



راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

زیر نظر:

دکتر مرضیه وحید دستجردی - دکتر سید حسن امامی رضوی - دکتر سید سجاد رضوی

مشاوران فنی و اجرایی:

دکتر سید محمد صادق مهدوی - دکتر محمود رضا محقق

مؤلفان:

نعمت اله عباس گودرزی - دکتر مژده رضانی - دکتر حمید مهربانی فر - غلامعلی جعفری - صمد خلیفه گری - خدیجه دانایی - دکتر پریسا دولتشاهی -

مهندس راحله روح پرور - عطیه صباغیان پیرو - پرستو عابدینی سلیم آبادی - دکتر لیلا کیکاوسی آرانی

همکاران امور اجرایی:

فرشته بابایی - بهمن اعتصامی - رضا رضایی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت درمان - دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان - اداره ارزشیابی مراکز درمانی

وضعیت نمایه سازی : فیا.

شماره کتابشناسی ملی : ۲۹۱۶۴۸۱

عنوان و نام پدیدآور : راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران [منابع الکترونیکی] / زیر نظر مرضیه وحیددستجردی، سیدحسن امامی رضوی، سیدسجاد رضوی؛ مشاوران فنی و اجرایی سیدمحمدصادق مهدوی، محمودرضا محقق؛ مولفان نعمت‌الله عباس‌گودرزی ... [و دیگران]؛ همکاران امور اجرایی فرشته بابایی، بهمن اعتصامی، رضا رضایی؛ ابعسفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت درمان، دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان، اداره ارزشیابی مراکز درمانی.

وضعیت نشر : تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۱.

مشخصات ظاهری : ۱ لوح فشرده: بی‌کلام، ۱۲ س.م.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۵۲۸-۳۵-۰

یادداشت : مولفان نعمت‌الله عباس‌گودرزی - مژده رضانی - حمید مهربانی - فر - غلامعلی جعفری - صمد خلیفه‌گری - خدیجه دانایی - پریسا دولت‌شاهی - راحله روح‌پرور - عطیه صباغیان‌پیرو - پرستو عابدینی سلیم‌آبادی - لیلا کیکاوسی‌آرانی.

توصیفگر : ارزشیابی

بخش بیهوشی بیمارستان

اتاق عمل

بیمارستان‌ها

بخش‌های بیمارستان

گزارش‌های تخصصی

استانداردها

توصیفگر : ایران

شناسه افزوده : وحید دستجردی، مرضیه، ۱۳۳۸ -

امامی رضوی، سیدحسن، ۱۳۳۸ -

رضوی، سیدسجاد، ۱۳۴۶ -

مهدوی، سیدمحمدصادق، ۱۳۳۹ -

محقق، محمودرضا، ۱۳۴۹ -

رضایی، رضا، ۱۳۴۸ -

اعتصامی، بهمن، ۱۳۴۲ -

بابایی، فرشته، ۱۳۵۰ -

عباس‌گودرزی، نعمت‌الله، ۱۳۴۰ -

شناسه افزوده : ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان. اداره ارزشیابی مراکز درمانی

ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت درمان

ناشر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

با همکاری کانون آگهی و تبلیغاتی چکامه آوا

صفحه آرابی: گروه هنری چکامه آوا

طرح جلد: شیما خوشکار

شمارگان: ۲۰۰۰ عدد

قیمت: ندارد

ISBN: 978-600-5528-35-0

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۵۲۸-۳۵-۰

«حق چاپ برای دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان محفوظ است»

با تقدیر و تشکر از راهنمایی‌ها و همکاری‌های

جناب آقای دکتر سید مهدی قیامت – جناب آقای دکتر مهران کوچک – جناب آقای دکتر مصطفی صادقی – سرکار خانم پونه مازیار – جناب آقای دکتر علی‌رضا مظهری –
جناب آقای دکتر حمید رواقی – جناب آقای دکتر سید محمد سادات – سرکار خانم فرناز مستوفیان –
سرکار خانم دکتر پیغام حیدر پور

دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی – اداره حاکمیت بالینی

دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور

فهرست

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| ۱۳ | برنامه استراتژیک..... |
| ۱۷ | رییس بخش..... |
| ۱۸ | سرپرستار..... |
| ۲۰ | پزشک مقیم..... |
| ۲۱ | پرستار مسئول شیفت..... |
| ۲۳ | پرونده پرسنلی..... |
| ۲۶ | لیست کارکنان..... |
| ۳۲ | دوره توجیهی بدو ورود..... |
| ۳۴ | آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان..... |
| ۴۳ | آموزش و توانمندسازی کارکنان..... |
| ۶۱ | کتابچه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط..... |
| ۶۵ | خط مشی ها و روش ها..... |
| ۱۰۶ | پذیرش در بخش و ارزیابی بیمار..... |
| ۱۱۴ | پرونده بیمار..... |
| ۱۲۴ | ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار..... |
| ۱۲۹ | دستورات دارویی..... |
| ۱۷۳ | خدمات پشتیبانی بخش های پاراکلینیک..... |
| ۱۸۱ | ترالی اورژانس..... |
| ۱۸۸ | امکانات..... |
| ۲۰۸ | آموزش بیمار و همراهان..... |
| ۲۱۲ | ایمنی فیزیکی..... |
| ۲۱۶ | بهبود کیفیت..... |
| ۲۲۰ | جمع آوری و تحلیل داده ها..... |
| ۲۲۶ | منابع..... |

سخن وزیر

حفظ و ارتقای سلامت، هدفی است ارزشمند که دستیابی به آن نیازمند به کارگیری توأمان دانش و درایت است. تنوع ساختار و شیوه‌های عملکردی نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف جهان نشانگر رویکردهای متفاوت برای رسیدن به اهداف مشابه بوده و نتایج موفق یا ناموفق حاصله نیز بیانگر آن است که با وجود دامنه گسترده اطلاعات در دهکده جهانی، هوشمندی در انتخاب راه کار مناسب از این دریای بیکران دانش بشری، شرطی اساسی برای رسیدن به موفقیت به شمار می‌رود.

بیمارستان‌ها به عنوان سرمایه‌های عظیم ملی، علاوه بر تجهیزات و منابع فراوان، بسیاری از نخبگان کشور را در خود جای داده‌اند که هریک به نوبه خود منشاء خدمات بی‌شمار برای جامعه هستند اما سیاستگذاری مناسب، موجب جهت دهی و هدایت صحیح آن‌ها در مسیر اهداف کلان سلامت خواهد شد و یکی از مهم‌ترین ابزارهای راهبری و رفتارسازی در سطح فردی و سازمانی، استفاده از روش‌های مناسب ارزشیابی است. روش‌هایی که علاوه بر تناسب با موضوع و محتوای مورد سنجش، از صحت و دقت مناسب برخوردار بوده و امکان شناسایی نقاط قوت و فرصت‌های بهبود را در سطح سازمانی، دانشگاهی و ملی فراهم آورده و با تکیه بر اصول و اولویت‌ها، سیاستگذاران و مجریان را در توزیع و تخصیص مناسب و اثربخش منابع محدود برای پاسخ به نیازهای نامحدود، یاری رسانند.

در همین راستا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اعتباربخشی و حاکمیت بالینی را به عنوان شیوه‌هایی مکمل در زمینه ارتقای کیفیت و ایمنی مراکز ارائه خدمات سلامت، در دستور کار خود قرار داده است و خداوند را سپاس می‌گوییم که به دنبال ابلاغ استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها در اسفند ماه سال ۱۳۸۹ و برگزاری نخستین جشنواره حاکمیت بالینی در سال ۱۳۹۰، اکنون در پی تلاش‌های بی وقفه و همت والای همکاران معاونت درمان، توفیق آن حاصل شده‌است که شاهد تدوین راهنمای ارزیابی استانداردهای مذکور به عنوان ابزاری ارزشمند در جهت سنجش ایمنی و کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های کشور باشیم و انتظار می‌رود دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور با التزام و تعهد در به کارگیری دقیق و مسئولانه این ابزار، گام‌های جدی در جهت ارتقای روز افزون کیفیت و ایمنی مراکز مذکور برداشته و اطمینان داشته باشند که وزارت متبوع و معاونت‌های مختلف آن نیز از طریق شورایی اعتباربخشی که در بالاترین سطوح وزارتی، مسئولیت سیاستگذاری و هماهنگی‌های لازم در این زمینه را برعهده دارد، آن‌ها را در اجرای هر چه موفق تر این امر خطیر، یاری خواهد رساند.

در پایان لازم می‌دانم از جناب آقای دکتر سید حسن امامی رضوی، معاون محترم درمان و همکارانشان در دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان به واسطه تلاش‌ها و زحمات ارزشمندشان در به ثمر رساندن این سند افتخار ملی، تشکر و سپاسگزاری نموده و توفیق روز افزون آنان را از درگاه پروردگار متعال، مسئلت نمایم.

دکتر مرضیه وحید دستجردی
وزیر

پیشگفتار

بیمارستان‌ها به عنوان یکی از پیچیده‌ترین مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، از اهمیت و حساسیت خاصی برخوردار هستند و بیماران و همراهان در شرایط اضطرار و نگرانی به این مراکز مراجعه نموده و انتظار آن دارند که شاهد برخوردی مسئولانه و حاکی از احترام و همدردی بوده و خدماتی کیفی، ایمن و اثربخش را با پرداخت هزینه‌ای منطقی، دریافت نمایند. از سوی دیگر تأمین رضایت شغلی و رعایت شأن و منزلت کارکنان نیز از ضرورت و اولویت خاصی برخوردار است. همچنین، این مراکز محل ارائه خدمات متنوعی هستند که سیاستگذاری و هدایت آن‌ها را دفاتری از عرصه‌های مختلف ستادی برعهده داشته و ایجاد هماهنگی میان برنامه‌هایی که از مسیرهای متفاوت آغاز شده و در یک عرصه محیطی همچون بیمارستان تجمیع و آرایه می‌شوند، امری ضروری و در عین حال چالش برانگیز خواهد بود. جای بسی خوشحالی است که همکاران اداره ارزشیابی مراکز درمانی در دفتر نظارت و اعتباربخشی این معاونت، از نیمه دوم سال ۱۳۸۶ با آغاز مراحل تدوین استانداردهای اعتباربخشی ملی با هدف ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات آرایه شده در بیمارستان‌های کشور، در یک حرکت کم‌نظیر، ارتباط وسیعی را با دفاتر مرتبط در وزارت متبوع و دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های کشور برقرار نموده و در پی استقبال و همکاری بسیار خوب مخاطبان، زمینه‌های همسویی و هماهنگی هرچه بیشتر را در این عرصه فراهم آورده‌اند. به نحوی که اکنون در تدوین کتاب‌های راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان، علاوه بر کلیدی‌ترین نکات برگرفته از دانش روز ملی و بین‌المللی، بسیاری از مطالبات و اهداف گروه‌های مختلف ستادی، در قالب بخش نامه‌ها و دستورالعمل‌ها، مورد اشاره قرار گرفته که این امر، افزایش ضمانت اجرایی، شفاف و هماهنگ شدن سیاست‌های ستادی و در نتیجه افزایش امکان اجرایی شدن برنامه‌ها را فراهم آورده است. بدیهی است این امر آغازگر حرکتی است که هماهنگی‌های دقیق‌تر و کاربردی‌تر آتی را به همراه داشته و موجب هم‌افزایی اقدامات ستادی و تسهیل فعالیت‌های محیطی در راستای ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات آرایه شده، خواهد شد.

در پایان از جناب آقای دکتر سید سجاد رضوی، مدیرکل محترم دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان و جناب آقایان دکتر سید محمد صادق مهدوی و دکتر محمودرضا محقق به عنوان مشاوران فنی و اجرایی طرح و همچنین همکاران پرتلاش اداره ارزشیابی مراکز درمانی، تشکر و قدردانی نموده و امید آن دارم که زحماتشان با تأمین رضایت و اطمینان خاطر بیماران و همراهان در مراجعه به مراکز آرایه دهنده خدمات سلامت، به بار نشیند.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

مقدمه

اطمینان از ارائه خدمات کیفی، ایمن و اثربخش در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، هدفی است که دستیابی به آن مستلزم مطالعه، برنامه‌ریزی و تلاش پیگیر و گسترده است. این دفتر در راستای تحقق هدف مذکور و عمل به وظایف محوله، بازبینی نظام ارزشیابی بیمارستان‌های کشور را در دستور کار خود قرار داده است که تدوین و ابلاغ استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران در پایان سال ۱۳۸۹، اولین دستاورد مهم این حرکت ارزشمند به شمار می‌رود.

بدیهی است از ابلاغ استاندارد تا اجرا و استقرار کامل آن در تمامی بیمارستان‌های کشور، مسیری دشوار و طولانی پیش روی تمامی دست اندرکاران این عرصه خواهد بود که آغاز دوره‌های آموزش آشنایی از ابتدای سال ۱۳۹۰ و پیگیری عملکرد دانشگاه‌ها در انتقال آموزش‌ها به بیمارستان‌های تحت پوشش، صرف نظر از نوع وابستگی آن‌ها، تلاشی دیگر در جهت تسهیل و تسریع این امر محسوب می‌شد و بررسی‌های مذکور نشانگر عملکرد در خور تحسین دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های کشور در راستای تحقق هدف مذکور بود. هر چند لزوم استمرار و تکمیل آموزش‌های ارائه شده، ضرورتی است انکار ناپذیر که از دید برنامه‌ریزان و سیاستگذاران پنهان نمانده و همچنان نسبت به آن اهتمام جدی دارند.

اما در ادامه این روند آنچه بیش از هر چیز واجد اهمیت و نیازمند توجه ویژه است، طراحی و به کارگیری شیوه‌ای مناسب برای سنجش صحیح و دقیق نتایج این تلاش‌ها در میدان عمل و عرصه بیمارستانی است؛ روشی که امکان ارزیابی دقیق، کامل و فارغ از سلیقه‌های شخصی را فراهم آورده و اطمینان خاطر لازم را برای تمامی ذی نفعان به ارمغان آورد. تدوین ۳۸ کتاب راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی با درج سنج‌ها و جداول راهنمای امتیازدهی برای تمامی استانداردها، با استفاده از راهنمایی‌ها و نظرات کارشناسی حوزه‌های مرتبط، برگ زرین دیگری است که با تلاش‌های صادقانه و همت والای همکاران اداره ارزشیابی این دفتر، به ثمر رسید و نتایج برگزاری دوره‌های آموزش ارزیاب در سطوح مختلف ستادی و اجرایی براساس راهنمای مذکور، بیانگر آن است که استفاده از جداول امتیازدهی به عنوان یک نوآوری ارزشمند در عرصه اعتبار بخشی، ابزاری موفق و کارآمد در ایجاد دیدگاه‌های مشترک و امتیازدهی صحیح توسط ارزیابان و شفاف نمودن و عینیت بخشیدن به مفاهیم مندرج در استاندارد می‌باشد و از این طریق راهنمایی کاربردی برای اجرای استانداردها توسط بیمارستان‌ها نیز به شمار می‌رود.

در اینجا لازم می‌دانم از سرکار خانم دکتر مژده رضانی و همکارانشان در اداره ارزشیابی مراکز درمانی به پاس تلاش‌های فراوان و پرثمرشان، صمیمانه قدردانی نموده و همچنین از حوزه‌های مرتبط وزارتتی و دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور و بیمارستان‌هایی که با علاقه و پیگیری، ما را در به ثمر رساندن این مجموعه یاری رسانده‌اند، تشکر نمایم. در پایان از تمامی اساتید، اندیشمندان و صاحب نظران عرصه سلامت در سراسر کشور خواهشمندم با ارسال نظرات، انتقادات و پیشنهادهای سازنده‌شان، ما را در ارتقای هر چه بهتر این مجموعه در ویرایش آتی، یاری رسانند.

