی و ریکواری بیمارانی که نیازمند بیهوشی و آرام بخشی، مراقبت بعد از انجام تصویر برداری های مداخله ای و یا آمادگی های لازم قبل از انجام تصویر برداری های مداخله ای بوده اند را ایجاد نموده است. سنجه 3. چراغ های هشداردهنده در بالای درب ورودی اتاق های تصویر برداری وجود دارد و هماهنگ با تابش دستگاه ها عمل می نمایند	محور: خدمات پاراکلینیک   زیر محور: مدیریت تصویربرداری   استاندارد: و-2-2
سنجه 1. بیهوشی و آرام بخشی بیماران، در واحد تصویر برداری توسط پزشک متخصص بیهوشی با رعایت الزامات مراقبت های بیهوشی انجام می شود.	محور: خدمات پاراکلینیک   زیر محور: مدیریت تصویربرداری   استاندارد: و-3-2
سنجه 4. اطلاعات دموگرافیک بیمار و مشخصات مرکز بر روی تمام تصاویر خروجی از بخش تصویر برداری وجود دارد.	محور: خدمات پاراکلینیک   زیر محور: مدیریت تصویربرداری   استاندارد: و-2-4
سنجه. امکان دسترسی آسان به بخش فیزیوتراپی برای افراد معلول فراهم شده است.	محور: خدمات پاراکلینیک   زیر محور: مدیریت فیزیوتراپی   استاندارد: و-3-4
سنجه 1 دستورالعمل انجام آزمایش های سازگاری از جمله Antibody screening و Cross match خون و فرآورده های خونی تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.	محور: خدمات پاراکلینیک   زیر محور: طب انتقال خون   استاندارد: و-1-4
سنجه 1. حمل و نقل خون و فرآورده های خونی از مرکز پخش سازمان انتقال خون به بیمارستان و داخل بیمارستان با رعایت زنجیره سرد و ایمن انجام می شود.	محور: خدمات پاراکلینیک   زیر محور: طب انتقال خون   استاندارد: و-4-2
سنجه 1. اولویت مصرف خون و محصولات خونی با مواردی است که تاریخ انقضای آن نزدیک تر است بجز مواردی که به دستور پزشک و در موارد خاص خون تازه درخواست می شود. سنجه 2. براساس روش اجرایی مشخص، نگهداری خون و محصولات خونی به نحوی است که پیش از انقضای تاریخ به مصرف برسد.	محور: خدمات پاراکلینیک   زیر محور: طب انتقال خون   استاندارد: و-4-3
سنجه 3. پلاکت ها در دمای 20-24 C° با تکان آرام و با استفاده از روتاتور ذخیره می شوند.	محور: خدمات پاراکلینیک   زیر محور: طب انتقال خون   استاندارد: و-4-4
سنجه 2. بیمارستان از فرم های استاندارد به منظور درخواست خون و فرآورده های خونی استفاده می نماید و تمامی مندرجات آن تکمیل می شود.	محور: خدمات پاراکلینیک   زیر محور: طب انتقال خون   استاندارد: و-4-6
سنجه 3. بیمارستان از فرم های استاندارد نظارت بر تزریق خون و فرآورده های خونی استفاده می نماید و تمامی مندرجات آن تکمیل می شود	

