



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان
معاونت درمان
مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی
اداره تعالی خدمات بالینی

کد سند : Ta.Mui.Ps.Cla1

تاریخ تدوین : 96/11/30

تاریخ بازنگری : 96/6/30

چک لیست استانداردهای الزامی بیمارستان دوستدار ایمنی

نام بیمارستان :	وابستگی بیمارستان :
مسئول ایمنی :	کارشناس هماهنگ کننده مرکز :
ارزیابان :	

مشخصات بیمارستان					
میزان	شاخص	ردیف	میزان	شاخص	ردیف
	متوسط بستری روزانه	4		تخت مصوب	1
	متوسط پذیرش سالیانه اورژانس در سطح 1 - 3	5		تخت فعال	2
	مراجعه‌ین سطح 4 - 5	6		ضریب اشغال تخت	3

5 جراحی شایع در سال 13 :

5 بیماری شایع به ترتیب الویت :

خدمات واگذار شده :



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان
 معاونت درمان
 مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی
 اداره تعالی خدمات بالینی

کد سند : Ta.Mui.Ps.Cla1

تاریخ تدوین : 96/11/30

تاریخ بازنگری : 96/6/30

گروه A : حاکمیت و رهبری (7 استاندارد)

A111 : ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفصیلی در حال اجرا است .

توضیحات	امتیاز			عنوان	ردیف
	NA	1	0		
				سند استراتژیک بیمارستان بر اساس یکی از روش ها و الگو های شناخته شده علمی تدوین شده است	1
				در تدوین سند استراتژیک ، کارکنان و سایر ذینفعان مشارکت داشته اند	2
				اهداف کلی سند استراتژیک با سیاست های اصلی بیمارستان هماهنگی دارد	3
				بر اساس شرایط واقعی و بومی بیمارستان وضعیت موجود تحلیل می شود (بررسی SWOT)	4
				سند استراتژیک بیمارستان طی نامه رسمی جهت اصلاح و تصویب به تیم مدیریت اجرایی / تیم حاکمیتی ارسال می گردد	5
				ویرایش و بازنگری سند استراتژیک در بازه زمانی مشخص و حداقل سالیانه انجام می گردد	6
				ایمنی بیمار جزء اهداف کلی در سند استراتژیک است	7
				برنامه عملیاتی در راستای ارتقاء ایمنی بیمار تدوین شده است	8
				بودجه برنامه عملیاتی ایمنی مشخص شده است	9
				پایش مستمر برنامه عملیاتی ایمنی بیمار و انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم انجام شده است	10
				کارکنان بیمارستان در بخش ها / واحدها به فایل الکترونیک سند استراتژیک دسترسی و از اهداف کلی سند استراتژیک آگاهی دارند.	11
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	12

A112 : یکی از کارکنان بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است .

توضیحات	امتیاز			عنوان	ردیف
	NA	1	0		
				ریاست بیمارستان از بین مسئولان فنی یک نفر را به عنوان مسئول ایمنی بیمارستان تعیین می نماید. ، حضور وی در شیفت صبح الزامی است	1
				در ابلاغ صادره مسئول ایمنی بیمار شرح وظایف درج شده است	2
				رونوشت ابلاغ مسئول ایمنی بیمارستان به کلیه بخش ها و واحدها ارسال شده است	3
				مسئول ایمنی بیمار بر اساس شرح وظایف ابلاغی و حدود اختیارات، علاوه بر سایر وظایف مسئول فنی ، فعالیت می نماید	4
				مسئول ایمنی بر روند پیشرفت برنامه عملیاتی ایمنی نظارت میدانی دارد موانع پیشرفت را شناسایی و در صورت لزوم با هماهنگی تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی انجام می دهد	5
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	6



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان
 معاونت درمان
 مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی
 اداره تعالی خدمات بالینی

کد سند : Ta.Mui.Ps.Cla1

تاریخ تدوین : 96/11/30

تاریخ بازنگری : 96/6/30

A113: مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار ، شناسایی خطرات موجود در سیستم اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصت هابه طور منظم برنامه بازدیدهای ایمنی بیمار را به اجرا می گذارد .