دکتر سید سجاد رضوی
مدیر کل دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان

راهنمای استفاده از کتاب

کتاب‌های راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان، به منظور شفاف و عینی شدن سنجش استانداردهای مذکور تدوین شده‌است اما در عین حال یک راهنمای گام به گام و دقیق برای اجرای استانداردها در بیمارستان‌ها نیز به شمار می‌رود. برای استفاده هرچه بهتر از این کتاب به موارد ذیل توجه فرمایید:

۱. در این کتاب برای هر استاندارد یک یا چند سنجح برای سنجش اجزای آن، تدوین شده‌است و در ذیل هر سنجح یک جدول راهنمای امتیازدهی قرار گرفته که شامل چهار ستون اصلی مستندات، مشاهدات، مصاحبه و امتیازات است و نشان می‌دهد ارزیابان برای بررسی میزان اجرایی شدن سنجحی مربوطه، باید چه مستنداتی را بررسی نموده، چه مواردی را مشاهده نمایند و با چه کسانی مصاحبه کنند و براساس یافته‌ها، چه امتیازی به آن سنجح بدهند. در کنار هر ستون از حروفی استفاده شده‌است که به ترتیب نشان دهنده‌ی موارد ذیل هستند:

ستون مستندات

الف: چه مستنداتی بررسی شود

ب: با چه مشخصاتی

ج: در کجا

د: به چه تعداد

ستون مشاهدات

ه: چه چیزی مشاهده شود

و: در کجا

ز: به چه تعداد

ح: چگونه مشاهده شود

ط: چه مدت زمانی رعایت شده باشد^۱

ستون مصاحبه

ی: با چه فرد یا افرادی مصاحبه شود

ک: چه چیزی پرسیده شود

ل: در کجا

م: از چند نفر

۱. حرف «ط» بیانگر آن است که سنجح مذکور برای چه مدتی اجرا شده است. به عنوان مثال یک خط مشی و روش ممکن است از یک ماه قبل از انجام ارزیابی، اجرایی شده باشد. با توجه به نوپا بودن برنامه اعتباربخشی، در سال اول اجرا، این مورد بررسی نمی‌شود.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

مثال:

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|--------|--------|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | | ه | | ی | | | | | |
| | ب | | و | | ک | | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۲. باید توجه داشت که لازم نیست برای هر سنجه تمام ستون‌ها و ردیف‌ها تکمیل شده باشند؛ چرا که ممکن است برای ارزیابی یک سنجه فقط مشاهده کافی باشد و بررسی مستندات و انجام مصاحبه، موضوعیت یا ضرورت نداشته باشد که در این صورت ستون‌های مربوط به مستندات و مصاحبه، خالی خواهند بود.

مثال:

سنجه . رسالت بیمارستان با خط خوانا که از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد، ، تایپ، قاب یا لمینیت شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|--|----|---------|----|--|--|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | رسالت بیمارستان | ه | | ی | | | | | |
| | ب | با خط خوانا که از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد، تایپ، قاب یا لمینیت شده‌است | و | | ک | موارد مندرج در قسمت مستندات را نداشته باشد | قسمتی از موارد مندرج در قسمت مستندات را داشته باشد | موارد مندرج در قسمت مستندات را به طور کامل داشته باشد | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۳. در قسمت امتیازات، امتیازهای صفر، یک، دو و غیر قابل ارزیابی "غ.ق.ا" در نظر گرفته شده‌اند. برای امتیازدهی صحیح ابتدا به ستون "غ.ق.ا" نگاه می‌کنیم و اگر با توجه به موارد مندرج در آن، سنجه قابل ارزیابی بود، ستون‌های امتیازات را از راست به چپ، از صفر به سمت یک و دو، نگاه می‌کنیم. به این ترتیب که اگر یکی از حالت‌های مندرج در ستون صفر وجود داشته باشد، امتیاز صفر داده می‌شود حتی اگر هم زمان، حالتی از ستون یک یا دو هم دیده شود. به عنوان مثال اگر در جدول ذیل براساس مستندات برای ۱-۰ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده است اما در مصاحبه ۳-۲ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه خود مشارکت نموده‌اند، امتیاز صفر داده خواهد شد.

مثال:

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند براساس نیاز سنجی آموزشی انجام شده مطابق سنجه ۱ برای تمامی کارکنان این بخش با مشارکت آنان برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|--|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | برنامه توسعه فردی کارکنان | ه | | ی | از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی | برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت می‌کند | برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت می‌کند | برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت می‌کند | غ.ق.ا |
| | ب | مشخصات مطابق الگوی برنامه توسعه فردی مورد اشاره در محور آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان | و | | ک | آیا شما در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت داشته‌اید؟ | یا | و | و | |
| | ج | در پرونده پرسنلی کارکنان این بخش | ز | | ل | این بخش | براساس مستندات برای ۱-۰ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است | براساس مستندات برای ۳-۲ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است | براساس مستندات برای ۵-۴ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است | |
| | د | ۵ پرونده از رده‌های مختلف شغلی | ح | | م | ۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آنها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی) | یا | یا | و | |
| | | | | ط | | | ۱-۰ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند | ۳-۲ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند | ۵-۴ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند | |

۱ . ستون غیر قابل ارزیابی در مواردی تکمیل شده‌است که سنجه مورد نظر در آن بخش / واحد یا بیمارستان، موضوعیت نداشته باشد. به عنوان مثال سنجه‌ای که در مورد بیمارستان‌های آموزشی است، در بیمارستان‌های غیرآموزشی موضوعیت نداشته و غیر قابل ارزیابی خواهد بود.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

۴. نکته دیگری که در امتیاز دهی باید به آن توجه داشت، حروف ربطی است که در جدول امتیازات از آن‌ها استفاده شده است. به عنوان مثال وقتی بین دو حالت از "یا" استفاده شده است، منظور این است که اگر هر یک از آن دو حالت وجود داشته باشند، امتیاز بالای آن ستون داده می‌شود. اگر از "و" استفاده شده باشد یعنی باید هر دو حالت موجود باشند تا امتیاز بالای آن ستون داده شود و اگر از "اما" استفاده شود یعنی بخشی از شرایط رعایت شده اما هنوز نقایصی وجود دارد.

مثال:

سنجه. اطلاعات مربوط به پرونده پرسنلی به صورت فایل کاغذی/الکترونیکی در دسترس رییس این بخش است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|---|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | لیست کارکنان این بخش و پرونده پرسنلی کاغذی/ الکترونیک آنان | ه | | ی | رییس / سوپروایزر یا جانشین او | رییس یا جانشین او به آن‌ها دسترسی داشته باشند | رییس یا جانشین او به آن‌ها دسترسی داشته باشند | و | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | | ک | اگر پرونده پرسنلی کارکنان بخش در دسترس شما است آن را با هم ببینیم | اما | یا | و | غ.ق.۱ |
| | ج | در دسترس این بخش | ز | | ل | در این بخش | پرونده پرسنلی ۱-۰ نفر موجود باشد | پرونده پرسنلی ۳-۲ نفر موجود باشد | و | غ.ق.۱ |
| | د | پرونده پرسنلی ۵ نفر از کارکنان این بخش که به طور تصادفی از روی لیست کارکنان و از رده‌های شغلی مختلف انتخاب شده‌اند* | ح | | م | | پرونده پرسنلی ۵-۴ نفر موجود باشد | پرونده پرسنلی ۳-۲ نفر موجود باشد | و | غ.ق.۱ |
| | | | ط | | | | | | | غ.ق.۱ |

*تذکر: شامل کارکنان خدمات نمی‌شود و پرونده‌ی پرسنلی آنان در واحد بهداشت محیط کنترل می‌گردد.

۵. در جداول امتیازدهی در قسمت تعداد مستندات یا مشاهدات یا مصاحبه‌ها، معمولاً به عدد ۵ یا ۱۰ اشاره شده‌است. به عنوان مثال گفته شده با ۵ نفر از کارکنان بخش یا واحد مربوطه مصاحبه شده و در صورت دریافت پاسخ صحیح از سوی ۱-۰ نفر، امتیاز صفر، از سوی ۳-۲ نفر، امتیاز یک و از سوی ۵-۴ نفر، امتیاز دو داده شود. اما ممکن است این مصاحبه در واحدی صورت بگیرد که کارکنان آن در مجموع ۳ نفر هستند. در این موارد باید براساس شرایط موجود درصد گرفته شود. به عنوان مثال اگر در واحدی سه نفر مشغول به کار بوده و در مصاحبه دو نفر پاسخ صحیح و یک نفر پاسخ نادرست بدهند، در این صورت ۲ تقسیم بر ۳ شده و در ۱۰۰ ضرب می‌شود که حاصل آن ۶۶/۶۶٪ می‌شود. اکنون با توجه به ملاک‌های ذیل امتیازدهی انجام می‌شود:
- اگر درصد حاصله بین ۲۰-۰٪ باشد، امتیاز صفر داده می‌شود. اگر بین ۶۰-۲۱٪ باشد، امتیاز یک داده خواهد شد و اگر بین ۱۰۰-۶۱٪ باشد، امتیاز دو به آن تعلق خواهد گرفت. بنابر این چون در این مثال، ۶۶/۶۶٪ عددی بین ۱۰۰-۶۱٪ است، امتیاز ۲ به آن داده خواهد شد.
۶. در برخی استانداردها که مربوط به شرایط احراز مسئولین قسمت‌های مختلف بیمارستان است، نحوه‌ی امتیاز دهی متفاوت است و برای هر یک از موارد تحصیلات، تجربیات و دوره‌های آموزشی، امتیازی در نظر گرفته شده‌است که با توجه به شرایط مسئول مربوطه در بیمارستان، امتیاز مذکور داده شده و مجموع امتیازات، امتیاز آن سنج را نشان خواهد داد.
- مثال:**

سنجه . فردی دارای مدرک تحصیلی و تجربه منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده در متن استاندارد سوپروایزر این بخش است.

| شماره سنج | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز |
|-----------|-----|------------------------------------|----|---------|----|--|--------|
| | الف | موارد مندرج در متن استاندارد | ه | | ی | در صورتی‌که سوپروایزر بخش رادیولوژی ابلاغ مکتوب با امضای مسئول مربوطه را نداشته باشد هیچ امتیازی به این سنج تعلق نمی‌گیرد و در صورتی‌که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود: | |
| | ب | | و | | ک | مدرک کارشناسی رادیولوژی یا بالاتر (۳ امتیاز) | |
| | ج | در پرونده پرسنلی سوپروایزر این بخش | ز | | ل | مدرک کاردانی رادیولوژی (۲ امتیاز) | |
| | د | | ح | | م | دو سال سابقه کار در بخش تصویربرداری برای کارشناسی رادیولوژی (۲ امتیاز) | |
| | | | ط | | | چهار سال سابقه کار در بخش تصویربرداری برای کاردان رادیولوژی (۱ امتیاز) | |

۷. لازم به ذکر است که روش امتیازدهی اعتباربخشی با ارزشیابی قبلی، متفاوت است و برخلاف گذشته که با توجه به مجموع امتیازات کسب شده توسط بیمارستان، درجه مربوطه مشخص می‌شد، در اعتباربخشی براساس درصد امتیاز کسب شده از مجموع امتیازات قابل کسب برای بیمارستان، محاسبه انجام خواهد شد. به این ترتیب در مواردی که سنج برای یک بخش یا واحد غیرقابل ارزیابی باشد، بیمارستان مشکلی نخواهد داشت و از بابت آن امتیازی از دست نخواهد داد. در بیمارستان‌های تک تخصصی نیز، زمانی که یک بخش یا واحد در بیمارستان موجود نباشد، بخش مربوطه در این بیمارستان غیر قابل ارزیابی خواهد بود و از این بابت از بیمارستان امتیازی کسر نخواهد شد. اما باید به این نکته‌ی مهم توجه داشت که رعایت استانداردهای برخی بخش‌ها و واحدها برای تمام بیمارستان‌ها الزامی است و اگر بیمارستان، آن بخش‌ها یا واحدها را نداشته باشد، امتیاز مربوطه را از دست خواهد داد. به عنوان مثال می‌توان از واحد بهداشت حرفه‌ای در این زمینه نام برد.
۸. شایان ذکر است که در مجموعه «راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران»، راهنمای بخش داخلی نیز تدوین شده‌است که بخش‌هایی مانند گوارش، غدد، تالاسمی و روماتولوژی نیز براساس آن قابل سنجش هستند. از بخش CCU نیز می‌توان برای Post CCU استفاده کرد. جراحی نیز ملاک سنجش بخش‌هایی چون چشم، گوش و حلق و بینی، ارتوپدی، جراحی زنان و اروولوژی می‌باشد.
۹. در رابطه با سایر استانداردها نیز با توجه به بازخوردهای دریافت شده از حوزه‌های مرتبط ستادی و اجرایی، اصلاحاتی جهت تسهیل و تسریع فرایند اجرا، صورت گرفته است. لذا در صورت وجود تفاوت میان کتاب‌های «راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی» و کتاب «استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران»، ملاک عمل، کتاب‌های راهنما خواهند بود.

بیهوشی و اتاق عمل مدیریت و سازماندهی

(۱) برنامه استراتژیک

۱-۱) نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در بخش اتاق عمل در دسترس است.

سنجه . برنامه استراتژیک بیمارستان با ویژگی‌های مندرج در سنجه‌های استاندارد ۱-۱-۲-۱ مدیریت و رهبری مطابقت داشته و در دسترس این بخش است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|----------------------------------|----|----------------------------------|------------------|---|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا.* | | |
| | الف | برنامه استراتژیک بیمارستان | ه | | ی | رییس یا سرپرستار این بخش | بیمارستان برنامه استراتژیک ندارد | یا | مشخصات مندرج در بند «ب» را ندارد | بند «ب» را ندارد | و | در دسترس تمامی افراد مورد مصاحبه است |
| | ب | مشخصات مندرج در سنجه‌های استاندارد ۱-۱-۲-۱ مدیریت و رهبری | و | | ک | اگر برنامه استراتژیک بیمارستان در دسترس بخش شما است آن را با هم ببینیم | | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | | | |

* غیرقابل ارزیابی

(۲-۱) در اتاق عمل، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رویت، نصب شده‌است.

سنجه ۱. رسالت بیمارستان با خط خوانا که از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد، تایپ، قاب یا لمینیت شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| ۱ | الف | رسالت بیمارستان | ه | | ی | | موارد مندرج در قسمت مستندات را نداشته باشد | قسمتی از موارد مندرج در قسمت مستندات را داشته باشد | موارد مندرج در قسمت مستندات را به طور کامل داشته باشد | |
| | ب | با خط خوانا که از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد، تایپ، قاب یا لمینیت شده است | و | | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. رسالت بیمارستان در مجاورت تابلوی اعلانات این بخش نصب شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|----------------------------------|----|---------|----|--------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| ۲ | الف | رسالت بیمارستان | ه | | ی | | در مجاورت تابلوی اعلانات نصب نشده‌است | | در مجاورت تابلوی اعلانات نصب شده‌است | |
| | ب | | و | | ک | | | | | |
| | ج | در مجاورت تابلوی اعلانات این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۳-۱) تمام کارکنان اتاق عمل، از رسالت بیمارستان و سهم این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

سنجه ۱. تمام کارکنان در این بخش، از رسالت سازمان مطلع هستند.*

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|----------------|----------------|-------|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۱ | الف | | ه | | ی | از رده‌های مختلف شغلی که حتما دو نفر از آن‌ها از مسئولین این بخش (رییس، سرپرستار) باشند | حتی یکی از مسئولین این بخش ندانند یا ۰-۱ نفر از کارکنان این بخش بدانند | ۲-۳ نفر بدانند | ۴-۵ نفر بدانند | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | | ک | رسالت بیمارستان شما چیست؟ | | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش | | | | |
| | د | | ح | | م | از ۵ نفر | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: لازم نیست دقیقا کلمه به کلمه رسالت بیمارستان گفته شود و کافی است که به نکات و مفاهیم اصلی اشاره گردد.

سنجه ۲. مستندات و شواهد نشان می‌دهند که تمام کارکنان این بخش از نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک بیمارستان در قالب برنامه عملیاتی مربوطه مطلع هستند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|---|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | برنامه عملیاتی و هدف کلان و اهداف عینی مرتبط با آن که مربوط به این بخش است | ه | | ی | از رده‌های مختلف شغلی (که حتما دو نفر از آن‌ها رییس بخش و سرپرستار باشد) | برنامه عملیاتی ندارد یا در راستای برنامه استراتژیک نیست | برنامه عملیاتی دارد و در راستای برنامه استراتژیک است | برنامه عملیاتی دارد و در راستای برنامه استراتژیک است | |
| | ب | اهداف برنامه عملیاتی همان اهداف عینی مرتبط با هدف کلان باشند | و | | ک | براساس برنامه عملیاتی نقش این بخش در دستیابی به اهداف استراتژیک بیمارستان چیست؟* | یا حتی یکی از مسئولین این بخش ندانند | مسئولین این بخش از آن اطلاع دارند | مسئولین این بخش از آن اطلاع دارند | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | در این بخش | یا | ۲-۳ نفر از کارکنان این بخش بدانند | ۴-۵ نفر از کارکنان این بخش بدانند | |
| | د | | ح | | م | از ۵ نفر | ۰-۱ نفر از کارکنان این بخش بدانند | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: لازم است هدف استراتژیک کلان (Goal) مرتبط با این بخش مشخص شده و اهداف عینی (Objectives) مرتبط با هدف کلان مربوطه که مسئولیت اجرای آن با این بخش است نیز با هماهنگی واحد بهبود کیفیت مشخص شده و مستندات آن در اختیار این بخش قرار گیرد و تمام کارکنان این بخش از اهداف برنامه عملیاتی بخش خود در راستای دستیابی به اهداف کلان برنامه استراتژیک آگاه باشند (به عنوان مثال اگر برای سال جاری ۴ هدف عملیاتی دارند که در راستای دستیابی به یک هدف کلان استراتژیک است، همه کارکنان هدف استراتژیک کلان مورد نظر و این ۴ هدف عملیاتی را بدانند).