سنجه 5. فرم درخواست خون و فرآورده های خونی در موارد اورژانس به طور کامل تکمیل می شود.	محور: خدمات پاراکلینیک  زیر محور: طب انتقال خون  استاندارد: و-4-7
سنجه 2. فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی تزریق خون برای تمامی عوارض ناخواسته به طور کامل تکمیل می شود و حداکثر ظرف 2 روز به دفتر هموویژن لانس سازمان انتقال خون ارسال می شود.	محور: خدمات پاراکلینیک  زیر محور: طب انتقال خون  استاندارد: و-4-9
سنجه 1. روش اجرایی "نحوه شناسایی بیمار، نحوه نمونه گیری، نحوه آماده سازی بیمار قبل از تزریق خون" تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.	محور: پیشگیری و بهداشت  زیر محور: مدیریت بهداشت محیط  استاندارد: ه-1-1
سنجه 1. کلر سنجی به صورت روزانه و متناوب با استفاده از کیت های کلر سنجی مورد تایید وزارت بهداشت انجام می گیرد. سنجه 2. آزمایشات میکروبی و شیمیایی آب مطابق دستورالعمل انجام شده و سوابق آن موجود است. سنجه 3. آب مورد نیاز بیمارستان حداقل برای 24 ساعت در مخزن اختصاصی ذخیره شده و در گردش می باشد و ماهیانه از نظر آلودگی میکروبی و روزانه از نظر کلر باقی مانده بررسی می شود و سوابق آن موجود است. سنجه 4. کنترل کیفی آب مصرفی دستگاه های دیالیز طبق دستورالعمل وزارت بهداشت انجام می شود.	محور: پیشگیری و بهداشت  زیر محور: مدیریت بهداشت محیط  استاندارد: ه-2-1
سنجه 1. تصویرگواهینامه "دوره ویژه بهداشت عمومی" برای کارکنان تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی، استریلیزاسیون مرکزی، مدیریت پسماند و رختشویخانه بر اساس دستورالعمل ها و قوانین معتبر از نظر زمان و مرجع صادر کننده در واحدهای مذکور وجود دارد. سنجه 2. تصویر کارت بهداشتی معتبر از نظر زمان و مرجع صادر کننده برای تمامی کارکنانی که در تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی در بیمارستان مشارکت دارند، در محل قابل رویت محل خدمت کارکنان مذکور نصب شده است.	محور: پیشگیری و بهداشت  زیر محور: مدیریت بهداشت محیط  استاندارد: ه-4-1
سنجه 1. انبار/ سردخانه اختصاصی برای نگهداری مواد غذایی مطابق آیین نامه مربوط موجود است. سنجه 4. مکانیسم های ایمن و تمام خودکار برای ورود و خروج به یخچال ها، فریزرها و سردخانه ها وجود دارد، درب یخچال از داخل قفل نمی شود و داخل یخچال کلیدی جهت توقف سرد کننده وجود دارد.	محور: پیشگیری و بهداشت  زیر محور: مدیریت بهداشت محیط  استاندارد: ه-5-1
سنجه 2. ابزار، لوازم و ظروف مورد استفاده در مراحل آماده سازی، طبخ و توزیع دارای شرایط بهداشتی مطابق آیین نامه است. سنجه 3. مواد مصرفی که در تهیه غذا به کار می رود مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت آماده می شود.	محور: پیشگیری و بهداشت  زیر محور: مدیریت بهداشت محیط  استاندارد: ه-7-1
سنجه 5. مواد غذایی فاسد شدنی، در یخچال و یا سردخانه نگهداری می شوند و غذای پخته و خام، شسته و نشسته جدا از هم نگهداری می شوند.	محور: پیشگیری و بهداشت  زیر محور: مدیریت بهداشت محیط  استاندارد: ه-8-1
سنجه 2. انبار، محل آماده سازی، محل پخت، محل توزیع و ظرفشویی چیدمان مناسب دارد و مسیر یک طرفه تمیز به کثیف رعایت می شود. سنجه 2. بیمارستان جهت جلوگیری از انتقال عفونت از طریق ظروف غذا براساس بخش نامه ابلاغی وزارت بهداشت از ظروف يك بار مصرف مورد تأیید، برای بیماران اتاق های ایزوله و واحدهای عفونی و بیماران بخش اورژانس استفاده می نماید.	محور: پیشگیری و بهداشت  زیر محور: مدیریت بهداشت محیط  استاندارد: ه-10-1
سنجه 1. وضعیت بهداشت محیط بیمارستان مطابق بخش نامه ابلاغی وزارت بهداشت توسط کارکنان واحد بهداشت محیط در فواصل زمانی برحسب نوع فعالیت در بخش ها و واحدهای مختلف بیمارستان با استفاده از چک لیست های مرتبط ارزیابی می شود. سنجه 3. روش اجرایی "پیشگیری و کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان" تدوین شده و همه کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.	محور: پیشگیری و بهداشت  زیر محور: مدیریت بهداشت محیط  استاندارد: ه-11-1
سنجه 5. اصول کنترل دخانیات در بیمارستان رعایت می شود. سنجه 1. کف، دیوار و سقف همه قسمت های بیمارستان مطابق ضوابط بهداشتی می باشد. سنجه 2. پنجره های تمامی قسمت های بیمارستان مطابق ضوابط بهداشتی می باشد.	