توضیحات	امتیاز			عنوان	ردیف
	NA	1	0		
				تقویم بازدید های مدیریتی به بخشها / واحدها اعلام رسمی شده است	1
				بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار در فواصل زمانی قید شده در تقویم انجام می شود	2
				شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار از زبان کارکنان در حین بازدید شناسایی می شود	3
				بازخوردهای فردی به افراد گزارش کننده شرایط تهدید کننده ایمنی از طریق ایمیل یا نامه اداری و ... ارائه می شود	4
				کارکنان در خصوص لزوم بازدیدهای مدیریتی با موضوع ارتقاء فرهنگ ایمنی آگاهی دارند	5
				جلسه جمع بندی بازدید با حضور تیم بازدید کننده در بخش / واحد مورد بازدید برگزار می گردد	6
				نتایج بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی با رویکرد ایمنی بیمار در جلسات تیم مدیریت اجرایی مطرح می گردد	7
				اقدامهای اصلاحی / برنامه های بهبود کیفیت بر اساس نتایج بازدیدهای مدیریتی در جلسات تیم مدیریت اجرایی تعیین و سپس پایش می گردد	8
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	9

A.2.1.1: بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را به صورت مرتب برگزار می نماید.

توضیحات	امتیاز			عنوان	ردیف
	NA	1	0		
				آیین نامه داخلی بیمارستانی توسط تیم مدیریت اجرایی تصویب شده است	1
				حداقل های مورد انتظار شامل شرایط تعیین رئیس و دبیر کمیته ، اعضاء دائم و موقت کمیته، برنامه زمانی و تواتر جلسات، تعیین حداقل افراد برای رسمیت یافتن کمیته و ... در تدوین آیین نامه های کمیته رعایت شده است	2
				جلسات کمیته مرگ و میر مطابق با برنامه تعیین شده در آیین نامه برگزار شده است	3
				رئیس ودبیر و اعضاء ثابت کمیته مرگ و میر طبق آیین نامه داخلی بیمارستان دارای ابلاغ می باشند	4
				دستور جلسه کمیته قبل از برگزاری جلسات به اعضاء اطلاع رسانی می گردد	5
				مصوبات کمیته با دستور جلسات کمیته همسو می باشد و قابلیت اجرایی دارد	6
				مصوبات کمیته مرگ و میر بصورت منظم پایش و دلایل عدم اجرای مصوبات مشخص شده است	7
				کنفرانس ها / سمینارهای مرتبط با مرگ و میر و عوارض بیمارستانی با هدف اطلاع رسانی و آگاه ساختن کارکنان در این زمینه در فواصل زمانی معین برگزار می گردد. (به اشتراک گذاری درس آموخته ها)	8
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	9



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان
 معاونت درمان
 مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی
 اداره تعالی خدمات بالینی

کد سند : Ta.Mui.Ps.Cla1

تاریخ تدوین : 96/11/30

تاریخ بازنگری : 96/6/30

A.2.1.2 یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است .

توضیحات	امتیاز			عنوان	ن.ب.ع
	NA	1	0		
				یک نفر از پزشکان / پرستاران با سابقه کار بیشتر از 5 سال در بخش های بالینی به عنوان کارشناس هماهنگ کننده ایمنی منصوب شده اند	1
				کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اساس شرح وظایف ابلاغی و حدود اختیارات، فعالیت می نماید	2
				در ابلاغ صادره کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار ، شرح وظایف و تعیین سطح پاسخگویی درج شده است	3
				رونوشت ابلاغ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان به کلیه بخش ها و واحدها ارسال شده است	4
				کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اساس شرح وظایف ابلاغی و حدود اختیارات، علاوه بر سایر وظایف مسئول فنی ، فعالیت می نماید	5
				کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر رعایت اصول ایمنی بیمار در بخش های بالینی نظارت میدانی دارد	6
				بازدیدهای میدانی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بصورت منظم به ریاست بیمارستان و مسئول ایمنی گزارش داده می شود	7
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	8

A.4.1.1 - بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید .

توضیحات	امتیاز			عنوان	ن.ب.ع
	NA	1	0		
				فهرست تجهیزات پزشکی ضروری مورد نیاز بخش ها / واحدها توسط مسئولان واحدها/ بخش ها تعیین شده است	1
				فهرست تجهیزات پزشکی ضروری مورد نیاز بخش ها / واحدها توسط مهندسی تجهیزات پزشکی تایید شده است	2
				بخش های پشتیبان در فهرست تجهیزات ضروری بخش ها / واحدها تعیین شده است	3
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	4

A.5.1.1 - جهت ارائه خدمات و مراقبتهای کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته ذی صلاح به صورت ثابت و موقت استخدام و به کار گمارده می شوند .