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. شواهد نشان می‌دهند تمام افرادی که به عنوان آموزش‌گیرنده و آموزش‌دهنده از طرف دانشگاه به این بخش معرفی شده‌اند، از رسالت سازمان مطلع هستند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|----------------|----------------|----------------|--|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از رده‌های مختلف آموزش‌دهنده و آموزش‌گیرنده در رشته‌های مختلف | ۰-۱ نفر بدانند | ۲-۳ نفر بدانند | ۴-۵ نفر بدانند | در بیمارستان‌های غیرآموزشی یا در صورتی که آموزش‌گیرنده‌ای به این بخش معرفی نمی‌شود |
| | ب | | و | | ک | رسالت این بیمارستان چیست؟ | | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش | | | | |
| | د | | ح | | م | از ۵ نفر | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

(۲) رییس بخش

۱-۲) شرایط احراز ریاست اتاق عمل، عبارت است از:

۱-۱-۲) دارا بودن مدرک دکترای تخصصی بیهوشی

۲-۱-۲) دارا بودن مدرک دکترای تخصصی جراحی مرتبط

سنجه ۱. رییس بخش بیهوشی و اتاق عمل طی حکمی* از سوی رییس بیمارستان* یا مسئول پست متناظر آن منحصرأ به عنوان رییس این بخش تعیین شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|---|--------------------------------------|--|-------------------------------|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۱ | الف | حکم انتصاب رییس بخش و فهرست اسامی رؤسای تمامی بخش‌های بالینی و تیم مدیریت و رهبری | ه | | ی | حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود باشد | حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود نباشد | اما فرد منحصرأ رییس این بخش نباشد | حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود باشد | فرد منحصرأ رییس این بخش نباشد |
| | ب | با امضای رییس بیمارستان | و | | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. فردی واجد معلومات و تجربیات منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده در متن استاندارد ریاست بخش اتاق عمل را برعهده دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز |
|------------|-----|------------------------------|----|---------|----|--------|--|
| ۲ | الف | موارد مندرج در متن استاندارد | ه | | ی | | در صورتی که رییس بخش ابلاغ مکتوب با امضای رییس بیمارستان را نداشته باشد هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود: |
| | ب | | و | | ک | | در اتاق عمل‌های عمومی که انواع جراحی در آن صورت می‌گیرد: |
| | ج | در پرونده پرسنلی رییس بخش | ز | | ل | | مدرک دکترای تخصصی بیهوشی (۶ امتیاز) |
| | د | | ح | | م | | متخصص جراحی عمومی (۵ امتیاز) |
| | | | | ط | | | سایر جراحان (۴ امتیاز) در اتاق عمل‌های تک تخصصی: متخصص بیهوشی (۶ امتیاز) متخصص مرتبط (۵ امتیاز) |

۳) سرپرستار بخش

۳-۱) شرایط احراز برای سرپرستار اتاق عمل، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:

۳-۱-۱) دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی ارشد پرستاری، مدرک (RN) و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش اتاق عمل به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش اتاق عمل

۳-۱-۲) دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری یا اتاق عمل یا بیهوشی، مدرک (RN) و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای بخش اتاق عمل و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش اتاق عمل به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

۳-۱-۳) دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری یا اتاق عمل یا بیهوشی، مدرک (RN) و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش اتاق عمل و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش اتاق عمل

۳-۱-۴) دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری یا اتاق عمل یا بیهوشی، مدرک (RN) و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش اتاق عمل و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش اتاق عمل

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۱. سرپرستار این بخش طی حکمی از سوی رییس بیمارستان منصوب شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|-------------------------|----|---------|----|---|--------|---|-------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | حکم انتصاب سرپرستار بخش | ه | | ی | حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود نباشد | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| | ب | با امضای رییس بیمارستان | و | | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. فردی دارای مدرک تحصیلی، مدارک گذراندن دوره‌های آموزشی و تجربه منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده در متن استاندارد سرپرستار بخش اتاق عمل می‌باشد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|-------------------------------|----|---------|----|---|--------|---|-------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | موارد مندرج در متن استاندارد | ه | | ی | در صورتی که سرپرستار بخش حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان را نداشته باشد هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که حکم وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود: مدرک کارشناسی ارشد پرستاری یا دکترای پرستاری (۲ امتیاز) دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی (پرستاری، اتاق عمل، هوشبری) (۱/۵ امتیاز) مدرک RN (۰/۵ امتیاز) گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی اتاق عمل (۰/۵ امتیاز) سابقه حداقل ۱ سال کار در اتاق عمل برای کارشناسی ارشد (۱ امتیاز) سابقه ۳ سال یا بیشتر کار در اتاق عمل برای کارشناس (۱ امتیاز) سابقه کار ۱ تا ۳ سال کار در اتاق عمل برای کارشناس (۰/۵ امتیاز) مدرک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی (۰/۵ امتیاز) مدرک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (۰/۵ امتیاز) | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| | ب | | و | | ک | | | | | |
| | ج | در پرونده پرسنلی سرپرستار بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

(۴) پزشک مقیم

۴-۱) اتاق عمل در تمام اوقات شبانه‌روز و در تمامی روزهای هفته از حضور پزشکان مقیم (جراح و متخصص بیهوشی) برخوردار است.

سنجه ۱. پزشک مقیم متخصص بیهوشی در تمام اوقات شبانه‌روز و تمامی روزهای هفته در این بخش حضور دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---|----|---|--------|---|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۱ | الف | لیست پزشکان متخصص بیهوشی مقیم | ه | پزشک متخصص بیهوشی مقیم | ی | پزشک متخصص بیهوشی مقیم، در بیمارستان حضور ندارد یا پزشک معرفی شده با لیست ارایه شده مطابقت نداشته باشد* | | | | |
| | ب | با ذکر زمان حضور پزشکان در تمام اوقات مندرج در سنجه | و | در بیمارستان | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | حداقل یک نفر | ح | کنترل کارت شناسایی نصب شده بر روی سینه و مطابقت پزشک معرفی شده با فهرست ارایه شده | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در صورت تغییر شیفت‌های کاری در طی ماه، لازم است لیست ماهانه اصلاح و به روزرسانی گردد.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۲. پزشک مقیم متخصص جراحی عمومی در تمام اوقات شبانه روز و تمامی روزهای هفته در بیمارستان حضور دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---|----|---|--------|---|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| | الف | لیست پزشکان متخصص جراح عمومی مقیم | ه | پزشک متخصص جراح عمومی مقیم | ی | پزشک متخصص جراح عمومی مقیم، در بیمارستان حضور ندارد یا پزشک معرفی شده با لیست ارائه شده مطابقت نداشته باشد* | | | | |
| | ب | با ذکر زمان حضور پزشکان در تمام اوقات مندرج در سنجه | و | در بیمارستان | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | حداقل یک نفر | ح | کنترل کارت شناسایی نصب شده بر روی سینه و مطابقت پزشک معرفی شده با فهرست ارائه شده | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در صورت تغییر شیفت‌های کاری در طی ماه، لازم است لیست ماهانه اصلاح و به روز رسانی گردد.

(۵) پرستار مسئول شیفت*

۵-۱) شرایط لازم برای پرستاران مسئول شیفت در اتاق عمل، عبارت است از:

۵-۱-۱) دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، اتاق عمل یا بیهوشی، مدرک (RN) و حداقل ۲ سال سابقه کار در اتاق عمل و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی اتاق عمل

۵-۱-۲) دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، اتاق عمل یا بیهوشی، مدرک (RN) و حداقل ۱ سال سابقه کار در اتاق عمل و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی اتاق عمل

۵-۱-۳) دارا بودن مدرک کاردانی پرستاری، اتاق عمل یا بیهوشی با حداقل ۵ سال سابقه کار در اتاق عمل

*تذکر: همانطور که در ارجحیت‌های تعیین شده آمده است، مسئول شیفت اتاق عمل ممکن است پرستار نباشد ولی برای حفظ هماهنگی عناوین در بخش‌های مختلف، در اینجا نیز از عنوان پرستار استفاده شده است.

سنجه ۱. مسئول شیفت طی ابلاغی با امضای مسئول مربوطه منصوب شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|-------------------------|----|---------|----|--|--------|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | ابلاغ انتصاب مسئول شیفت | ه | | ی | مسئول شیفت ابلاغ مکتوب با امضای مسئول مربوطه ندارد | | ۱ | ۲ | مسئول شیفت ابلاغ مکتوب با امضای مسئول مربوطه دارد |
| | ب | با امضای مسئول مربوطه | و | ک | | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. فردی دارای مدرک تحصیلی، مدارک گذراندن دوره‌های آموزشی و تجربه منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده در متن استاندارد مسئول شیفت است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|------------------------------|----|---------|----|--|--------|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | موارد مندرج در متن استاندارد | ه | | ی | در صورتی که مسئول شیفت ابلاغ کتبی با امضای مسئول مربوطه را نداشته باشد هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود: دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی (پرستاری، اتاق عمل، بیهوشی) (۱ امتیاز) دارا بودن مدرک حداقل کاردانی (پرستاری، اتاق عمل، بیهوشی) (۰/۵ امتیاز) دارا بودن مدرک RN (۰/۵ امتیاز) دارا بودن مدرک کاردانی (پرستاری، اتاق عمل، بیهوشی) (۰/۵ امتیاز) گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی اتاق عمل (۰/۵ امتیاز) حداقل ۲ سال سابقه کار در اتاق عمل برای کارشناس (پرستاری، اتاق عمل، بیهوشی) (۱ امتیاز) حداقل ۱-۲ سال سابقه کار در اتاق عمل برای کارشناس (پرستاری، اتاق عمل، بیهوشی) (۰/۵ امتیاز) حداقل ۵ سال سابقه کار در اتاق عمل برای کاردان (پرستاری، اتاق عمل، بیهوشی) (۰/۵ امتیاز) | | ۱ | ۲ | |
| | ب | | و | ک | | | | | | |
| | ج | در پرونده پرسنلی مسئول شیفت | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

*تذکر: در صورتی که بخش دارای چند مسئول شیفت باشد، از روی فهرست، نام یکی از آنان به صورت اتفاقی از سوی ارزیاب انتخاب شده و براساس پرونده پرسنلی وی، امتیاز شرایط احراز مطابق جدول فوق داده می‌شود.

مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۶) پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک)

۱-۶) پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان اتاق عمل، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رییس بخش است:

۱-۱-۶) نام و نام خانوادگی، جزییات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی

۲-۱-۶) شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد

۳-۱-۶) چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد

۴-۱-۶) کپی آخرین مدرک تحصیلی

۵-۱-۶) کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده

۶-۱-۶) مستندات مربوط به ارزیابی اولیه توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله

۷-۱-۶) مستندات مربوط به آزمون‌های دوره ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان

۸-۱-۶) مستندات مربوطه به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۹-۱-۶) برنامه توسعه فردی

سنجه ۱. اطلاعات مربوط به پرونده پرسنلی بصورت فایل الکترونیکی/کاغذی در دسترس رییس این بخش است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--|--|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۱ | الف | لیست کارکنان این بخش و پرونده پرسنلی کاغذی/الکترونیکی آنان | ه | | ی | رییس یا جانشین او | رییس یا جانشین او به آنها دسترسی داشته باشند | رییس یا جانشین او به آنها دسترسی داشته باشند | رییس یا جانشین او به آنها دسترسی نداشته باشند | |
| | ب | | و | | ک | اگر پرونده پرسنلی کارکنان بخش در دسترس شما است آن را با هم ببینیم | اما | یا | | |
| | ج | در دسترس این بخش | ز | | ل | در این بخش | پرونده پرسنلی ۲-۳ نفر موجود باشد | پرونده پرسنلی ۱-۰ نفر موجود باشد | | |
| | د | پرونده پرسنلی ۵ نفر از کارکنان این بخش که به طور تصادفی از روی لیست کارکنان و از رده های شغلی مختلف انتخاب شده اند* | ح | | م | | پرونده پرسنلی ۴-۵ نفر موجود باشد | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: شامل کارکنان خدمات نمی شود و پرونده ی پرسنلی آنان در واحد بهداشت محیط کنترل می گردد.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخشی بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۲. اصل محرمانه بودن و رعایت امنیت اطلاعات رعایت می‌شود. در صورتی که اختیار دسترسی به فرد دیگری تفویض شده است مستندات رسمی آن موجود است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|--|--|--|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | مستندات تعیین سطح دسترسی افراد به پرونده پرسنلی کاغذی/ الکترونیک | ه | | ی | از کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی که مطابق مستندات نباید به پرونده پرسنلی دسترسی داشته باشند. | حتی ۱ نفر از افراد غیرمجاز به پرونده پرسنلی دسترسی داشته باشند | ۱ | ۲ | هیچ کدام از افراد در سطح غیرمجاز به پرونده پرسنلی دسترسی نداشته باشند |
| | ب | نشان دهند چه کسانی تا چه سطحی به پرونده دسترسی دارند | و | ک | اگر شما به پرونده پرسنلی این بخش دسترسی دارید آن را با هم ببینیم | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | ل | در این بخش | | | | | |
| | د | | ح | م | از ۵ نفر | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۳. پرونده پرسنلی حاوی تمام موارد ذکر شده در استاندارد است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------------------------------------|----|---------|----|--------|---------|---|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | پرونده پرسنلی کاغذی/ الکترونیک | ه | | ی | | ۰-۲۰*** | ۱ | ۲ | ٪۶۱-٪۱۰۰ |
| | ب | موارد ذکر شده در استاندارد* | و | ک | | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | ل | | | | | | |
| | د | ۵ پرونده پرسنلی از رده‌های مختلف شغلی | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مورد استانداردهای ۶-۱-۵، ۶-۱-۶ و ۷-۱-۶ گواهی‌نامه دوره‌ها یا آزمون‌های برگزار شده و یا فهرستی از دوره‌ها که به تایید واحد مدیریت منابع انسانی یا آموزش رسیده باشد مورد قبول است.

**تذکر: ۹ مورد در هر یک از ۵ پرونده که مجموعاً ۴۵ مورد خواهد شد که به عنوان مثال اگر ۱۵ مورد از این ۴۵ مورد در پرونده‌ها موجود باشد نشانگر ۳۳/۳ درصد است که بین ۶۰-۲۱ درصد می‌باشد و امتیاز یک به آن تعلق می‌گیرد.

(۷) لیست کارکنان

۷-۱) در اتاق عمل، لیستی از کلیه کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:

۷-۱-۱) نام و نام خانوادگی

۷-۱-۲) جزییات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آن‌ها بتوان با وی تماس گرفت).

۷-۱-۳) سمت سازمانی

سنجه . دسترسی شبانه‌روزی به لیست کارکنان شامل اطلاعات خواسته شده، در این بخش با رعایت اصل محرمانگی و امنیت امکان پذیر است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------------------------------------|----|---------|----|--|--|---|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| | الف | لیست کارکنان | ه | | ی | یکی از مسئولین این بخش (رییس، سرپرستار یا پرستار مسئول شیفت) | لیست کارکنان موجود نیست یا تمام مندرجات بند «ب» را ندارد یا مسئولین به صورت شبانه‌روزی به لیست دسترسی ندارند یا حتی یکی از کارکنان غیر از مسئولین این بخش به لیست دسترسی دارند | | | |
| | ب | با مشخصات خواسته شده در متن استاندارد | و | | ک | اگر لیست تماس کارکنان در اختیار شماست آن را با هم ببینیم | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵ نفر از کارکنان این بخش که حتما یکی از آنان از مسئولین بخش باشد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

تذکر: اگر در ساعات غیراداری جزییات تماس فقط در دسترس سوپروایزر بیمارستان باشد تا در صورت نیاز از آن استفاده شود نیز، قابل قبول است. مرکز تلفن نیز می‌تواند به تلفن‌ها دسترسی داشته باشد.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

۲-۷) لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام، نام خانوادگی و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رویت، بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده‌است.

سنجه . اطلاعات درج شده در برنامه نوبت کاری حاوی موارد مندرج در استاندارد بوده و با افراد حاضر در بخش مطابقت دارد و بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات یا زیر شیشه میز پرستاری قرار گرفته است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|---------------|-----|--|----|--|----|---|--|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | لیست نوبت کاری ماهانه تمامی کارکنان این بخش (در بیمارستان‌های آموزشی که بخش فاقد دستیار است اسامی کارورزان باید ذکر شود) | ه | تطابق لیست با کارت شناسایی نصب شده بر سینه کارکنان | ی | حتی کارت شناسایی صادر شده از سوی بیمارستان بر روی سینه یکی از ۵ نفر نصب نشده باشد (اگر چه کارت شناسایی دیگری ارائه شود) | هر ۵ نفر از کارکنان با فهرست مطابقت دارند | هر ۵ نفر از کارکنان با فهرست مطابقت دارند | هر ۵ نفر از کارکنان با فهرست مطابقت دارند |
| | ب | با مشخصات مندرج در استاندارد | و | در این بخش | ک | یا | لیست موجود است | لیست موجود است | لیست موجود است |
| | ج | در این بخش | ز | ۵ نفر از رده‌های مختلف شغلی | ل | حتی حضور یکی از کارکنان با لیست مطابقت نداشته باشد | مشخصات مندرج در متن استاندارد را به‌طور کامل ندارد | مشخصات مندرج در متن استاندارد را به‌طور کامل ندارد | مشخصات مندرج در متن استاندارد را به‌طور کامل دارد |
| | د | | ح | | م | یا | | | |
| | | | | ط | | | لیست نوبت کاری موجود نباشد | | |

۳-۷) هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمات می پردازند. (به جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می شود).