محور: پیشگیری و بهداشت | زیر محور: مدیریت بهداشت محیط | استاندارد: ه-1-12

سنجه 1. مسیرهای ورود و خروج، تجهیزات و لوازم اتاق عمل با هم تداخل ندارند.

سنجه 2. امکانات لازم برای انتقال تجهیزات و لوازم اتاق عمل به صورت جداگانه برای وسایل استریل و غیر استریل وجود دارد.

سنجه 3. تهویه و هوای اتاق های عمل دارای شرایط بهداشتی است و به فیلتر های اولیه و نهایی هپا مجهز می باشد.

سنجه 4. مسیرهای کثیف و تمیز حداقل در بخش اتاق عمل و استریلیزاسیون مرکزی، رعایت می شوند.

سنجه 5. جانمایی اتاق استریلیزاسیون مرکزی و ارتباط مناسب آن با اتاق های عمل و بخش های ویژه رعایت شده است.

سنجه 1. کتابچه/مجموعه الکترونیکی راهنمای گندزدایی شامل روش های فیزیکی و شیمیایی و نحوه استفاده از مواد گندزدا مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت تدوین و به روز رسانی شده و کارکنان مرتبط از محتویات آن مطلع هستند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه 2. دستورالعمل "نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش ها/واحدها" با حداقل های مورد انتظار، تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

محور: پیشگیری و بهداشت | زیر محور: مدیریت بهداشت محیط | استاندارد: ه-1-13

سنجه 3. دستورالعمل "نظافت و گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس" تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه 4. برچسب گذاری محلول های گندزدایی انجام می گیرد.

سنجه 5. در بخش ها محل مشخصی برای تی شویی، نگهداری و شستشوی وسایل نظافت مستقل از اتاق کثیف وجود دارد.

سنجه 6. نظافت و گندزدایی سطوح و تجهیزات سردخانه متوفیان براساس دستورالعمل ابلاغی انجام می شود.

سنجه 7. شرایط بهداشتی و نظافت سرویس های بهداشتی عمومی رعایت می شود.

سنجه 8. شرایط بهداشتی و نظافت اتاق بیمار و لوازم مصرفی آن رعایت می شود.

سنجه 9. شرایط بهداشتی و نظافت بخش ها /واحدها و فضاهای عمومی بیمارستان رعایت می شود.

محور: پیشگیری و بهداشت | زیر محور: مدیریت بهداشت محیط | استاندارد: ه-1-14

سنجه 1. بیمارستان مطابق تفاهم نامه وزارت نیرو و وزارت بهداشت و راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی عمل می نماید.

سنجه 2. پساب خروجی تصفیه خانه بیمارستان با استانداردهای اعلام شده از سوی سازمان حفاظت محیط زیست مطابقت دارد.

سنجه 1. برنامه کنترل حشرات و جانوران موزی با استفاده از روش های تلفیقی با تاکید بر آشپزخانه، رختشویخانه و واحد استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل، انبارها، محل انجام فعالیت های ساختمانی بکار گرفته می شود.

سنجه 2. خط مشی و روش کسب اطمینان از اثر بخشی اقدامات بهداشت و حفاظت پرتوها با در نظر گرفتن حداقل های مورد انتظار و مشارکت صاحبان فرایند تدوین شده، کارکنان مرتبط از آن اطلاع داشته و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه 1. برنامه عملیاتی مدیریت پسماند های پزشکی ویژه تدوین و اجرا می شود.

سنجه 2. کمیته بهداشت محیط درخصوص کاهش میزان تولید و مدیریت پسماندها، سیاست گذاری و برنامه ریزی نموده در صورت لزوم اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می شود.

محور: پیشگیری و بهداشت | زیر محور: مدیریت پسماند | استاندارد: ه-2-1

سنجه 3. دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای "ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" رعایت می شود.