توضیحات	امتیاز			عنوان	ن.ب.ع
	NA	1	0		
				پرونده پرسنلی کلیه کارکنان در کارگزینی کامل می باشد	1
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	2



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان
 معاونت درمان
 مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی
 اداره تعالی خدمات بالینی

کد سند : Ta.Mui.Ps.Cla1

تاریخ تدوین : 96/11/30

تاریخ بازنگری : 96/6/30

گروه B : جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه (2 استاندارد)

B.2.1.1 - پزشک قبل از انجام هر گونه اقدامات درمانی و تشخیصی تهاجمی ، کلیه خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور پرستار بیمار برگه رضایت نامه را امضاء می نماید .

توضیحات	امتیاز			عنوان	ن.ع
	NA	1	0		
				فهرست اقدامات تشخیصی درمانی نیازمند اخذ رضایت آگاهانه در هر بخش شناسایی و تعیین شده است	1
				پزشکان و انجام دهندگان پروسیجر از نحوه اتخاذ رضایت آگاهانه آگاهی دارند و سوابق آموزشی موجود می باشد	2
				فرم رضایت آگاهانه مطابق با فهرست پروسیجرهای مشخص شده و بطور کامل تکمیل شده است	3
				بیماران ارائه توضیحات و فرصت کافی جهت اخذ تصمیم گیری و مشارکت آن ها در نحوه تشخیص یا درمان توسط پزشک را تایید می نمایند	4
				قبل از اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی و موارد شوک درمانی و پرتو درمانی و پرتو تشخیصی و شیمی درمانی و آنژیوگرافی و بیهوشی و آرام بخشی متوسط و عمیق و استفاده از خون و فرآورده های خونی رضایت آگاهانه اخذ می گردد	5
				شاخص انطباق اخذ رضایت آگاهانه با دستورالعمل مربوطه تعیین و اندازگیری می گردد	6
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	7

B.3.1.1 - قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی و به ویژه گروه های در معرض خطر من جمله نوزادان ، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و یا سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد (هیچ گاه شماره اتاق و تخت بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد) .

توضیحات	امتیاز			عنوان	ن.ع
	NA	1	0		
				کارکنان از نحوه شناسایی صحیح بیماران و گروه های پرخطر (سالمندان، بیماران کاهش سطح هوشیاری، نوزادان و ...) در زمان ارائه خدمات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی آگاهی دارند و سوابق آموزشی موجود می باشد	1
				حداقل دو شناسه معین بر اساس دستورالعمل ابلاغی جهت شناسایی صحیح بیماران تعیین شده است	2
				شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی توسط کارکنان بالینی با استفاده از دستبند شناسایی انجام می گردد و از شماره تخت یا اتاق استفاده نمی شود	3
				کلیه بیماران بستری در بخش های بالینی ، ویژه و اورژانس دارای دستبند شناسایی می باشند	4



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان
معاونت درمان
مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی
اداره تعالی خدمات بالینی

کد سند : Ta.Mui.Ps.Cla1

تاریخ تدوین : 96/11/30

تاریخ بازنگری : 96/6/30

B.3.1.1 - قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی و به ویژه گروه های در معرض خطر من جمله نوزادان ، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و یا سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد (هیچ گاه شماره اتاق و تخت بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد .

توضیحات	امتیاز			عنوان	نمره
	NA	1	0		
				شاخص انطباق شناسایی صحیح بیماران با دستورالعمل مربوطه تعیین و اندازه گیری می گردد	5
				در تابلو بالای سر بیماران فقط نام پزشک و پرستار ثبت شده است	6
				در صورتی که بیمار دارای اسامی مشابه باشد از شناسه نام پدر و اتیکت "هشدار بیمار دارای اسامی مشابه" استفاده می شود	7
				تابلو مشخصات بیماران در ایستگاه پرستاری و در راهرو وجود ندارد	8
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	9



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان
 معاونت درمان
 مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی
 اداره تعالی خدمات بالینی

کد سند : Ta.Mui.Ps.Cla1

تاریخ تدوین : 96/11/30

تاریخ بازنگری : 96/6/30

گروه C: خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد (9 استاندارد)

C.1.1.1: بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایش ها ، کانال های ارتباطی همواره آزاد پیش بینی کرده است .