سنجه . مستندات نشان می دهند هر یک از پرسنل بالینی مطابق بخش نامه شماره ۲۲۲۱۶۸/ت-۴۳۶۱۶ مورخ ۸۸/۱۱/۱۱ هیات دولت، در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمات می پردازند (به جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می شود).

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--------|---|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| | الف | لیست نوبت کاری پرسنل بالینی این بخش | ه | | ی | | | | | |
| | ب | | و | | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | ۵ نفر از پرسنل بالینی ترجیحا از رده های مختلف شغلی | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

۴-۷) یک لیست از پزشکان، متخصصان یا مشاوره دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه روز در اتاق عمل، در دسترس است.

سنجه . مستندات نشان می دهند یک لیست از پزشکان، متخصصان یا مشاوره دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه روز در این بخش، در دسترس است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|--------|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | لیست ماهانه پزشکان و مشاوره دهندگان مقیم یا آنکال | ه | | ی | لیست موجود نمی باشد یا حداقل در یکی از محل های تعیین شده قرار نگرفته است | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | ک | | | | | |
| | ج | بر روی دیوار یا تابلو اعلانات یا زیر شیشه میز ایستگاه پرستاری این بخش | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۵-۷) لیست نوبت کاری شبانه روزی هرماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رویت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.

سنجه . لیست گروه کد احیا در این بخش بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--------|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | لیست گروه کد احیا | ه | | ی | لیست گروه کد احیا با تقسیم وظایف موجود نیست یا روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب نشده است | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | ب | مشخص نمودن وظایف افراد تیم بر حسب D.C.B.A | و | ک | | | | | |
| | ج | بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات این بخش | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۶-۷) برنامه نوبت کاری افرادی که اقدامات تریاژ را انجام می‌دهند، در محلی مناسب و قابل رویت، بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده‌است.

سنجه . برنامه نوبت کاری پرستاران تریاژ در اورژانس با ذکر اسامی بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده‌است.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|--|---|-----------------------------------|--------|----|---------|----|--|-----|------------|
| غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | برنامه نوبت کاری تریاژ موجود است و بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده‌است | برنامه نوبت کاری تریاژ موجود است اما بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب نشده‌است | برنامه نوبت کاری تریاژ موجود نیست | | ی | | ه | برنامه نوبت کاری پرستاران تریاژ در اورژانس | الف | |
| | | | | | ک | | و | | ب | |
| | | | | | ل | | ز | بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات این بخش | ج | |
| | | | | | م | | ح | | د | |
| | | | | | | | ط | | | |

۷-۷) برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.

سنجه . برنامه‌ای برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی است، تدوین شده و نحوه فراخوانی کارکنان در آن دیده شده‌است.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|--|---|--|--------|----|---------|----|--|-----|------------|
| غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | برنامه مکتوب موجود باشد و تمام ۵ نفر از نحوه فراخوان و حضور براساس برنامه مطلع باشند | | برنامه مکتوب موجود نباشد یا حتی یک نفر از نحوه فراخوان و حضور براساس برنامه مطلع نباشد | | ی | | ه | برنامه‌ای جهت حضور اورژانسی پرسنل و نحوه فراخوانی آنها | الف | |
| | | | | | ک | | و | | ب | |
| | | | | | ل | | ز | در این بخش | ج | |
| | | | | | م | ۵ نفر | ح | | د | |
| | | | | | | | ط | | | |

۷-۸) محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است.

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند که حجم کار حداقل ماهانه مورد بررسی قرار گرفته، مواردی مانند تغییر شیفت‌های کاری، تغییر فصول، تعطیلات، شرایط منطقه‌ای، قومی و مذهبی و... در محاسبه نیروی مورد نیاز مد نظر قرار می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|------------------------------|----|---------|----|---------------------------------|--------|---|--------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱ | الف | مستندات بررسی ماهانه | ه | | ی | مستندات بررسی ماهانه موجود نیست | ۱ | ۲ | مستندات بررسی ماهانه موجود است |
| | ب | توجه به نکات مندرج در سنجه ۱ | و | | ک | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند چینش نیرو در هر نوبت کاری متناسب با محاسبات صورت گرفته و پیش بینی‌های حاصل از تجربیات گذشته انجام می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------------------------------------|--------|---|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | برنامه نوبت‌های کاری شبانه‌روزی در شش ماه گذشته | ه | | ی | چینش پرسنل با تغییر شرایط تغییر نکند | ۱ | ۲ | چینش پرسنل متناسب با شرایط تغییر کند |
| | ب | | و | | ک | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۸) دوره توجیهی بدو ورود

۸-۱) در اتاق عمل، یک کتابچه / مجموعه توجیهی برای آشنا سازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:

۸-۱-۱) معرفی کلی بیمارستان (از جمله رسالت، چشم‌انداز، ارزش‌ها، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، نقشه ساختمان، بهداشت محیط، آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش و رفتار، امور اداری و مالی هم‌چون مرخصی‌ها، تاخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)

۸-۱-۲) معرفی جزییات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد

۸-۱-۳) زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این بخش

سنجه ۱. بیمارستان کتابچه / مجموعه توجیهی (کاغذی/ الکترونیک) حاوی سه قسمت عناوین مندرج در استاندارد (معرفی کلی بیمارستان، معرفی جزییات و آخرین دستورالعمل‌ها و تجهیزات اختصاصی) را به صورت کاغذی/ الکترونیکی تهیه نموده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|-------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------|--|------------------------------|--|-------|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۱ | الف | کتابچه / مجموعه توجیهی | ه | | ی | کتابچه / مجموعه توجیهی موجود نباشد | کتابچه / مجموعه توجیهی موجود ولی ناقص باشد | کتابچه / مجموعه توجیهی موجود | کتابچه / مجموعه توجیهی موجود و کامل باشد | غ.ق.۱ |
| | ب | کاغذی / الکترونیک حاوی مندرجات سنجه | و | | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد نشان می‌دهند که در این بخش تمامی کارکنان به کتابچه / مجموعه توجیهی (کاغذی/ الکترونیک) دسترسی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی | ۰-۱ نفر دسترسی داشته باشند | ۲-۳ نفر دسترسی داشته باشند | ۴-۵ نفر دسترسی داشته باشند | |
| | ب | | و | | ک | اگر کتابچه/ مجموعه توجیهی در این بخش در دسترس شماسست آن را با هم بینیم | | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵ نفر از کارکنان با اولویت جدیدترین افرادی که به این بخش پیوسته‌اند | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۳. کارکنان جدیدالورود (کارکنانی که طی یکسال قبل از زمان ارزیابی وارد این بخش شده‌اند) این بخش از محتویات کتابچه / مجموعه توجیهی مطلع می‌باشند.*

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|--|--------------|---------------|----------------|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | | ه | | ی | از کارکنانی که طی یک سال گذشته از زمان ارزیابی به این بخش پیوسته‌اند | ۲۰-۰٪ بدانند | ۶۰-۲۱٪ بدانند | ۱۰۰-۶۱٪ بدانند | در صورتی که طی یک سال گذشته هیچ فرد جدیدی به این بخش نپیوسته باشد |
| | ب | | و | | ک | در خصوص محتویات کتابچه/ مجموعه توجیهی در حیطه وظایف هر فرد* * * | | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

* تذکر: در اولین سالی که اعتباربخشی انجام می‌شود، چون هیچ‌یک از کارکنان با کتابچه توجیهی آشنایی ندارند، از همه سوال می‌شود و از سال دوم به بعد، فقط از کارکنان جدیدالورود سوال خواهد شد.

** تذکر: در مورد استاندارد ۲-۱-۸ و ۳-۱-۸، هر فرد لازم است با جزییات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها، بخش‌نامه‌ها و تجهیزات این بخش تنها در حیطه وظایف خود آشنا باشد.

سنجه ۴. شواهد نشان می‌دهند که تمام افرادی که به عنوان آموزش‌گیرنده و آموزش‌دهنده (جدیدالورود) از طرف مراکز آموزشی به این بخش معرفی شده‌اند از محتویات کتابچه / مجموعه توجیهی مطلع می‌باشند. (در اولین سال اعتباربخشی شامل همه افراد است.)

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۴ | الف | | ه | | ی | از آموزش‌دهندگان و آموزش‌گیرندگان در رده‌های مختلف شغلی و آموزشی | ۰-۱ نفر توجیه شده باشند | ۲-۳ نفر توجیه شده باشند | ۴-۵ نفر توجیه شده باشند | در بیمارستان‌های غیرآموزشی یا بخش‌هایی که هر آموزش‌گیرنده بیش از یک هفته در آن نماند یا در صورتی که آموزش‌گیرنده‌ای به این بخش معرفی نمی‌شود |
| | ب | | و | | ک | آیا کتابچه / مجموعه توجیهی در بدو ورود برای مطالعه به شما داده شد؟ چند سوال از کتابچه با توجه به شرح وظایف هر فرد | | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵ نفر | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

تبصره: در مورد استاندارد ۸-۱-۲ و ۸-۱-۳، هر فرد لازم است با جزییات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها، بخش‌نامه‌ها و تجهیزات این بخش تنها در حیطه وظایف خود آشنا باشد.

۹) آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

۹-۱) آزمون اولیه توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.

سنجه ۱. لیست اقداماتی که کارکنان این بخش جهت عهده‌دار شدن نقش‌ها و مسئولیت‌های خود در رده‌های مختلف شغلی ضروریست در آن توانمند باشند، تدوین شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|------------------|--|--|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | لیست اقدامات ضروری برای نقش‌ها و مسئولیت‌ها در رده‌های مختلف شغلی | ه | | ی | | لیست موجود نباشد | لیست برای نقش‌ها و مسئولیت‌ها در بعضی از رده‌های شغلی موجود باشد | لیست برای تمام نقش‌ها و مسئولیت‌ها در تمام رده‌های شغلی موجود باشد | |
| | ب | | و | | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۲. آزمون اولیه صلاحیت و توانمندی براساس مفاد سنجه (۱) قبل از شروع به کار یا عهده‌دار شدن نقش و مسئولیت جدید برای تمام کارکنان جدیدالورود این بخش طراحی شده و اجرا می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|---|---|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| ۲ | الف | مستندات برگزاری آزمون اولیه صلاحیت و توانمندی | ه | | ی | | آزمون اولیه برگزار نمی‌شود | | | آزمون اولیه برگزار می‌شود | |
| | ب | زمان اجرای آزمون قبل از عهده‌دار شدن نقش یا مسئولیت جدید و محتوای سوالات برای هر نقش و مسئولیت منطبق با فهرست سنجه (۱) باشد | و | | ک | | سوالات آن منطبق با فهرست سنجه ۱ نیست | | | سوالات آن منطبق با فهرست سنجه ۱ است | |
| | ج | | ز | | ل | | حتی به یکی از کارکنان، قبل از اخذ نمره قبولی در آزمون اولیه مسئولیت کاری که فرد امتیاز آن را نیاورده، سپرده شده‌است | | | در هیچ‌یک از موارد بررسی شده، قبل از اخذ نمره قبولی در آزمون اولیه مسئولیت کاری که فرد امتیاز آن را نیاورده، به وی سپرده نشده‌است | |
| | د | به تعداد کارکنان جدیدالورود این بخش که طی یک‌سال اخیر از خارج بیمارستان یا سایر بخش‌ها به این بخش پیوسته‌اند | ح | | م | | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

۹-۲) آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک‌بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.

سنجه . آزمون دوره‌ای صلاحیت و توانمندی برای تمامی کارکنان* این بخش با توجه به برنامه توسعه فردی آنان (PDP)** حداقل سالی یک‌بار اجرا می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|---|---|--|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| | الف | برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش و آزمون‌ها و ارزیابی‌های دوره‌ای انجام شده منطبق بر آن | ه | | ی | کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی | ۰-۱ نفر برنامه توسعه فردی دارند یا براساس مستندات ۲۰-۲۰٪ از آزمون‌ها برگزار شده‌است | ۲-۳ نفر برنامه توسعه فردی دارند یا براساس مستندات ۶۰-۲۱٪ آزمون‌ها برگزار شده‌است | ۴-۵ نفر برنامه توسعه فردی دارند و براساس مستندات ۱۰۰-۶۱٪ آزمون‌ها برگزار شده‌است | | |
| | ب | حداقل شامل آزمون‌های برگزار شده براساس عناوین مندرج در محور آموزش و توانمند سازی کارکنان | و | | ک | آیا آزمون‌های دوره‌ای برای شما برگزار می‌شود؟ در چه فواصل زمانی؟ | براساس مصاحبه برای ۰-۱ نفر حداقل سالانه آزمون‌های برگزار شده | براساس مصاحبه برای ۲-۳ نفر حداقل سالانه آزمون‌های برگزار شده | براساس مصاحبه برای ۴-۵ نفر حداقل سالانه آزمون‌های برگزار شده | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | در این بخش | یا | یا | و | | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی و آزمون‌های دوره‌ای مربوطه در رده‌های مختلف شغلی | ح | | | م | ۵ نفر | ۶۰-۲۱٪ از عناوین آموزشی مندرج در محور آموزش و توانمندسازی و برنامه‌های کنترل شده دیده شده‌است | ۱۰۰-۶۰٪ از عناوین آموزشی مندرج در محور آموزش و توانمندسازی و برنامه‌های کنترل شده دیده شده‌است | آموزشی مندرج در محور آموزش و توانمندسازی و برنامه‌های کنترل شده دیده شده‌است | |
| | | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: اگر در زمان اعتباربخشی، زمان آزمون تمام کارکنان مشخص شده اما در مورد برخی از کارکنان هنوز این زمان فرا نرسیده، امتیاز این سنجه و سنجه‌های مشابه (مانند برگزاری دوره‌های آموزشی یا انجام مداخلات اصلاحی) داده می‌شود.

**تذکر: برنامه توسعه فردی جدولی شامل چهار ستون است که ستون اول آن نیازهای آموزشی، ستون دوم روش پاسخ به نیازهای آموزشی مربوطه، ستون سوم زمان برگزاری دوره آموزشی و ستون چهارم نتیجه ارزیابی را مشخص می‌نماید.

**personal development plan.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

۳-۹) آزمون‌های توانمندی دوره‌ای جهت کسب اطمینان از مهارت پرسنل بیهوشی حداقل در رابطه با بیهوشی و آماده‌سازی کودکان، بیحسی‌های منطقه‌ای و مدیریت درد، صورت می‌گیرد.