سنجه 1. دستورالعمل "تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی"، تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

سنجه 2. دستورالعمل "تفکیک در مبدا پسماندهای نیز و برنده"، تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند

سنجه 3. دستورالعمل "تفکیک در مبدا پسماندهای شیمیایی و دارویی" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند

محور: پیشگیری و بهداشت | زیر محور: مدیریت

سنجه 4. دستورالعمل "تفكيك پسماند در مبدا پسماند عادي تدوين شده و كاركنان مرتبط از آن آگاهي داشته و براساس آن عمل مي نمايند.

سنجه 5. دستورالعمل "تفكيك در مبدا پسماند راديواكتيو و پرتوزا" تدوين شده و كاركنان مرتبط از آن آگاهي داشته و براساس آن عمل مي نمايند

سنجه 6. كذبدي رنگي و برچسب گذاري پسماندهاي تفكيك شده رعايت مي شود.

سنجه 1. دستورالعمل "جمع آوري و نگهداري موقت انواع پسماندها درون بخش ها" با حداقل هاي مورد انتظار تدوين شده و كاركنان مرتبط از آن آگاهي داشته و براساس آن عمل مي نمايند.

سنجه 2. هر بخش داراي ظروف مستحکم و ايمن مناسب جهت دفع پسماندهاي تيز و برنده مي باشد.

سنجه 3. در اتاق بيماران، راهروها و سالن هاي عمومي ظروف مستحکم و ايمن براي پسماندهاي تيز و برنده و ظروف جمع آوري پسماندهاي عفوني كيسه و سطل زرد رنگ وجود ندارد و در موارد لزوم به همراه ترالي به بالين بيمار آورده مي شود.

سنجه 4. "جمع آوري و حمل و نقل بهداشتي از بخش تا جايگاه موقت نگهداري پسماند در بيمارستان"، طبق ضوابط و روش هاي مديريت اجرايي پسماند هاي پزشكي و پسماندهاي وابسته صورت مي پذيرد.

سنجه 1. محل نگهداري موقت پسماندها در بيمارستان فعال است.

سنجه 3. زمان نگهداري پسماندها در اتاقك، مطابق ماده 45 \*رعايت مي شود.

محور: پيشگيري و بهداشت | زير محور: مديريت پسماند | استاندارد: ه-2-3

محور: پيشگيري و بهداشت | زير محور: مديريت پسماند | استاندارد: ه-2-4

سنجه 1. دستورالعمل "بي خطر سازي پسماندهاي عفوني و تيز و برنده" تدوين و كاركنان مرتبط از آن آگاهي داشته و براساس آن عمل مي نمايند.

سنجه 2. بيمارستان داراي دستگاه بي خطر ساز فعال و براساس دستورالعمل ابلاغي وزارت بهداشت است و اظهار نامه بي خطر سازي پسماندهاي عفوني و تيز و برنده تکميل مي شود.

سنجه 4. دستورالعمل "دفع بهداشتي پسماندهاي شيميايي و دارويي" منطبق بر ضوابط و روش هاي مديريت اجرايي پسماندهاي پزشكي و پسماندهاي وابسته تدوين شده و كاركنان مرتبط از آن آگاهي داشته و براساس آن عمل مي نمايند.

سنجه 6. در رابطه با اعضا و اندام قطع شده بدن و جنين مرده مطابق بخش نامه ابلاغي وزارت بهداشت اقدام مي شود.

محور: پيشگيري و بهداشت | زير محور: مديريت پسماند | استاندارد: ه-2-5

سنجه 7 دستورالعمل "نظارت بر عملکرد دستگاه هاي بي خطر ساز پسماند" تدوين و كاركنان مرتبط از آن آگاهي داشته و براساس آن عمل مي نمايند.

سنجه 8. ممنوعيت بازيافت پسماند پزشكي مطابق ماده 13 قانون مديريت پسماند در بيمارستان رعايت مي شود.

سنجه 2. تمامي تسهيلات و ظروف نگهدارنده پسماند مطابق ماده 30 در بيمارستان رفع آلودگي و گندزدايي مي شود.

سنجه 3. دستورالعمل "کنترل ظروف نگهداري و انتقال پسماندها" تدوين و كاركنان مربوطه از آن آگاهي داشته و براساس آن عمل مي نمايند.