توضیحات	امتیاز			عنوان	ردیف
	NA	1	0		
				لیست مقادیر بحرانی پاراکلینیک (آزمایشگاه ، رادیولوژی ، سونوگرافی و ...) با مشارکت پزشکان متخصص تدوین و در اختیار بخش ها قرار داده شده است	1
				کلیه کارکنان از اعلام اضطراری مقادیر بحرانی و نحوه اطلاع رسانی و قوانین مربوطه آگاهی داشته و سوابق آموزشی موجود می باشد	2
				انطباق عملکرد کارکنان با استاندارد مربوطه بصورت مستمر پایش و اندازه گیری می شود	3
				دفاتر ثبت نتایج بحرانی در کلیه بخش ها و آزمایشگاه موجود و مستندات منطبق می باشد	4
				کانال ارتباطی آزاد جهت اطلاع رسانی مقادیر بحرانی پیش بینی شده است	5
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	6

C112: دستورالعمل ابلاغی جراحی ایمن برای اعمال جراحی در اتاق عمل پیاده سازی می گردد.

توضیحات	امتیاز			عنوان	ردیف
	NA	1	0		
				کلیه کارکنان جراحی و بیهوشی از دستورالعمل جراحی ایمن آگاهی و سوابق آموزشی موجود می باشد	1
				عملکرد کارکنان جراحی و بیهوشی منطبق با دستورالعمل جراحی ایمن می باشد	2
				انطباق عملکرد کارکنان با استاندارد مربوطه بصورت مستمر پایش و اندازه گیری می شود	3
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	4

C113: بیمارستان دارای سیستمی به منظور شناسایی و پاسخ دهی سریع به وضعیت بالینی بیماران حاد و وخیم می باشد.

توضیحات	امتیاز			عنوان	ردیف
	NA	1	0		
				در روش اجرایی تدوین شده معیارهای تشخیص و چگونگی رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی مشخص شده است	1
				کارکنان از خط مشی و روش شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری آگاهی داشته و عملکرد آنان منطبق با خط مشی مربوطه می باشد	2
				پزشک مقیم در بیمارستان های مشمول برنامه تحول نظام سلامت در خصوص رسیدگی به بیماران بدحال در بخش های بستری و مشارکت در تعیین تکلیف بیماران در بخش اورژانس مرتبط با تخصص خود اقدام می نماید	3



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان
 معاونت درمان
 مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی
 اداره تعالی خدمات بالینی

کد سند : Ta.Mui.Ps.Cla1

تاریخ تدوین : 96/11/30

تاریخ بازنگری : 96/6/30

C113 : بیمارستان دارای سیستمی به منظور شناسایی و پاسخ دهی سریع به وضعیت بالینی بیماران حاد و وخیم می باشد.

توضیحات	امتیاز			عنوان	ن.ع
	NA	1	0		
				روش اجرایی انجام مشاوره های اورژانسی با مشارکت پزشکان تدوین شده و به بخش ها ابلاغ شده است	4
				کارکنان از روش اجرایی انجام مشاوره های اورژانسی آگاهی داشته و عملکرد آنان منطبق با روش اجرایی مربوطه می باشد	5
				خدمات پاراکلینیکی اورژانس شامل خدمات آزمایشگاه، رادیولوژی ، تصویر برداری و سایر خدمات تشخیصی در بخش های بالینی تعریف و بر اساس مصوبه کمیته اورژانس بصورت شبانه روزی ارائه می گردد	6
				انطباق عملکرد کارکنان با استاندارد مربوطه بصورت مستمر پایش و اندازه گیری می شود	7
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	8

C.2.1.1 : بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی ، برنامه عملیاتی ، راهنما و کتابچه راهنما می باشد.

توضیحات	امتیاز			عنوان	ن.ع
	NA	1	0		
				واحد کنترل عفونت دارای برنامه عملیاتی و چارت سازمانی مشخص می باشد	1
				واحد کنترل عفونت دارای کتابچه راهنما می باشد و کلیه کارکنان از آن آگاهی دارند	2
				کلیه کارکنان بخش ها و واحدها در خصوص کنترل عفونت آگاهی داشته و سوابق آموزشی مشخص می باشد	3
				کمیته کنترل عفونت شاخص هایی از قبیل میزان عفونت های بیمارستانی، تعداد مواجهات شغلی، رعایت بهداشت دست و استفاده از وسایل حفاظت فردی برای پایش عملکرد فعالیت های کنترل عفونت تعیین و پایش و ارزیابی انجام و نتایج به کمیته مربوطه گزارش داده می شود	4
				کمیته کنترل عفونت بر اساس نتایج شاخص های تعیین شده اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا و پایش می نماید	5
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	6