سنجه ۱. آزمون دوره‌ای جهت کسب اطمینان از مهارت پرسنل بیهوشی و آماده‌سازی کودکان با توجه به برنامه توسعه فردی، (PDP) آنان در فواصل زمانی تعیین شده از سوی این بخش انجام می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|---|--|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش و آزمون‌ها و ارزیابی‌های دوره‌ای انجام شده منطبق بر آن | ه | | ی | از کارکنان بیهوشی | براساس مستندات آزمون برای ۳-۲ نفر برگزار شده‌است | براساس مستندات آزمون برای ۵-۴ نفر برگزار شده‌است | یا | براساس مستندات آزمون برای ۵-۴ نفر اظهارکننده آن‌ها برگزار می‌شود |
| | ب | فواصل زمانی تعیین شده | و | | ک | آیا در زمینه‌ی آماده‌سازی کودکان آزمون دوره‌ای برگزار می‌شود در چه زمانی برگزار شده‌است | ۳-۲ نفر اظهارکننده آزمون دوره‌ای برای آن‌ها برگزار می‌شود | یا | ۵-۴ نفر اظهارکننده آزمون دوره‌ای برای آن‌ها برگزار می‌شود | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | در این بخش | ۱-۰ نفر اظهارکننده آزمون دوره‌ای برای آن‌ها برگزار می‌شود | یا | ۵-۴ نفر اظهارکننده آزمون دوره‌ای برای آن‌ها برگزار می‌شود | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی و آزمون‌های دوره‌ای مربوطه به سنجه برای کارکنان بیهوشی | ح | | م | ۵ نفر | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

سنجه ۲. آزمون دوره‌ای جهت کسب اطمینان از مهارت پرسنل بیهوشی و بی‌حسی موضعی با توجه به برنامه توسعه فردی، (PDP) آنان در فواصل زمانی تعیین شده از سوی این بخش انجام می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|--|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش و آزمون‌ها و ارزیابی‌های دوره‌ای انجام شده منطبق بر آن | ه | | ی | از کارکنان بیهوشی | براساس مستندات آزمون برای ۱-۰ نفر برگزار شده‌است | براساس مستندات آزمون برای ۳-۲ نفر برگزار شده‌است | براساس مستندات آزمون برای ۵-۴ نفر برگزار شده‌است | |
| | ب | فواصل زمانی تعیین شده | و | | ک | آیا در زمینه‌ی بی‌حسی موضعی آزمون دوره‌ای برگزار می‌شود؟ در چه زمانی برگزار شده‌است؟ | یا ۰-۱ نفر اظهارکنند که آزمون دوره‌ای برای آن‌ها برگزار می‌شود | یا ۲-۳ نفر اظهارکنند که آزمون دوره‌ای برای آن‌ها برگزار می‌شود | یا ۴-۵ نفر اظهارکنند که آزمون دوره‌ای برای آن‌ها برگزار می‌شود | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | در این بخش | | | | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی و آزمون‌های دوره‌ای مربوطه به سنجه برای کارکنان بیهوشی | ح | | م | ۵ نفر | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای جهت کسب اطمینان از مهارت پرسنل بیهوشی مدیریت درد با توجه به برنامه توسعه فردی، (PDP) آنان در فواصل زمانی تعیین شده از سوی این بخش انجام می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|--|--|-------|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش و آزمون‌ها و ارزیابی‌های دوره‌ای انجام شده منطبق بر آن | ه | | ی | از کارکنان بیهوشی | براساس مستندات آزمون برای ۲-۳ نفر برگزار شده‌است | براساس مستندات آزمون برای ۴-۵ نفر برگزار شده‌است | غ.ق.۱ | |
| | ب | فواصل زمانی تعیین شده | و | | ک | آیا در زمینه‌ی مدیریت درد آزمون دوره‌ای برگزار می‌شود در چه زمانی برگزار شده‌است | یا ۲-۳ نفر اظهارکنند که آزمون دوره‌ای برای آن‌ها برگزار می‌شود | یا ۴-۵ نفر اظهارکنند که آزمون دوره‌ای برای آن‌ها برگزار می‌شود | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | در این بخش | یا ۲-۳ نفر اظهارکنند که آزمون دوره‌ای برای آن‌ها برگزار می‌شود | یا ۴-۵ نفر اظهارکنند که آزمون دوره‌ای برای آن‌ها برگزار می‌شود | | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی و آزمون‌های دوره‌ای مربوطه به سنجه برای کارکنان بیهوشی | ح | | م | ۵ نفر | یا ۲-۳ نفر اظهارکنند که آزمون دوره‌ای برای آن‌ها برگزار می‌شود | یا ۴-۵ نفر اظهارکنند که آزمون دوره‌ای برای آن‌ها برگزار می‌شود | | |
| | | | ط | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

۹-۴) اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون اولیه توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.

سنجه ۱. نارسایی‌ها براساس نتایج آزمون‌های توانمندی اولیه شناسایی و اولویت‌بندی می‌شوند.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--|--------------------------|---|---------------------------|--------|----|---------|----|---|-----|------------|
| غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| در صورتی که کارکنان جدیدالورود در این بخش نباشند | مستندات مذکور موجود باشد | | مستندات مذکور موجود نباشد | | ی | | ه | مستندات شناسایی و اولویت‌بندی نارسایی‌های مشخص شده براساس آزمون‌های اولیه | الف | ۱ |
| | | | | | ک | | و | | ب | |
| | | | | | ل | | ز | در این بخش | ج | |
| | | | | | م | | ح | | د | |
| | | | | | | | ط | | | |

سنجه ۲. نارسایی‌ها براساس نتایج آزمون‌های توانمندی دوره‌ای شناسایی و اولویت‌بندی می‌شوند.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|--------------------------|---|---------------------------|--------|----|---------|----|---|-----|------------|
| غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | مستندات مذکور موجود باشد | | مستندات مذکور موجود نباشد | | ی | | ه | مستندات شناسایی و اولویت‌بندی نارسایی‌های مشخص شده براساس آزمون‌های دوره‌ای | الف | ۲ |
| | | | | | ک | | و | | ب | |
| | | | | | ل | | ز | در این بخش | ج | |
| | | | | | م | | ح | | د | |
| | | | | | | | ط | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخشی بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. اقدامات اصلاحی، براساس نتایج آزمون‌های توانمندی اولیه‌ی به عمل آمده، اجرا می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | مستندات آزمون‌های اولیه و اقدامات اصلاحی اجرا شده منطبق با نتایج آزمون‌های اولیه | ه | | ی | از کارکنان جدیدالورود این بخش در رده‌های مختلف شغلی | براساس مستندات برای تمام کارکنان جدیدالورود اقدام اصلاحی لازم به عمل آمده‌است | براساس مستندات برای تمام کارکنان جدیدالورود اقدام اصلاحی لازم به عمل آمده‌است | براساس مستندات برای تمام کارکنان جدیدالورود اقدام اصلاحی لازم به عمل آمده‌است | در صورتی که کارکنان جدیدالورود در این بخش نباشند |
| | ب | | و | | ک | در آزمون اولیه چه مشکلی داشتید؟ چه اقدام اصلاحی در این مورد انجام شده‌است؟ | یا | اما | و | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | در این بخش | ۰-۱ نفر بگویند که اقدام اصلاحی براساس آزمون اولیه برای آن‌ها به عمل آمده‌است | ۲-۳ نفر بگویند که اقدام اصلاحی براساس آزمون اولیه برای آن‌ها به عمل آمده‌است | ۴-۵ نفر بگویند که اقدام اصلاحی براساس آزمون اولیه برای آن‌ها به عمل آمده‌است | |
| | د | به تعداد کارکنان جدیدالورود نیازمند اقدام اصلاحی (حد اکثر ۵ نفر) | ح | | م | به تعداد کارکنان جدیدالورود (حداکثر ۵ نفر) همان افرادی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۴. اقدامات اصلاحی، براساس نتایج آزمون‌های توانمندی دوره‌ای به عمل آمده، اجرا می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۴ | الف | مستندات آزمون‌های دوره‌ای و اقدامات اصلاحی اجرا شده منطبق با نتایج آزمون‌های دوره‌ای | ه | | ی | از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی | براساس مستندات برای تمام کارکنان جدیدالورود اقدام اصلاحی لازم به عمل آمده‌است | براساس مستندات برای تمام کارکنان جدیدالورود اقدام اصلاحی لازم به عمل آمده‌است | براساس مستندات برای تمام کارکنان جدیدالورود اقدام اصلاحی لازم به عمل آمده‌است | در صورتی که کارکنان جدیدالورود در این بخش نباشند |
| | ب | | و | | ک | در آزمون دوره‌ای چه مشکلی داشتید؟ چه اقدام اصلاحی در این مورد انجام شده‌است؟ | یا | اما | و | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | در این بخش | ۰-۱ نفر بگویند که اقدام اصلاحی براساس آزمون اولیه برای آن‌ها به عمل آمده‌است | ۲-۳ نفر بگویند که اقدام اصلاحی براساس آزمون اولیه برای آن‌ها به عمل آمده‌است | ۴-۵ نفر بگویند که اقدام اصلاحی براساس آزمون اولیه برای آن‌ها به عمل آمده‌است | |
| | د | ۵ نفر از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی که نیازمند اقدام اصلاحی بوده‌اند | ح | | م | ۵ نفر از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی که مستندات آزمون‌های دوره‌ای آن‌ها کنترل شده‌است | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

تذکر: در امتیاز دهی سنجه (۴) ارزیابان محترم مد نظر داشته باشند که تاریخ انجام اقدام اصلاحی را کنترل نمایند اگر در زمان انجام ارزیابی به منظور اعتبار بخشی هنوز تاریخ تعیین شده، جهت اقدام اصلاحی فرا نرسیده است، امتیاز را بدهند اما اگر تاریخ آن گذشته است مستندات مربوطه را کنترل نمایند و پس از مصاحبه با کارکنان مرتبط امتیاز مناسب را مطابق جدول فوق منظور نمایند.

۹-۵) اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

سنجه ۱. شاخص‌های اثربخشی اقدامات اصلاحی در دو سطح تعیین شده‌اند، سطح اول براساس نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون اقدامات اصلاحی و سطح دوم براساس شاخص‌های اصلی این بخش مانند میزان رضایت بیماران و کارکنان، میزان حوادث ناخواسته، CPR موفق و.....

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|------------------------|-------------------------------------|----|---------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱ | الف | شاخص‌های تعیین شده در ۲ سطح برای بررسی اثربخشی اقدامات اصلاحی | ه | | ی | شاخص‌ها تعیین نشده‌است | شاخص‌ها فقط در یک سطح تعیین شده‌است | یا | شاخص‌ها در دو سطح تعیین شده‌است |
| | ب | | و | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۲. اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده، در جهت ارتقای توانمندی کارکنان و رفع نارسایی‌های شناسایی شده براساس نتایج آزمون‌های دوره‌ای، تحلیل شاخص‌های کلیدی عملکرد و مبتنی بر شواهد بررسی می‌گردد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|-------------------------------------|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | مستندات سنجش و تحلیل شاخص‌ها در دو سطح | ه | | ی | سنجش و تحلیل شاخص‌ها انجام نشده‌است | سنجش و تحلیل شاخص‌ها ناقص انجام شده‌است | | سنجش و تحلیل شاخص‌ها در ۲ سطح انجام شده‌است |
| | ب | | و | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۱۰) آموزش و توانمندسازی کارکنان

۱-۱۰) اتاق عمل یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارایه می‌نماید.

سنجه ۱. شواهد ومستندات نشان می‌دهد که بخش اتاق عمل نیاز سنجی آموزشی سالانه کارکنان را براساس شرح وظایف، برنامه استراتژیک، بهبود کیفیت، تحلیل شاخص‌ها و سیستم گزارش خطاها انجام داده و نتایج را به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان تحویل می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--|--|-------|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ |
| ۱ | الف | گزارش ارزیابی سالانه نیازهای آموزشی کارکنان | ه | | ی | گزارش وجود ندارد | گزارش وجود دارد | گزارش وجود دارد | غ.ق.۱ | |
| | ب | استفاده از موارد مندرج در سنجه در تهیه گزارش | و | | ک | یا | و | و | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | از هیچ کدام از موارد مندرج در سنجه استفاده ننموده‌است | از بخشی از موارد مندرج در سنجه استفاده نموده‌است | از همه موارد مندرج در سنجه استفاده نموده‌است | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند براساس نیازسنجی آموزشی انجام شده مطابق سنجه ۱ برای تمامی کارکنان این بخش با مشارکت آنان برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|--|--|--|---|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۲ | الف | برنامه توسعه فردی کارکنان | ه | | ی | از کارکنان این بخش | برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت نمی‌کند | برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت می‌کند | برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت می‌کند | |
| | ب | مشخصات مطابق الگوی برنامه توسعه فردی مورد اشاره در محور آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان | و | | ک | آیا شما در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت داشته‌اید؟ | یا | اما | و | |
| | ج | در پرونده پرسنلی کارکنان این بخش | ز | | ل | این بخش | براساس مستندات برای ۰-۱ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است | براساس مستندات برای ۳-۲ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است | براساس مستندات برای ۵-۴ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است | |
| | د | ۵ پرونده از رده‌های مختلف شغلی که حتما شامل کارکنان بخش ریکاوری باشند | ح | | م | ۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به‌صورت حضوری یا تلفنی) | یا | یا | و | |
| | | | | ط | | | ۰-۱ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند | ۳-۲ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند | ۵-۴ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند | |

۱۰-۲) تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک‌بار، می‌گذرانند.

سنجه . مستندات و شواهد نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی را براساس برنامه توسعه فردی خود حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره‌های توصیه شده در برنامه | ه | | ی | از کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی | براساس مستندات ۳-۲ نفر برنامه تعیین شده گذرانده‌اند | براساس مستندات ۳-۲ نفر برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند | براساس مستندات ۵-۴ نفر برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند | |
| | ب | | و | | ک | طبق برنامه توسعه فردی تان چه دوره‌های آموزشی برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ | یا ۳-۲ نفر اظهارکنند برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند | یا ۳-۲ نفر اظهارکنند برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند | یا ۵-۴ نفر اظهارکنند برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | این بخش | | | | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش | ح | | | م | ۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی) | | | |
| | | | | ط | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

۱۰-۳) کارکنان حداقل سالی یکبار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های بازآموزی مدون را حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|--|--|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره‌های بازآموزی مدون رسمی و مرتبط در برنامه | ه | | ی | از کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی | براساس مستندات ۱-۲ نفر برنامه آموزشی | براساس مستندات ۲-۳ نفر برنامه آموزشی | براساس مستندات ۴-۵ نفر برنامه آموزشی | در صورتی که گروهی از کارکنان این بخش دوره بازآموزی مدون نداشته باشند، برنامه توسعه فردی کسانی که بازآموزی مدون دارند کنترل شود و اگر هیچ‌کس ندارد، این سنجه غیرقابل ارزیابی خواهد بود |
| | ب | حداقل سالانه | و | | ک | طبق برنامه توسعه فردی تا چه دوره‌های بازآموزی مدون و مرتبط برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ | تعیین شده گذرانده‌اند | تعیین شده گذرانده‌اند | تعیین شده گذرانده‌اند | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | این بخش | یا | یا | یا | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش | ح | | م | ۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده است (به صورت حضوری یا تلفنی) | نفر اظهارکنند برنامه آموزشی بازآموزی مدون مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند | ۲-۳ نفر اظهارکنند برنامه آموزشی بازآموزی مدون مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند | ۴-۵ نفر اظهارکنند برنامه آموزشی بازآموزی مدون مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند | ارزیابی خواهد بود |
| | | | | ط | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های بازآموزی غیرمدون رسمی را حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره‌های بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط در برنامه | ه | | ی | از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی | براساس مستندات ۰-۱ نفر برنامه آموزشی بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند | براساس مستندات ۲-۳ نفر برنامه آموزشی بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند | براساس مستندات ۴-۵ نفر برنامه آموزشی بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند | در صورتی که گروهی از کارکنان این بخش دوره بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط نداشته باشند، برنامه توسعه فردی کسانی که بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط دارند کنترل شود و اگر هیچ‌کس ندارد، این سنجه غیرقابل ارزیابی خواهد بود |
| | ب | | و | | ک | طبق برنامه توسعه فردی تان چه دوره‌های بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ | یا | یا | و | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | این بخش | ۰-۱ نفر اظهارکنند برنامه آموزشی بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند | ۲-۳ نفر اظهارکنند برنامه آموزشی بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند | ۴-۵ نفر اظهارکنند برنامه آموزشی بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی | ح | | م | ۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی) | تعیین شده گذرانده‌اند | تعیین شده گذرانده‌اند | تعیین شده گذرانده‌اند | |
| | | | | ط | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

۱۰-۴) تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی- ریوی پایه در فواصل زمانی مناسب (حداقل سالانه) می‌گذرانند.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|---|---|---|---|----|---------|----|---|-----|------------|
| غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | | | | از کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی | ی | | ه | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره اجرای صحیح احیای قلبی- ریوی پایه در آن | الف | |
| | | | | طبق برنامه توسعه فردی تان دوره اجرای صحیح احیای قلبی- ریوی پایه برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ | ک | | و | حداقل سالانه | ب | |
| | | | | این بخش | ل | | ز | در این بخش | ج | |
| | | | | ۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی) | م | | ح | ۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش | د | |
| | | | | | | | ط | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

۱۰-۵) تمام پزشکان و پرستاران و اتاق عمل، حداقل سالی یکبار، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی پزشکان و پرستاران و کارشناس و کاردان اتاق عمل و بیهوشی آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی-عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور را حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|---|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره انجام احیای قلبی-عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور | ه | | ی | از کارکنان پزشک و پرستار و کاردان اتاق عمل و بیهوشی این بخش | | | | |
| | ب | حداقل سالانه | و | | ک | طبق برنامه توسعه فردی‌تان دوره انجام احیای قلبی-عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ | حتی یک نفر برنامه انجام احیای قلبی-عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، مربوطه را حداقل سالانه نگذرانده باشد | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | این بخش | | | | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده شغلی پزشک و پرستار این بخش | ح | | م | ۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده است (به صورت حضوری یا تلفنی) | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی پزشکان و پرستاران بخش آموزش‌های لازم در زمینه کار با ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مرتبط با احیا را حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|---|---|---|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| ۲ | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره استفاده از ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه در آن | ه | | ی | از کارکنان پزشک و پرستار این بخش | | | | | |
| | ب | حداقل سالانه | و | | ک | طبق برنامه توسعه فردی تان دوره استفاده از ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ | حتی یک نفر برنامه استفاده از ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مرتبط با احیای مربوطه را حداقل سالانه نگذرانده باشد | | | تمامی کارکنان برنامه استفاده از ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مرتبط با احیای مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | این بخش | | | | | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی کارکنان مورد نظر در سنجه این بخش | ح | | | م | ۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده است (به صورت حضوری یا تلفنی) | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