محور: پيشگيري و بهداشت | زير محور: مديريت پسماند | استاندارد: ه-2-6

محور: پيشگيري و بهداشت | زير محور: مديريت پسماند | استاندارد: ه-2-8

سنجه 1. ارزيابي عملکرد و پايش دستگاه بي خطر سازي پسماندها انجام مي شود.

<p>سنجه 1. چرخه زمان، دما و فشار دستگاه های استریل کننده توسط کاربران استریلیزاسیون مرکزی به صورت دوره ای ارزیابی و کنترل می شود.</p> <p>سنجه 5. آزمون اسپور در هر بار جای گذاری اسباب و تجهیزات حاوی ایمپلنت در دستگاه های استریل کننده، انجام می شود.</p>	<p>محور: پیشگیری و بهداشت   زیر محور: مدیریت استریلیزاسیون   استاندارد: ه-3-1</p>
<p>سنجه 8. ثبت شماره کد مخصوص هر استریل کننده، نتایج انجام آزمون های روزانه، نتایج آزمون های اسپور، نمودار یا پرینت دستگاه که مدت زمان مواجهه و درجه حرارت را مشخص نموده باشد، نام مسئول هر مرحله بارگذاری، هر نوع اقدام و خدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه و آزمون های کالیبراسیون برای هر دستگاه استریل کننده، موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری می شود.</p>	
<p>سنجه 1. هرگونه جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه های دربسته، تریالی های کم‌دردار، کانتینرهای درب دار انجام می شود.</p> <p>سنجه 3. دستورالعمل " نحوه بازخوانی ابزار و وسایل استریل از بخش ها " تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می شود.</p>	<p>محور: پیشگیری و بهداشت   زیر محور: مدیریت استریلیزاسیون   استاندارد: ه-3-4</p>
<p>سنجه 2. به منظور تفکیک کامل فضاهای فیزیکی قسمت های کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی انجام و نشانه گذاری شده است، به نحوی که وسایل مورد استفاده در هر یک از سه فضای کثیف، تمیز و استریل، منحصرأ در همان قسمت استفاده می شوند.</p>	<p>محور: پیشگیری و بهداشت   زیر محور: مدیریت استریلیزاسیون   استاندارد: ه-3-5</p>
<p>سنجه 3. در واحد استریلیزاسیون مرکزی مسیر عبور یکطرفه از محیط کثیف به تمیز و استریل، نشانه گذاری شده و جداسازی آنها رعایت می شود.</p> <p>سنجه 4. فضایی که اتوکلاو / استریل کننده در آن قرار دارد، از محلی که سایر فعالیت های بخش در آن انجام می شود مستقل می باشد</p> <p>سنجه 2. روش اجرایی "جمع آوری، تفکیک و جابجایی لباس ها و ملحفه های آغشته به مواد آلوده خطرناک یا مایعات بدن" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.</p>	<p>محور: پیشگیری و بهداشت   زیر محور: مدیریت خدمات رختشویخانه   استاندارد: ه-4-1</p>
<p>سنجه 3. دستورالعمل "رعایت موازین کنترل عفونت در هنگام کار با لباس ها و ملحفه های آلوده" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.</p> <p>سنجه 4. دستورالعمل " احتیاط در خصوص اجسام تیز و برنده جا مانده در لباس ها و ملحفه های کثیف" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.</p>	<p>محور: پیشگیری و بهداشت   زیر محور: مدیریت خدمات رختشویخانه   استاندارد: ه-4-1</p>
<p>سنجه 1. تریالی حمل لباس ها، ملحفه و اقلام پارچه ای تمیز و کثیف کاملاً از یکدیگر مجزا و قابل تشخیص هستند.</p> <p>سنجه 3. البسه عفونی و غیر عفونی و آغشته به مواد دفعی در بخش ها به طور جداگانه جمع آوری و با اصول بهداشتی به رختشویخانه حمل می شود.</p>	<p>محور: پیشگیری و بهداشت   زیر محور: مدیریت خدمات رختشویخانه   استاندارد: ه-4-2</p>
<p>سنجه 1. نظارت بر کاربرد صحیح مواد شوینده و گندزدا در رختشویخانه انجام می شود.</p> <p>سنجه 2. درجه شستشوی ماشین های رختشویی برای تمامی البسه و ملحفه ها و سایر پارچه ها متناسب با جنس، نوع آنها و دستورالعمل کارخانه رعایت می شود. و کنترل و اندازه گیری درجه حرارت آب، زمان شستشو ماشین های رختشویی انجام می شود.</p>	<p>محور: پیشگیری و بهداشت   زیر محور: مدیریت خدمات رختشویخانه   استاندارد: ه-4-3</p>
<p>سنجه 1. جهت اطمینان از رعایت ضوابط و مقررات وزارت بهداشت و شرایط مندرج در فصل هشتم آیین نامه تاسیس بیمارستان، قسمت رختشویخانه "چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان در فواصل زمانی تعیین شده از سوی بیمارستان تکمیل می شود.</p> <p>سنجه 2. گزارش تحلیل چک لیست های مذکور در کمیته بهداشت محیط بیمارستان مطرح شده و به همراه پیشنهادات اصلاحی به تیم مدیریت ارشد بیمارستان ارائه می شود و پیشنهادات تایید شده مراجع ذیصلاح بیمارستان (واحد بهداشت محیط، کمیته مربوطه و تیم مدیریت ارشد بیمارستان) توسط مسئول بهداشت محیط بیمارستان پیگیری شده و به نتیجه رسیده است.</p>	<p>محور: پیشگیری و بهداشت   زیر محور: مدیریت خدمات رختشویخانه   استاندارد: ه-4-4</p>
<p>سنجه 4. کف سالن رختشویخانه سالم، بادوام، قابل شستشو، غیر قابل نفوذ به آب و بدون ترك خوردگی است.</p>	