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان
 معاونت درمان
 مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی
 اداره تعالی خدمات بالینی

کد سند : Ta.Mui.Ps.Cla1

تاریخ تدوین : 96/11/30

تاریخ بازنگری : 96/6/30

C.2.1.2: بیمارستان تمیزی ، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تاکید خاص بر واحدها پرخطر تضمین می نماید

توضیحات	امتیاز			عنوان	ردیف
	NA	1	0		
				کارکنان از دستورالعمل شستشوی دستی یا اتوماتیک و پاک سازی ابزار و وسایل آگاهی داشته و عملکرد آنان منطبق با دستورالعمل مربوطه می باشد	1
				لیست محلول های ضدعفونی کننده در بخش های پرخطر بیمارستان مشخص شده است	2
				کلیه کارکنان شاغل در بخش های پرخطر از نحوه استفاده از محلول های ضدعفونی آگاهی دارند و سوابق آموزشی موجود می باشد	3
				بیمارستان دارای فرآیند مشخص و تعریف شده در خصوص تمیزی ، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تاکید خاص بر واحدها پرخطر می باشد و کارکنان منطبق با عمل می نمایند	4
				هر گونه جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه های دربسته ، ترالی های کمده دار و کانتینرهای درب دار از جنس استیل یا آلومینیوم انجام می شود	5
	1	0/5	0	کلیه کارکنان از نحوه جابجایی استاندارد وسایل استریل آگاهی دارند	6
				نگهداری و انبارداری تمام وسایل استریل شده بصورت جداگانه و مستقل از سایر تجهیزات و وسایل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه مشبک با سطوح صاف انجام می گردد	7
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	8

C.3.1.1: بیمارستان راهنمای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجرا می نماید .

توضیحات	امتیاز			عنوان	ردیف
	NA	1	0		
				گواهی استقرار نظام مراقبت از خون از سازمان انتقال خون موجود و دارای اعتبار می باشد	1
				بیمارستان از فرم های استاندارد درخواست خون و فرآورده های خونی ، نظارت بر تزریق خون و فرآورده های خونی ، پلاکت فرزیس و فرم نظارت بر تزریق پلاکت فرزیس و درخواست خون و فرآورده های خونی در موارد اورژانس استفاده می نماید	2
				فرم های استاندارد درخواست خون و فرآورده های خونی ، نظارت بر تزریق خون و فرآورده های خونی ، پلاکت فرزیس و فرم نظارت بر تزریق پلاکت فرزیس و درخواست خون و فرآورده های خونی در موارد اورژانس بصورت کامل تکمیل می گردد	3



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان
 معاونت درمان
 مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی
 اداره تعالی خدمات بالینی

کد سند : Ta.Mui.Ps.Cla1

تاریخ تدوین : 96/11/30

تاریخ بازنگری : 96/6/30

C.3.1.1: بیمارستان راهنمای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجرا می نماید .

توضیحات	امتیاز			عنوان	ردیف
	NA	1	0		
				پزشکان ، پرستاران و پرسنل بانک خون گواهی مربوط به گذراندن دوره آموزشی هموویتلانس مورد تایید سازمان انتقال خون را دارند	4
				اخذ رضایت آگاهانه قبل از تزریق خون و فرآورده های خونی انجام می گردد	5
				روش اجرایی مدیریت عوارض ناخواسته احتمالی به دنبال تزریق خون تدوین و به کلیه بخش ها ابلاغ شده است	6
				فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی تزریق خون برای تمامی عوارض ناخواسته بطور کامل تکمیل می گردد و حداکثر ظرف مدت 2 روز به دفتر هموویتلانس سازمان انتقال خون ارسال می گردد	7
				گزارش هرگونه عارضه خونی در کمیته انتقال خون بررسی و به منظور جلوگیری از وقوع مجدد اقدام اصلاحی یا برنامه بهبود کیفیت تدوین می گردد	8
				پی گیری و پایش اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت تدوین شده در کمیته انتقال خون انجام می گردد	9
				کالیبراسیون یخچال بانک خون انجام شده است	10
				شاخص های مرتبط با تزریق خون و فرآورده های خونی تدوین و در کمیته مربوطه مطرح می گردد	11
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	12

C.3.1.2 - بیمارستان دارای روش های اجرایی ایمن قبل از انتقال خون مانند ثبت نام ، رد و قبول داوطلبین غربالگری خون در مواردی مثل HBV و HIV می باشد. (این استاندارد غیر قابل ارزیابی می باشد.)