۱۰-۶) تمام کارکنان در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر (حداقل سالانه) آموزش می‌بینند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان در آن | ه | | ی | از کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی | براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان را حداقل سالانه باشند | براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان را حداقل سالانه گذرانده باشند | براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره آموزشی در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان را حداقل سالانه گذرانده باشند | غ.ق.۱ | |
| | ب | حداقل سالانه | و | | ک | طبق برنامه توسعه فردی‌تان دوره در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ | ۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان را حداقل سالانه گذرانده باشند | ۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان را حداقل سالانه گذرانده باشند | ۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان را حداقل سالانه گذرانده باشند | و | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | این بخش | ۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان را حداقل سالانه گذرانده باشند | ۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان را حداقل سالانه گذرانده باشند | ۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان را حداقل سالانه گذرانده باشند | | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش | ح | | | م | ۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به‌صورت حضوری یا تلفنی) | ۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان را حداقل سالانه گذرانده باشند | ۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان را حداقل سالانه گذرانده باشند | ۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان را حداقل سالانه گذرانده باشند | |
| | | | | ط | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

۱۰-۷) تمام کارکنان در زمینه‌ی نقش خود در ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان در زمینه‌ی ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر (حداقل سالانه) آموزش می‌بینند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---|----|---------|----|---|---|---|--|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.ا |
| | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره در زمینه‌ی ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود در آن | ه | | ی | از کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی | بر اساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی در زمینه‌ی نقش خود در ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود را حداقل سالانه گذرانده باشند | بر اساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی در زمینه‌ی نقش خود در ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود را حداقل سالانه گذرانده باشند | بر اساس مستندات ۴-۵ نفر دوره آموزشی در زمینه‌ی نقش خود در ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود را گذرانده باشند | |
| | ب | حداقل سالانه | و | | ک | طبق برنامه توسعه فردی تان دوره در زمینه‌ی ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ | یا | یا | و | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | این بخش | ۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود را حداقل سالانه گذرانده‌اند | ۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود را حداقل سالانه گذرانده‌اند | ۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود را گذرانده‌اند | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش | ح | | م | ۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به‌صورت حضوری یا تلفنی) | ۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود را حداقل سالانه گذرانده‌اند | ۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود را حداقل سالانه گذرانده‌اند | ۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود را گذرانده‌اند | |
| | | | | ط | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

۱۰-۸) تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، ایمنی، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان دوره آموزشی در زمینه ایمنی بیمار را حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--|----|---|---------|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. | |
| ۱ | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی ایمنی بیمار در آن | ه | | ی | از کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی | براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی در زمینه ایمنی بیمار حداقل سالانه گذرانده باشند | یا | براساس مستندات نفر ۳-۲ دوره آموزشی در زمینه ایمنی بیمار حداقل سالانه گذرانده باشند | و | براساس مستندات نفر ۵-۴ دوره آموزشی در زمینه ایمنی بیمار حداقل سالانه گذرانده باشند |
| | ب | حداقل سالانه | و | | ک | طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی ایمنی بیمار برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ | یا | یا | و | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | این بخش | نفر اظهار کنند که دوره آموزشی در زمینه ایمنی بیمار حداقل سالانه گذرانده‌اند | یا | نفر ۳-۲ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی در زمینه ایمنی بیمار حداقل سالانه گذرانده‌اند | و | نفر ۵-۴ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی در زمینه ایمنی بیمار حداقل سالانه گذرانده‌اند |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی و کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش | ح | | م | ۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی) | سالانه گذرانده‌اند | یا | ایمنی بیمار حداقل سالانه گذرانده‌اند | و | سالانه گذرانده‌اند |
| | | | | ط | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان دوره آموزشی در زمینه کنترل عفونت را حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|---|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی کنترل عفونت در آن | ه | | ی | از کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی | براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی در زمینه کنترل عفونت را حداقل سالانه گذرانده باشند | براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی در زمینه کنترل عفونت را حداقل سالانه گذرانده باشند | براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره آموزشی در زمینه کنترل عفونت را حداقل سالانه گذرانده باشند | |
| | ب | حداقل سالانه | و | | ک | طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی کنترل عفونت برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ | یا ۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه کنترل عفونت را حداقل سالانه گذرانده‌اند | یا ۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه کنترل عفونت را حداقل سالانه گذرانده‌اند | و ۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه کنترل عفونت را حداقل سالانه گذرانده‌اند | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | این بخش | | | | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی و کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش | ح | | م | ۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به‌صورت حضوری یا تلفنی) | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان دوره آموزشی در زمینه بهداشت محیط را حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--|--|--|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق |
| ۳ | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی بهداشت محیط در آن | ه | | ی | از کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی | براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی در زمینه بهداشت محیط حداقل سالانه گذرانده باشند | براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی در زمینه بهداشت محیط حداقل سالانه گذرانده باشند | براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره آموزشی در زمینه بهداشت محیط حداقل سالانه گذرانده باشند | |
| | ب | حداقل سالانه | و | | ک | طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی بهداشت محیط برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ | یا | یا | و | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | این بخش | ۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه بهداشت محیط حداقل سالانه گذرانده‌اند | ۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه بهداشت محیط حداقل سالانه گذرانده‌اند | ۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه بهداشت محیط حداقل سالانه گذرانده‌اند | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی و کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش | ح | | م | ۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی) | سالانه گذرانده‌اند | سالانه گذرانده‌اند | سالانه گذرانده‌اند | |
| | | | ط | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

سنجه ۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان دوره آموزشی در زمینه ایمنی و سلامت شغلی را حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|---|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۴ | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی ایمنی و سلامت شغلی در آن | ه | | ی | از کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی | براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی در زمینه ایمنی و سلامت شغلی حداقل سالانه گذرانده باشند | براساس مستندات نفر ۲-۳ دوره آموزشی در زمینه ایمنی و سلامت شغلی حداقل سالانه گذرانده باشند | براساس مستندات نفر ۴-۵ دوره آموزشی در زمینه ایمنی و سلامت شغلی حداقل سالانه گذرانده باشند | |
| | ب | حداقل سالانه | و | | ک | طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی ایمنی و سلامت شغلی برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ | یا | یا | و | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | این بخش | ۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه ایمنی و سلامت شغلی حداقل سالانه گذرانده‌اند | ۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه ایمنی و سلامت شغلی حداقل سالانه گذرانده‌اند | ۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه ایمنی و سلامت شغلی حداقل سالانه گذرانده‌اند | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی و کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش | ح | | م | ۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به‌صورت حضوری یا تلفنی) | حداقل سالانه گذرانده‌اند | حداقل سالانه گذرانده‌اند | حداقل سالانه گذرانده‌اند | |
| | | | | ط | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۵. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان دوره آموزشی در زمینه آتش‌نشانی را حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--|--|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| ۵ | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی آتش‌نشانی در آن | ه | | ی | از کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی | براساس مستندات نفر ۳-۲ دوره | براساس مستندات نفر ۴-۵ دوره آموزشی در زمینه آتش‌نشانی حداقل سالانه گذرانده باشند | و | براساس مستندات نفر ۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه آتش‌نشانی حداقل سالانه گذرانده‌اند |
| | ب | حداقل سالانه | و | | ک | طبق برنامه توسعه فردی‌تان دوره آموزشی آتش‌نشانی برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ | براساس مستندات نفر ۳-۲ دوره آموزشی در زمینه آتش‌نشانی حداقل سالانه گذرانده باشند | یا | ۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه آتش‌نشانی حداقل سالانه گذرانده‌اند | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | این بخش | ۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه آتش‌نشانی حداقل سالانه گذرانده‌اند | یا | ۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه آتش‌نشانی حداقل سالانه گذرانده‌اند | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی و کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش | ح | | م | ۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به‌صورت حضوری یا تلفنی) | براساس مستندات نفر ۳-۲ دوره آموزشی در زمینه آتش‌نشانی حداقل سالانه گذرانده‌اند | یا | ۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه آتش‌نشانی حداقل سالانه گذرانده‌اند | |
| | | | | ط | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

سنجه ۶. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان دوره آموزشی در زمینه مدیریت خطر را حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|---|--|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.ا | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۶ | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی مدیریت خطر در آن | ه | | ی | از کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی | براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی در زمینه مدیریت خطر حداقل سالانه گذرانده باشند | براساس مستندات ۲-۳ دوره آموزشی در زمینه مدیریت خطر حداقل سالانه گذرانده باشند | براساس مستندات ۴-۵ دوره آموزشی در زمینه مدیریت خطر حداقل سالانه گذرانده باشند | |
| | ب | حداقل سالانه | و | | ک | طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی مدیریت خطر برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ | یا ۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه مدیریت خطر حداقل سالانه گذرانده‌اند | یا ۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه مدیریت خطر حداقل سالانه گذرانده‌اند | و ۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه مدیریت خطر حداقل سالانه گذرانده‌اند | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | این بخش | | | | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی و کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش | ح | | م | ۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به‌صورت حضوری یا تلفنی) | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۷. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان دوره آموزشی در زمینه مدیریت بحران را حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|---|---|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۷ | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی مدیریت بحران در آن | ه | | ی | از کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی | براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی در زمینه مدیریت بحران حداقل سالانه گذرانده باشند | براساس مستندات نفر ۲-۳ دوره آموزشی در زمینه مدیریت بحران حداقل سالانه گذرانده باشند | براساس مستندات نفر ۴-۵ دوره آموزشی در زمینه مدیریت بحران حداقل سالانه گذرانده باشند | |
| | ب | حداقل سالانه | و | | ک | طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی مدیریت بحران برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ | یا | یا | و | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | این بخش | نفر اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه مدیریت بحران حداقل سالانه گذرانده‌اند | نفر ۲-۳ اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه مدیریت بحران حداقل سالانه گذرانده‌اند | نفر ۴-۵ اظهارکنند که دوره آموزشی در زمینه مدیریت بحران حداقل سالانه گذرانده‌اند | |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی و کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش | ح | | م | ۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی) | سالانه گذرانده‌اند | سالانه گذرانده‌اند | سالانه گذرانده‌اند | |
| | | | ط | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

۹-۱۰) تمام کارکنان این بخش حداقل یکبار در سال، تمرین (drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

سنجه ۸. شواهد و مستندات نشان می‌دهند با مشارکت این بخش تمرین (drill) که عبارت است از تمرین شبیه‌سازی شده و ساختگی بدون تخلیه و ایجاد استرس برای بیماران جهت پیشگیری، کنترل و بازگشت به حالت اولیه در موارد آتش‌سوزی، حداقل سالانه برگزار می‌گردد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--|--|--|--|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۸ | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره تمرین (drill) آتش‌نشانی در این بخش | ه | | ی | از کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی | مستندات برگزاری تمرین (drill) آتش‌نشانی در این بخش وجود دارد | مستندات برگزاری تمرین (drill) آتش‌نشانی در این بخش وجود دارد | مستندات برگزاری تمرین (drill) آتش‌نشانی در این بخش وجود دارد | مستندات برگزاری تمرین (drill) آتش‌نشانی در این بخش وجود دارد |
| | ب | حداقل سالانه | و | | ک | طبق برنامه توسعه فردی تان دوره تمرین (drill) آتش‌نشانی در این بخش برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ | اما در فواصل بیش از یک‌سال برگزار می‌شود | یا | یا | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | این بخش | ۱-۰ نفر اظهارکنند که در تمرین مربوطه مشارکت داشته‌اند | ۳-۲ نفر اظهارکنند که در تمرین مربوطه مشارکت داشته‌اند | ۵-۴ نفر اظهارکنند که در تمرین مربوطه مشارکت داشته‌اند | ۵-۴ نفر اظهارکنند که در تمرین مربوطه مشارکت داشته‌اند |
| | د | ۵ برنامه توسعه فردی و کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش | ح | | م | ۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به‌صورت حضوری یا تلفنی) | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

(۱۱) کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۱۱-۱) کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

۱۱-۱-۱) اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۱۱-۱-۲) اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی

سنجه ۱. کتابچه / مجموعه (کاغذی/ الکترونیکی) ایمنی و سلامت شغلی با توجه به برنامه مدیریت خطر بیمارستان تدوین شده است و در دسترس کارکنان این بخش است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۱ | الف | کتابچه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط | ه | | ی | از رده‌های مختلف شغلی | ۰-۱ نفر دسترسی داشته باشند یا کتابچه موجود نباشد | ۲-۳ نفر دسترسی داشته باشند یا کتابچه با برنامه مدیریت خطر بیمارستان مطابقت نداشته باشد | و کتابچه با برنامه مدیریت خطر بیمارستان مطابقت داشته باشد | غ.ق.۱ |
| | ب | با در نظر گرفتن برنامه مدیریت خطر بیمارستان به‌ویژه در این بخش | و | | ک | اگر کتابچه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط در دسترس شما است آن را با هم ببینیم | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | در این بخش | | | | |
| | د | | ح | | م | از ۵ نفر پرسیده شود | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. کتابچه/ مجموعه شامل اطلاعات عمومی مندرج در استاندارد است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--------|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | کتابچه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط | ه | | ی | | | | | |
| | ب | شامل هر دو مبحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط | و | | ک | | | | دارای اطلاعات کلی هر دو مبحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط است | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | دارای اطلاعات کلی در یکی از دو مبحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط است | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۳. کتابچه/ مجموعه شامل اطلاعات اختصاصی مندرج در استاندارد است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|--------|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | کتابچه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط | ه | | ی | | | | | |
| | ب | مشخصات مندرج در سنجه و منطبق با برنامه مدیریت خطر بیمارستان | و | | ک | | | فاقد اطلاعات اختصاصی مندرج در استاندارد است | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | بخشی از اطلاعات اختصاصی مندرج در استاندارد را دارد | | |
| | د | | ح | | م | | | تمام اطلاعات اختصاصی مندرج در استاندارد را دارد | | |
| | | | ط | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

(۲-۱۱) اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

سنجه ۱. بروشور (جزوه آموزشی) مرتبط براساس موارد و منابع فوق‌الذکر و با تاکید بر اولویت‌های برنامه مدیریت خطر و موارد جدیدی که هنوز وارد ویرایش جدید کتابچه نشده‌است، تدوین شده و در دسترس کارکنان این بخش است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱ | الف | بروشور (جزوه آموزشی) | ه | | ی | از رده‌های مختلف شغلی | ۰-۱ نفر دسترسی داشته باشند یا بروشور موجود نباشد | ۲-۳ نفر دسترسی داشته باشند یا بروشور حاوی مهم‌ترین نکات* و موارد جدید نباشد | ۴-۵ نفر دسترسی داشته باشند و بروشور حاوی مهم‌ترین نکات و موارد جدید باشد |
| | ب | با مشخصات مندرج در سنجه و اولویت‌های برنامه مدیریت خطر بیمارستان | و | | ک | اگر بروشور (جزوه آموزشی) در دسترس شما است آنرا با هم ببینیم | | | |
| | ج | دراین بخش | ز | | ل | دراین بخش | | | |
| | د | | ح | | م | از ۵ نفر پرسیده شود | | | |
| | | | ط | | | | | | |

*تذکر: مهم‌ترین نکات همان اولویت‌های برنامه مدیریت خطر هستند.

سنجه ۲. کارکنان این بخش از محتویات کتابچه / مجموعه و بروشور ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط مطلع هستند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|---|--|-------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از رده‌های مختلف شغلی | | | | | |
| | ب | | و | | ک | ۳ سوال از کتابچه و بروشور: یک سوال از ایمنی و سلامت شغلی و یک سوال از بهداشت محیط مرتبط با وظایف و مسئولیت‌های هر فرد و یک سوال از بروشور | اگر از ۱۵ سوال * ۰-۲۰٪ پاسخ درست داده شود | اگر از ۱۵ سوال ۶۰-۲۱٪ پاسخ درست داده شود | اگر از ۱۵ سوال ۱۰۰-۶۱٪ پاسخ درست داده شود | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش | | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵ نفر | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: ۳ سوال از هر یک از ۵ نفر که مجموعاً شامل ۱۵ سوال می‌شود.

سنجه ۳. کارکنان این بخش مطالب و نکات مندرج در کتابچه / مجموعه و بروشور ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط را حین انجام کار رعایت می‌کنند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|---------|----|--|----|--------|--------|---|---|-------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| ۳ | الف | | ه | مشاهده عملکرد افراد در خصوص رعایت مفاد کتابچه / بروشور | ی | | | | | | |
| | ب | | و | در این بخش | ک | | | | | | |
| | ج | | ز | ۵ نفر از رده‌های مختلف شغلی | ل | | | | | | |
| | د | | ح | بطور مستقیم و غیرمستقیم | م | | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

۱۲) خط‌مشی‌ها و روش‌ها

۱۲-۱) یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش اتاق عمل وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:

۱۲-۱-۱) خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت است.