سنجه 5. دیوارهای رختشویخانه سالم، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، تمیز، روشن، قابل شستشو و ضد عفونی، بدون خلل و فرج، تا ارتفاع حداقل 8/1 متر از کف از جنس مقاوم و صیقلی است.	
سنجه 6. سقف رختشویخانه سالم، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، تمیز و به رنگ روشن می باشد.	
سنجه 3. انبار با شرایط بهداشتی برای نگهداری و ذخیره مواد شوینده، پاک کننده و گندزدا موجود است.	محور: پیشگیری و بهداشت   زیر محور: مدیریت خدمات رختشویخانه   استاندارد: ه-4-5
سنجه 3. حداقل دو دستگاه ماشین لباس شویی تمام اتوماتیک براساس برآوردهای ظرفیت مورد نیاز بیمارستان موجود و فعال است.	
سنجه 4. دستگاه اطوی برقی دارای سوئیچ خودکار قطع جریان برق است.	محور: پیشگیری و بهداشت   زیر محور: مدیریت خدمات رختشویخانه   استاندارد: ه-4-6
سنجه 5. جهت شستشو منحصرآ از ماشین های رختشویی صنعتی استفاده می شود که ظرفیت آن متناسب با برآورد حجم کار و تعداد تخت بیمارستانی محاسبه شده از سوی بیمارستان است.	
سنجه 2. محل نگهداری و ذخیره لنژ تمیز و کثیف تداخل نداشته و دارای شرایط بهداشتی است.	محور: پیشگیری و بهداشت   زیر محور: مدیریت خدمات رختشویخانه   استاندارد: ه-4-7
سنجه 2. مسیرهای کثیف و تمیز تفکیک شده و افراد متفرقه حق ورود به داخل رختشویخانه را ندارند.	محور: پیشگیری و بهداشت   زیر محور: مدیریت خدمات رختشویخانه   استاندارد: ه-4-9
سنجه 8. در موارد الزام برای انجام کشت براساس دستورالعمل ابلاغی اقدام می شود.	محور: پیشگیری و بهداشت   زیر محور: پیشگیری و کنترل عفونت   استاندارد: ه-4-6
سنجه 2. اطلاعات لازم از طریق نرم افزار گزارش دهی عفونت های بیمارستانی در ایران به صورت ماهیانه گزارش دهی می شود.	
سنجه 6. کمیته کنترل عفونت، گزارش بیماری های واگیر را مطابق مقررات الزامی شده را شناسایی و توسط تیم کنترل عفونت به مراجع ذیربط گزارش دهی می نماید.	محور: پیشگیری و بهداشت   زیر محور: پیشگیری و کنترل عفونت   استاندارد: ه-4-5-6