توضیحات	امتیاز			عنوان	ردیف
	NA	1	0		

C.5.1.1: بیمارستان دسترسی به داروهای حیاتی را در تمامی ساعات شبانه روز تضمین می نماید.

توضیحات	امتیاز			عنوان	ردیف
	NA	1	0		
				تامین داروهای تعیین شده در فارماکوپه بیمارستان به صورت شبانه روزی انجام می گردد	1
				تامین شبانه روزی خدمات دارویی غیر قابل ارائه توسط بیمارستان از سایر مراکز با هماهنگی بیمارستان انجام می گردد	2



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان
 معاونت درمان
 مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی
 اداره تعالی خدمات بالینی

کد سند : Ta.Mui.Ps.Cla1

تاریخ تدوین : 96/11/30

تاریخ بازنگری : 96/6/30

C.5.1.1: بیمارستان دسترسی به داروهای حیاتی را در تمامی ساعات شبانه روز تضمین می نماید.

توضیحات	امتیاز			عنوان	ن.ب.ع
	NA	1	0		
				روش اجرایی نحوه فعالیت داروخانه بیمارستان در ساعات شبانه روز تدوین و به بخش ها / واحدها ابلاغ شده است	3
				کارکنان بخش مدیریت دارویی از روش اجرایی نحوه فعالیت داروخانه بیمارستان در ساعات شبانه روز آگاهی داشته و مطابق با آن عمل می نمایند	4
				روش اجرایی مدیریت کمبود دارو در مقاطع زمانی موقت تدوین و به بخش ها / واحدها ابلاغ شده است	5
				کارکنان بخش مدیریت دارویی و بخش ها / واحدها از روش اجرایی مدیریت کمبود دارو در مقاطع زمانی موقت آگاهی داشته و مطابق با آن عمل می نمایند	6
				فهرست داروهای حیاتی تهیه و در بخش های تشخیص و درمانی موجود می باشد	7
				فهرست داروهای ضروری تهیه و در بخش های تشخیص و درمانی موجود می باشد	8
				انطباق عملکرد کارکنان با استاندارد مربوطه بصورت مستمر پایش و اندازگیری می شود	9
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	10

C.5.1.2: انبارش ایمن الکترولیت ها با غلظت بالا در بیمارستان انجام می گردد.

توضیحات	امتیاز			عنوان	ن.ب.ع
	NA	1	0		
				کارکنان بخش مدیریت دارویی و بخش ها / واحدها از روش اجرایی انبارش ایمن داروها آگاهی داشته و مطابق با آن عمل می نمایند	1
				کارکنان از نحوه شناسایی الکترولیت ها با غلظت بالا بر اساس نه راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی آگاهی و اطلاع دارند	2
				انبارش الکترولیت ها با غلظت بالا بدرستی انجام می گردد. (در داروخانه/ بخش ها / واحدها)	3
				داروهای الکترولیت ها با غلظت بالا بر اساس 8 rights انجام می گردد. (در بخش ها / واحدها)	4
				انطباق عملکرد کارکنان با دستورالعمل انبارش ایمن بصورت مستمر پایش و اندازگیری می شود	5
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	6



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان
 معاونت درمان
 مدیریت امور بیمارها و مراکز تشخیصی و درمانی
 اداره تعالی خدمات بالینی

کد سند : Ta.Mui.Ps.Cla1

تاریخ تدوین : 96/11/30

تاریخ بازنگری : 96/6/30

گروه D : محیط ایمن

D.2.1.1 : پسماندها از مبدا تفکیک و کدبندی رنگ می شوند.