۱۲-۱-۲) خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

۱۲-۱-۳) خط‌مشی‌ها به روشنی مشخص هستند.

۱۲-۱-۴) روش‌ها به روشنی مشخص هستند.

۱۲-۱-۵) کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.

۱۲-۱-۶) کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای نمایه مشخص است.

سنجه . کتابچه / مجموعه (کاغذی/ الکترونیکی) خط‌مشی‌ها و روش‌ها شامل موارد مندرج در استاندارد در این بخش موجود و در دسترس تمامی کارکنان است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|--|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | کتابچه خط‌مشی‌ها* و روش‌ها | ه | | ی | از رده‌های مختلف شغلی | ۰-۱ نفر دسترسی داشته باشند یا کتابچه موجود نباشد | ۲-۳ نفر دسترسی داشته باشند یا کتابچه حاوی تمام مندرجات استاندارد نباشد | ۴-۵ نفر دسترسی داشته باشند و کتابچه حاوی تمام مندرجات استاندارد باشد |
| | ب | مشخصات مندرج در استاندارد ۱-۱۲ و زیرمجموعه آن | و | | ی | اگر کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در دسترس شما است آن را با هم بینیم | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | در این بخش | | | |
| | د | | ح | | م | از ۵ نفر پرسیده شود | | | |
| | | | ط | | | | | | |

*تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مربوطه یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

۱۲-۲) خطمشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل است:

سنجه . خطمشی‌ها و روش‌ها شامل موارد ذیل هستند.

- نام دانشگاه
- نام بیمارستان
- عنوان / موضوع (مانند عناوینی که در استانداردهای اعتباربخشی ملی، در قسمت خطمشی‌ها و روش‌ها از بیمارستان‌ها خواسته شده است).
- دامنه خطمشی و روش (مانند بخش یا واحد مربوطه یا در مورد خطمشی و روش‌هایی که برای کل بیمارستان یا قسمت‌های خاصی مثلا بخش‌های ویژه موضوعیت دارد جلوی این مورد نوشته می‌شود کل بیمارستان یا بخش‌های ویژه و...)
- کد خطمشی (بیمارستان می‌تواند با هر سیستم کدگذاری که انتخاب می‌کند، خطمشی‌ها و روش‌ها را دسته‌بندی و قابل شناسایی نماید که می‌تواند مجموعه‌ای از حروف و اعداد باشد که به عنوان مثال به حروف اول نام بیمارستان، بالینی یا غیربالینی بودن موضوع، بخش یا برنامه مربوطه و شماره خطمشی و روش مورد نظر اشاره نماید).
- تاریخ ابلاغ
- تاریخ آخرین بازنگری (باید بعد از ابلاغ باشد)
- تاریخ بازنگری بعدی (در صورتی که هنوز تاریخ اولین بازنگری فرا نرسیده، لازم نیست این قسمت تکمیل شود).
- تعاریف (در صورتی که واژه‌ها یا اصطلاحات خاصی وجود دارند که به نظر می‌رسد اگر تعریف نشوند ممکن است از آن‌ها برداشت‌های متفاوتی شود، این قسمت تدوین می‌گردد و در غیر این صورت وجود آن ضروری نیست اما باید توجه داشت که در صورت تعریف کردن برخی واژه‌ها و اصطلاحات، لازم است یک تعریف واحد در کل بیمارستان ارایه شود و یک واژه در دو یا چند خطمشی، تعاریف متفاوتی نداشته باشد).
- خطمشی: در این قسمت لازم است نوشته شود **چرا** این خطمشی و روش نوشته شده است؛ بیمارستان با نوشتن و اجرای آن در پی دستیابی به **چه هدفی** است و **سیاست بیمارستان** در رابطه با موضوع مورد نظر چیست. (به عنوان مثال در رابطه با رعایت بهداشت دست در بیمارستان، می‌توان نوشت : با توجه به **(چرایی)** لزوم پیشگیری و کنترل عفونت در بیمارستان و اعلام رعایت بهداشت دست به عنوان یک راه حل اثر بخش از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع، بیمارستان با **هدف** پیشگیری از انتقال عفونت از بیماری به بیمار دیگر یا به کارکنان از طریق دست‌های آلوده، **سیاست** رعایت بهداشت دست‌ها در ۵ موقعیت اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع توسط تمامی کارکنان را، اتخاذ نموده است).
- مشخص کردن فردی که پاسخ‌گوی اجرای این خطمشی می‌باشد و روشی که وی با استفاده از آن اطمینان حاصل می‌نماید که خطمشی و روش مذکور اجرا می‌شود. (لازم به ذکر است که این شیوه شامل بررسی دوره‌ای روند اجرا و دادن بازخورد و تعامل با مجریان و ذینفعان جهت آگاهی از موانع احتمالی اجرا و برطرف کردن آن‌ها با بهره‌گیری از مشارکت و هم‌فکری آنان می‌باشد و به هیچ عنوان نباید جنبه بازرسی و مچ‌گیری داشته باشد و فقط به منظور تقویت کار تیمی و استفاده از خردجمعی برای حل کردن مسائل است).
- روش با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن (بهتر است روش کار به صورت مرحله به مرحله و ۱،۲،۳،۴ و... نوشته شود و لازم است ذکر شود که مراحل مختلف کار توسط چه افرادی انجام می‌شود تا کارکنان در زمان اجرا دچار ابهام نشوند مگر در مواردی که چند مرحله پشت سر هم توسط یک فرد انجام می‌شود و کاملاً مشخص است که در این صورت تکرار آن ضرورت ندارد. بدیهی است که منظور مشخص بودن سمت افراد است نه نام آن‌ها).

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

- امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چکلیست کنترل آن (تدوین این قسمت ضروری نیست).
- جدول اسامی شامل اسامی تهیه‌کنندگان، تاییدکننده و ابلاغ‌کننده با ذکر سمت آن‌ها و درج امضای تمامی افراد مذکور
- شماره صفحات
- منابع (در مواردی که کاملاً اجرایی است و استفاده از منابع علمی موضوعیت ندارد، در این قسمت نوشته می‌شود، تجربه بیمارستان).
- استفاده از فونت، اندازه و فرمت یکسان برای نوشتن خط‌مشی‌ها و روش‌های بخش‌ها و واحدهای مختلف (به عنوان مثال در تمام موارد برای مشخص کردن قدم‌های مختلف روش، از اعداد یا گوی استفاده شود و اندازه عناوین اصلی و فرعی در تمام موارد یکسان باشند).

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------------------------|----|---------|----|--|---|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳.ق.۱ |
| | الف | کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها | ه | | ی | خط‌مشی‌ها و روش‌ها شامل تمام مندرجات سنجه ۱ باشد | خط‌مشی‌ها و روش‌ها شامل تمام مندرجات سنجه ۱ نباشد | | | |
| | ب | مشخصات مندرج در سنجه ۱ | و | ک | | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۱۲-۲-۱) رعایت حقوق گیرندگان خدمت

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مستول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور جزء تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد | مستول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مستول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | ۲ | غ.ق.۱ |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش | و | ک | | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|--|--|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مستول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور در این بخش/ واحد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۳-۴ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۲ | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | ک | | | | | | |
| | ج | | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
**تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---|----|--|--|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | مستندات مورد اشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | و |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | و |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | یا نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا نشانگر تطابق عملکرد باشد | و |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | یا نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا نشانگر تطابق عملکرد باشد | و |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۲) برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و..)

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط‌مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|---|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | جزء تهیه‌کنندگان خط‌مشی و روش مذکور نباشد | از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا. |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
**تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۳) ارزیابی خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیر تعطیل)

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط‌مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|---|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | جزء تهیه‌کنندگان خط‌مشی و روش مذکور نباشد | از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا. |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

**تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
**تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۴) فرآیند پذیرش و انتقال بیمار از اتاق عمل

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--|---|--|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا. |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

**تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

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

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|---|---|--|----------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ | |
| ۳ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | و | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | و | |
| | ج | | ز | ۵* مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | و | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵* مورد | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۵) نوبت دادن با در نظر گرفتن اولویت‌ها

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--|---|--|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | د | | ح | | م | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | | | | ط | | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|---|---|--|--|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا. |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه* باشند | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
**تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۶) نظافت اتاق‌های عمل

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--|---|--|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا. |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

**تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

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

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---|----|--|--|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | مستندات مورد اشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۷) جایجایی نمونه‌ها

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|---|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش | و | | ک | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا. |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
**تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۸) روش‌های ضد عفونی

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|---|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا. |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

**تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

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

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش / واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش / واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۹) رعایت بهداشت دست‌ها مطابق با پروتکل مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط‌مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--|---|--|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ج | این بخش / واحد | ز | | ل | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | د | | ح | | م | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | | | ط | | | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا. |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
**تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۱۰) ایمنی کارکنان (به‌ویژه در هنگام استفاده از فلوروسکوپی، لیزر و..)

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|---|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا. |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | غ.ق.ا. |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
**تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|---|----------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ | |
| ۳ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | و | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | و | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | و | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۱۱) پاسخ‌دهی موارد بحران

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط‌مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|---|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | د | | ح | | م | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | | | | ط | | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

**تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

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

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۱۲) چگونگی ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به صورت شفاهی (به عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می‌شوند.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط‌مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|---|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | جزء تهیه‌کنندگان خط‌مشی و روش مذکور نباشد | از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا. |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

**تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
**تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|---|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | و |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و | و |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و | و |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و | و |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۱۳) استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|---|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | جزء تهیه‌کنندگان خط‌مشی و روش مذکور نباشد | از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا. |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

**تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

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

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|---|----------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ | |
| ۳ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | و | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | و | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | و | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۱۴) استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--------------------------------------|---|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ | |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | جزء تهیه‌کنندگان خط‌مشی و روش مذکور نباشد | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا. |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

**تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
 **تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|---|----|---|----|--|---|--|---|----------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ | |
| ۳ | الف | مستندات مورد اشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | و | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و | و | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و | و | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۱۵) ارزیابی و تسکین درد

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط‌مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|---|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | د | | ح | | م | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | | | ط | | | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا. |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

**تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
 **تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|---|----------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ | |
| ۳ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | و | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | و | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | و | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۱۶) نحوه‌ی مراقبت از بیمارانی که تحت آرام‌بخش متوسط و عمیق قرار گرفته‌اند.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط‌مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|---|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | د | | ح | | م | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | | | | ط | | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا. |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | غ.ق.ا. |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
**تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۱۷) بی‌حسی موضعی (لوکال)

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط‌مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|---|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا. |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

**تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
**تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش / واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|---|---------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. | |
| ۳ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | | |
| | ج | | ز | ۵* مورد | ل | در این بخش / واحد | یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵* مورد | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۱۸) راهنماهای طبابت بالینی حداقل در پنج مورد از حالات وخیم و شایع در مراجعه‌کنندگان به بخش بیهوشی و اتاق عمل (راهنماهای مورد تایید مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|---|---|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور جزء تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | در صورتی که راهنماهای طبابت بالینی مورد تایید وزارت بهداشت هنوز ابلاغ نشده باشند | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش | و | ک | | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|--|--|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور مفاد کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور در این بخش/ واحد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | در صورتی که راهنماهای طبابت بالینی مورد تایید وزارت بهداشت هنوز ابلاغ نشده باشند | |
| | ب | | و | ک | | | | | | |
| | ج | | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق‌گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

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

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش / واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|---|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | در صورتی‌که راهنماهای طبابت بالینی مورد تایید وزارت بهداشت هنوز ابلاغ نشده باشند |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵* مورد | ل | در این بخش / واحد | عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵* مورد | عملکرد باشد | نشانگر تطابق عملکرد باشد | نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۲-۲-۱۹) شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ‌یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی (مطابق بخش‌نامه شماره ۸۲۹۷/۱۰/۸/ک مورخ ۱۳۸۹/۶/۹)

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | جزء تهیه‌کنندگان خط‌مشی و روش مذکور نباشد | از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | | م | | | |
| | | | | ط | | | | | |

سنجه ۲. کارکنان این بخش/ واحد از خط‌مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|---|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط‌مشی و روش مذکور | ۲-۳ نفر از مجریان از خط‌مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط‌مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط‌مشی و روش مذکور آگاه باشند |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط‌مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط‌مشی و روش مذکور آگاه* باشند | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتماً یکی از آن‌ها مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور باشد | | | |
| | | | | ط | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق‌گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

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

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش / واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|---|----|---|----|--|--|--|---|---------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. | |
| ۳ | الف | مستندات مورد اشاره در خط مشی و روش مذکور یا نحوه ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه های هدف خط مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط مشی و روش مذکور | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش / واحد | یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

(۱۳) پذیرش در اتاق عمل و ارزیابی بیمار

۱۳-۱) اولین ارزیابی پزشکی بیمار قبل از عمل جراحی، توسط جراح انجام و ثبت می‌شود.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهد که پزشک جراح، با اخذ شرح حال، انجام معاینات و کنترل نتایج آزمایش‌ها و سایر اقدامات پاراکلینیک بیمار را قبل از عمل جراحی مورد ارزیابی قرارداده و نتایج را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|--------|---|---|---------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. |
| | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | | | | | |
| | ب | برگه شرح حال و سیر بیماری که موارد مندرج در سنجه در آن توسط جراح مسئول ثبت امضا و مهر شده است که ساعت و تاریخ درج شده در آن نشان می‌دهد که ارزیابی در همان روز و قبل از عمل جراحی انجام شده است | و | | ک | موارد مندرج در سنجه در برگه شرح حال (۳)* و برگه سیر (۴)* بیماری درج نشده یا ساعت و تاریخ آن نشان می‌دهد که در همان روز ارزیابی انجام نشده است | | | موارد مندرج در سنجه در برگه شرح حال (۳) و برگه سیر (۴) بیماری درج شده و ساعت و تاریخ آن نشان می‌دهد توسط جراح مسئول در همان روز و قبل از عمل جراحی انجام شده است | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

* ۳ طرح استاندارد سازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور ۱۰۰/۷ (در صورتی که پزشک پس از اولین ویزیت، تصمیم بگیرد بیمار را همان روز جراحی کند، برگه شرح حال بررسی می‌شود اما اگر ویزیت اول نباشد، برگه سیر بیماری بررسی می‌گردد).

* ۴ طرح استاندارد سازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور ۱۰۰/۸

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

۱۳-۲) ارزیابی بیمار قبل از القای بیهوشی توسط متخصص بیهوشی انجام و ثبت می‌شود.

سنجه . شواهد ومستندات نشان می‌دهد که متخصص بیهوشی بیمار را قبل از القای بیهوشی، براساس برگه بیهوشی (هر دو سوی برگه شماره ۷)* مورد ارزیابی قرار داده و نتایج را در برگه مربوطه ثبت می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------------------------------------|----|---|----|---|---|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | برگه بیهوشی | ه | انجام معاینات و کنترل آزمایشات قبل از القای بیهوشی توسط متخصص بیهوشی و ثبت هم‌زمان آن در برگ بیهوشی | ی | با بیماران جراحی شده در بخش اتاق عمل مربوطه | حتی در یک مورد ارزیاب مشاهده کند که معاینه قبل از القای بیهوشی انجام نمی‌شود | در تمام موارد مشاهده شده، معاینه قبل از القای بیهوشی انجام شود | در تمام موارد مشاهده شده، معاینه قبل از القای بیهوشی انجام شود |
| | ب | تکمیل قسمت مربوطه قبل از القای بیهوشی | و | در این بخش | ک | آیا قبل از بیهوش کردن، متخصص بیهوشی شمارا معاینه کرد؟ | یا حتی در یک مورد ثبت هم‌زمان نتایج ارزیابی مندرج در برگ بیهوشی انجام نمی‌شود | در تمام موارد، ثبت هم‌زمان نتایج ارزیابی مندرج در برگ بیهوشی انجام شود | در تمام موارد، ثبت هم‌زمان نتایج ارزیابی مندرج در برگ بیهوشی انجام شود |
| | ج | در این بخش | ز | ۵ نفر | ل | در بخش جراحی | ثبت هم‌زمان نتایج ارزیابی مندرج در برگ بیهوشی انجام نمی‌شود | در تمام موارد، ثبت هم‌زمان نتایج ارزیابی مندرج در برگ بیهوشی انجام شود | ثبت هم‌زمان نتایج ارزیابی مندرج در برگ بیهوشی انجام شود |
| | د | ۵ مورد | ح | به طور غیرمستقیم | م | ۵ نفر | یا | اما | بیمار بگویند |
| | | | | ط | | | ۱-۰ بیمار بگوید قبل از بیهوشی معاینه مذکور در مورد وی انجام شده‌است | قبل از بیهوشی معاینه مذکور در مورد آنها انجام شده‌است | ۳-۲ بیمار بگویند قبل از بیهوشی معاینه مذکور در مورد آنها انجام شده‌است |

* طرح استاندارد سازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور ۱۰۰/۱۱

۱۳-۳) پزشک معالج داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در بخش، مورد بررسی قرار داده و داروهای لازم را به دستورات دارویی بیمار اضافه می‌نماید.