توضیحات	امتیاز			عنوان	ن.ع
	NA	1	0		
				دستورالعمل تفکیک در مبدا پسماندها شامل پسماندهای عفونی، تیز و برنده ، شیمیایی دارویی ، عادی، رادیواکتیو و پرتوزا تدوین و به کلیه بخش ها /واحدها ابلاغ شده است	1
				کارکنان از دستورالعمل تفکیک در مبدا پسماندها شامل پسماندهای عفونی، تیز و برنده ، شیمیایی دارویی ، عادی، رادیواکتیو و پرتوزا آگاهی داشته و مطابق آن عمل می نمایند	2
				امکانات و تسهیلات لازم مانند سطل و کیسه رنگبندی و جهت جمع آوری انواع پسماند و بر چسب با مشخصات مندرج در ضوابط و روش اجرایی مدیریت پسماند پزشکی تامین شده است	3
				دستورالعمل جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخش ها تدوین و به کلیه بخش ها /واحدها ابلاغ شده است	4
				کارکنان از دستورالعمل جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخش ها آگاهی داشته و مطابق آن عمل می نمایند	5
				کد بندی رنگی پسماندهای تفکیک شده رعایت می گردد	6
				برچسب گذاری پسماندهای تفکیک شده رعایت می گردد	7
				سوابق آموزشی کارکنان بیمارستان از نحوه تفکیک پسماند موجود می باشد	8
				فضای فیزیکی اتاق نگهداری موقت پسماند مناسب و دارای شرایط بهداشتی است (تناسب حجم پسماند با مساحت اتاقک، تهویه ، نور و دمای مناسب، وصل بودن به سیستم فاضلاب، وجود آب گرم و سرد و)	9
				زمان نگهداری پسماند در اتاقک نگهداری پسماند رعایت می گردد	10
				پرسنل خدمات مرتبط با امحاء از مراحل امحاء و بی خطر سازی پسماندها آگاهی داشته و سوابق آموزشی موجود می باشد	11
				مراحل استریلیزاسیون پسماندهای عفونی بدرستی انجام می گردد	12
				ظروف نگهداری پسماندهای عفونی در اتاق بیماران و راهرو و سالن های عمومی وجود ندارد	13
				جمع آوری و حمل و نقل بهداشتی از بخش تا جایگاه موقت نگهداری پسماند در بیمارستان مطابق با استانداردها انجام می گردد	14
				دستورالعمل بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده تدوین و به کلیه بخش ها /واحدها ابلاغ شده است	15



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان
 معاونت درمان
 مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی
 اداره تعالی خدمات بالینی

کد سند : Ta.Mui.Ps.Cla1

تاریخ تدوین : 96/11/30

تاریخ بازنگری : 96/6/30

D.2.1.1 : پسماندها از مبدا تفکیک و کدبندی رنگ می شوند.

توضیحات	امتیاز			عنوان	ردیف
	NA	1	0		
				کارکنان از دستورالعمل بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده آگاهی داشته و مطابق آن عمل می نمایند	16
				دستگاه بی خطر سازی فعال و بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت در بیمارستان موجود است و متناسب با حجم زباله ها می باشد	17
				اظهار نامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده تکمیل می گردد	18
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	19

D.2.1.2 - بیمارستان از راهنما های سازمان جهانی بهداشت جهت مدیریت دفع پسماند های نوک تیز و برنده تبعیت می نماید

توضیحات	امتیاز			عنوان	ردیف
	NA	1	0		
				ظروف مستحکم و ایمن جهت جمع آوری پسماندهای تیز و برنده متناسب با میزان پسماندها در بخش ها موجود می باشد	1
				ترالی ها به سفتی باکس مجهز می باشد	2
				ظروف نگهداری پسماندهای تیز و برنده در اتاق بیماران و راهرو و سالن های عمومی وجود ندارد	3
				لیست وسایل حفاظت فردی مورد نیاز به تفکیک هر شغل بر اساس تعداد و نوع آن ها مطابق با استاندارد تعیین و در اختیار کلیه بخش ها /واحد ها قرار گرفته است	4
				دستورالعمل استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت تدوین و به کلیه بخش ها /واحد ها ابلاغ شده است	5
				کارکنان از دستورالعمل استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت آگاهی داشته و مطابق آن عمل می نمایند	6
				روش اجرایی مدیریت مواجهه شغلی تدوین و به کلیه بخش ها /واحد ها ابلاغ شده است	7
				کارکنان از روش اجرایی مدیریت مواجهه شغلی آگاهی داشته و مطابق آن عمل می نمایند	8
				بررسی و تحلیل موارد مواجهات شغلی در جلسات کمیته کنترل عفونت انجام و اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه تدوین می گردد	9
	1	0/5	0	امتیاز کلی استاندارد	10