سنجه . مستندات نشان می‌دهد پزشک جراح داروهای در حال مصرف بیمار را قبل از عمل جراحی بررسی می‌نماید و در مواردی که برخی داروها مانند آنتی‌بیوتیک‌های پروفیلاکتیک لازم برای بیمار تجویز و یا داروهایی مانند داروهای ضد انعقادی قطع نشده باشد، تصمیمات لازم را اتخاذ می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--------|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ |
| | الف | برگه دستورات پزشکی و یا برگه سیر بیماری در پرونده بیمار | ه | | ی | | | | | |
| | ب | اشاره به بررسی انجام شده و تصمیمی که براساس آن اتخاذ شده | و | | ک | | | | | |
| | ج | ۵ پرونده | ز | | ل | | | | | |
| | د | دراین بخش | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

۱۳-۴) چکلیست جراحی ایمن (مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، در هر نوبت توسط فرد دوره دیده‌ای تکمیل و در پرونده بیمار، ثبت می‌گردد.

سنجه . شواهد ومستندات نشان می‌دهد که تکمیل چک لیست جراحی ایمن برای هر بیمار مطابق مفاد و پیوست‌های بخش‌نامه شماره ۳۸۸۰۴۴ مورخه ۱۳۸۸/۸/۱۰ انجام شده و در پرونده وی ثبت می‌گردد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|--------------------------------------|----|--|--|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | چکلیست جراحی ایمن ابلاغی در پرونده بیمار | ه | تکمیل چکلیست جراحی ایمن در حین جراحی | ی | بیماران جراحی شده در بخش اتاق عمل | حتی در مورد یک بیمار چکلیست جراحی ایمن تکمیل نشده‌است یا حتی در یک مورد مشاهدات ارزیاب نشان دهد که چکلیست در حین عمل تکمیل نشده‌است یا حتی یک بیمار در بخش جراحی اظهار دارد که سوالات مربوطه از وی پرسیده نشده‌است | | | چکلیست جراحی ایمن در هر ۵ پرونده تکمیل شده‌است و هر ۵ مورد مشاهده ارزیاب نشان دهد که چکلیست مذکور تکمیل می‌شود و هر ۵ بیمار که با آنها مصاحبه شده اظهار کنند که سوالات چکلیست از آنها پرسیده شده‌است |
| | ب | چکلیست جراحی ایمن تکمیل شده | و | در این بخش | ک | در خصوص چکلیست مربوطه که آیا در اتاق عمل از وی سوال شده یا خیر | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | ۵ مورد | ل | در بخش جراحی | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | مستقیم یا غیرمستقیم | م | ۵ نفر | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

گزارش پرستاری

۱۳-۵) یک پرستار یا کاردان اتاق عمل و یا تکنیسن بیهوشی، بیمار را در بخش اتاق عمل پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می‌نماید:

۱۳-۵-۱) علت پذیرش بیمار در اتاق عمل

۱۳-۵-۲) ساعت و تاریخ پذیرش در اتاق عمل

۱۳-۵-۳) نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)

۱۳-۵-۴) برنامه مراقبتی در اتاق عمل

سنجه ۱. فردی که بیمار را در این بخش پذیرش می‌نماید (اولین پذیرش) حداقل پرستار یا کاردان اتاق عمل یا تکنیسن بیهوشی است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------------------------------------|----|---------|----|--------|--------|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ |
| ۱ | الف | پرونده بیمار (از برگه گزارش پرستاری)* | ه | | ی | | | | |
| | ب | نام و امضا و مهر فرد پذیرش‌کننده | و | | ک | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | | ط | | | | | |

*: طرح استانداردسازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور ۱۰۰/۱۵

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۲. پرستار یا کاردان اتاق عمل یا تکنسین بیهوشی علت پذیرش، ساعت، تاریخ، نتایج ارزیابی جسمی، نتایج ارزیابی روحی و برنامه مراقبتی را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------------------|----|---------|----|--------|---------------------|---------------------------|----------------------------|---|
| | | | | | | | غ.ق.ا | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۲ | الف | برگه گزارش پرستاری | ه | | ی | | | | | |
| | ب | موارد مندرج در سنجه | و | | ک | | | | | |
| | ج | دراین بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |
| | | | | | | | ۲۰٪-موارثت شده باشد | ۶۰٪-۲۱٪موارد ثبت شده باشد | ۱۰۰٪-۶۱٪موارد ثبت شده باشد | |

گزارش پزشکی

۱۳-۶) پزشکان معالج (جراح و متخصص بیهوشی هر یک به‌طور جداگانه)، پس از انجام ارزیابی‌های اولیه موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می‌نمایند:

۱۳-۶-۱) ساعت و تاریخ انجام ویزیت

۱۳-۶-۲) نتایج حاصل از ارزیابی بالینی بیمار در اتاق عمل و نتایج بررسی‌های پاراکلینیکی درخواست شده

۱۳-۶-۳) توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشکان معالج

۱۳-۶-۴) تایید تکمیل رضایت‌نامه آگاهانه جهت انجام عمل جراحی

۱۳-۶-۵) تایید تکمیل رضایت‌نامه آگاهانه جهت انجام بی‌حسی یا بیهوشی

۱۳-۶-۶) تشخیص قبل از عمل

سنجه ۱. پزشک جراح، بیمار را در اتاق عمل قبل از القای بیهوشی، ارزیابی نموده و موارد مندرج در استاندارد را در پرونده وی ثبت می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱ | الف | برگه سیر بیماری | ه | انجام معاینات و کنترل آزمایشات قبل از القای بیهوشی توسط جراح و ثبت هم‌زمان آن در پرونده بیمار | ی | از بیماران جراحی شده در بخش اتاق عمل مذکور | براساس مشاهدات، حتی در یک مورد، ارزیابی قبل از القای بیهوشی، توسط جراح، انجام نشود | براساس مشاهدات، در تمام موارد، ارزیابی قبل از القای بیهوشی، توسط جراح، انجام شود | براساس مشاهدات، در تمام موارد، ارزیابی قبل از القای بیهوشی، توسط جراح، انجام شود |
| | ب | حاوی موارد مندرج در سنجه با مهر و امضای جراح معالج | و | در این بخش | ک | آیا پزشک معالج در اتاق عمل مجدداً شما را معاینه کرد؟ | یا | اما | و |
| | ج | در این بخش | ز | ۵ نفر | ل | در بخش جراحی | ۲۰-۰٪ موارد ثبت شده باشد | ۶۰-۲۱٪ موارد ثبت شده باشد | ۱۰۰-۶۱٪ موارد ثبت شده باشد |
| | د | ۵ پرونده | ح | به طور غیرمستقیم | م | ۵ بیمار جراحی شده که ترجیحاً طی دو روز اخیر در اتاق عمل مذکور، عمل شده باشند | یا | یا | و |
| | | | | ط | | | ۱-۰ بیمار اظهارنمایند که جراح معالج در اتاق عمل آن‌ها را معاینه کرده است | ۳-۲ بیمار اظهارنمایند که جراح معالج در اتاق عمل آن‌ها را معاینه کرده است | ۵-۴ بیمار اظهارنمایند که جراح معالج در اتاق عمل آن‌ها را معاینه کرده است |

سنجه ۲. پزشک متخصص بیهوشی، بیمار را در اتاق عمل قبل از القای بیهوشی ارزیابی نموده و موارد مندرج در استاندارد را در پرونده وی ثبت می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--------|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | برگه سیر بیماری و برگه بیهوشی | ه | | ی | | | | |
| | ب | حاوی موارد مندرج در سنجه بامهر و امضای پزشک بیهوشی | و | | ک | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده بررسی شده در سنجه یک | ح | | | م | | | |
| | | | | ط | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که پزشک جراح از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از بیمار مطابق با استاندارد ۱۱ حقوق گیرنده خدمت اطمینان حاصل می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|--|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | | | | | |
| | ب | برگه وضعیت آگاهانه تکمیل و امضا شده در خصوص عمل جراحی | و | | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | ۵ پرونده بررسی شده در سنجه‌های ۱ و ۲ | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |
| | | | | | | | حتی در یک پرونده برگه رضایت آگاهانه با ویژگی‌های مذکور موجود نباشد | | | در هر ۵ پرونده برگه رضایت آگاهانه با ویژگی‌های مذکور موجود باشد |

سنجه ۴. مستندات نشان می‌دهد که پزشک متخصص بیهوشی از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از بیمار مطابق با استاندارد ۱۱ حقوق گیرنده خدمت در خصوص انجام بیهوشی یا بی‌حسی اطمینان حاصل می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|--|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۴ | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | | | | | |
| | ب | برگه وضعیت آگاهانه تکمیل و امضا شده در خصوص نوع بیهوشی و بی‌حسی | و | | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | ۵ پرونده بررسی شده در سنجه ۳ | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |
| | | | | | | | حتی در یک پرونده برگه رضایت آگاهانه با ویژگی‌های مذکور موجود نباشد | | | در هر ۵ پرونده برگه رضایت آگاهانه با ویژگی‌های مذکور موجود باشد |

*تذکر: فرم آموزش بیمار با فرمت مورد اشاره در سنجه ۲ استاندارد ۹-۱۱ حقوق گیرنده خدمت، تهیه شده‌است.

۱۴) پرونده بیمار

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

سنجه ۱. همه کارکنانی که طبق قوانین و مقررات یا خط‌مشی بیمارستان، مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، توسط بیمارستان مشخص شده‌اند و براساس آن عمل می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|---|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱ | الف | مستندات مربوط به مشخص کردن کارکنان مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیمار (قوانین و مقررات، خط‌مشی و روش، پرونده بیمار) | ه | | ی | | افراد مجاز مشخص شده باشند | افراد مجاز مشخص شده باشند | افراد مجاز مشخص شده باشند |
| | ب | عدم ثبت توسط افراد غیرمجاز | و | | ک | | یا | و | و |
| | ج | این بخش | ز | | ل | | در ۱-۰ پرونده براساس آن اقدام شده باشد. | در ۳-۲ پرونده براساس آن اقدام شده باشد | در ۵-۴ پرونده براساس آن اقدام شده باشد |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۲. حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، توسط بیمارستان براساس قوانین و مقررات، مشخص شده است و کارکنان براساس آن اقدام می‌نمایند که در کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌کند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|----------------------------|----|---------|----|--------|---------------------------------------|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها* | ه | | ی | | این خط‌مشی و روش در کتابچه موجود نیست | | |
| | ب | | و | | ک | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

* تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.ا |
| ۳ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور جزء تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | غ.ق.ا |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش | و | | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۴. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|-------------------|--|--|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.ا |
| ۴ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | غ.ق.ا |
| | ب | | و | | ک | | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

* تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق‌گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
 ** تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

سنجه ۵. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|---|---------|--------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. | |
| ۵ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | غ.ق. ۱ | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | غ.ق. ۱ | |
| | ج | | ز | ۵* مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | غ.ق. ۱ | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵* مورد | | | | | غ.ق. ۱ |
| | | | | ط | | | | | | | غ.ق. ۱ |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۴-۲) در ثبت مستندات در پرونده بیمار(یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند:

تذکر: در بررسی محتویات این استاندارد، درمورد هر یک از بندهای ذیل بطور جداگانه در یک پرونده، حتی اگر یک مورد عدم رعایت دیده شود امتیاز آن پرونده صفر می‌شود، به‌عنوان مثال اگر در یک پرونده ثبت تاریخ در ۴ گزارش پزشک از ۵ گزارش موجود صورت گرفته باشد، امتیاز آن پرونده صفر می‌شود و پس از بررسی ۵ پرونده، با همین روال اگر در ۰-۱ پرونده استاندارد رعایت شده باشد، امتیاز صفر، اگر در ۲-۳ پرونده رعایت شده باشد امتیاز ۱ و اگر در ۴-۵ پرونده رعایت شده باشد امتیاز ۲ می‌باشد.

۱۴-۲-۱) تمام اطلاعات با خودکار، نوشته می‌شوند.

سنجه . مستندات یا سایر گزارشات مربوط به بیمار با خودکار یا به صورت تایپی نوشته شده‌اند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--------------------------|----|---------|----|---|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | در ۰-۱ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۲-۳ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۴-۵ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | |
| | ب | موارد مندرج در استاندارد | و | | ک | | | | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۱۴-۲-۲) تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.

سنجه . مستندات پرونده بیمار یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار بصورت خوانا (دست‌نویس-تایپی) نوشته شده‌اند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--------------------------|----|---------|----|------------------------|--------|-----------------------|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | حتی یک نفر درست نخواند | | هر ۵ نفر درست بخوانند | |
| | ب | موارد مندرج در استاندارد | و | | ک | | | | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۱۴-۲-۳) نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات پرونده وی و روی جلد پرونده ثبت می‌شوند.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند روی جلد و در تمام صفحات تمام پرونده‌ها، نام، نام خانوادگی و شماره پرونده ثبت می‌شود.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|---|---|---|--------|----|---------|----|--------------------------|-----|------------|
| غ.ق.ا | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | | | در ۰-۱ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | | ی | | ه | پرونده بیمار | الف | |
| | | در ۲-۳ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | | | ک | | و | موارد مندرج در استاندارد | ب | |
| | | در ۴-۵ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | | | ل | | ز | این بخش | ج | |
| | | | | | م | | ح | ۵ پرونده | د | |
| | | | | | | | ط | | | |

۱۴-۲-۴) زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.

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

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|---|---|---|--------|----|---------|----|--------------------------|-----|------------|
| غ.ق.ا | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | | | در ۰-۱ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | | ی | | ه | پرونده بیمار | الف | |
| | | در ۲-۳ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | | | ک | | و | موارد مندرج در استاندارد | ب | |
| | | در ۴-۵ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | | | ل | | ز | این بخش | ج | |
| | | | | | م | | ح | ۵ پرونده | د | |
| | | | | | | | ط | | | |

۱۴-۲-۵) در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده‌است.

سنجه . در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|--------------------------|----|---------|----|--------|---|---|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | | در ۱-۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۳-۲ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۵-۴ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | |
| | ب | موارد مندرج در استاندارد | و | | ک | | | | | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۱۴-۲-۶) هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آن‌ها وجود ندارد.

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

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|--------------------------|----|---------|----|--------|---|---|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | | در ۱-۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۳-۲ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۵-۴ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | |
| | ب | موارد مندرج در استاندارد | و | | ک | | | | | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۱۴-۲-۷) در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده‌است.

سنجه . در مستندات پرونده بیمار یا سایر گزارش‌های بیمار هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--------------------------|----|---------|----|--------|---|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | | در ۰-۱ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۲-۳ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۴-۵ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | غ.ق.۱ |
| | ب | موارد مندرج در استاندارد | و | | ک | | | | | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۱۴-۲-۸) در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشکی و گزارش پرستاری تعداد موارد خط‌خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.

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

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|-------------------------------|----|---------|----|--------|---|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | | در ۰-۱ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۲-۳ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۴-۵ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در صورتی که در هیچ‌یک از پرونده‌های چک شده اصلاح صورت نگرفته باشد |
| | ب | کلیه موارد مندرج در استاندارد | و | | ک | | | | | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

تذکر: برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

۱۴-۲-۹) مستند سازی در اتاق عمل باید در فرم‌های طراحی شده خاص این بخش باشد و در پرونده بیمار نگهداری شود.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند که در پرونده بیمار از فرم‌های مخصوص این بخش مانند برگه (بیهوشی، شرح عمل، ریکاوری...) استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--------------------------|----|---------|----|--------|---|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.ا | ۲ | ۱ |
| | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | | در ۰-۱ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۲-۳ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۴-۵ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |
| | ب | موارد مندرج در استاندارد | و | | ک | | | | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۱۴-۲-۱۰) شواهد مستندی از عملکرد تریاژ، در پرونده پزشکی بیماران وجود دارد.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند که برگه انجام تریاژ در پرونده پزشکی بیمارانی که از طریق بخش اورژانس بستری شده و به این بخش آمدند وجود دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--------------------------|----|---------|----|--------|---|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.ا | ۲ | ۱ |
| | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | | در ۰-۱ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۲-۳ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۴-۵ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |
| | ب | موارد مندرج در استاندارد | و | | ک | | | | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۱۴-۲-۱۱) برگ رضایت عمل، نوع عمل را به وضوح روشن کرده است و شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند جراح، نوع عمل جراحی و عوارض احتمالی آن را کاملاً برای بیمار تشریح کرده و برگه رضایت عمل را نیز امضا کرده است.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند که برگه رضایت‌نامه آگاهانه جهت انجام عمل جراحی شرایط مندرج در استاندارد ۱۱ حقوق‌گیرنده خدمت را دارد و توضیحات آن شخصاً توسط خود جراح به بیمار و همراه وی ارایه شده و رضایت آگاهانه اخذ شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|--------|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | بیماران و همراهان آنها | | | | |
| | ب | رضایت آگاهانه تکمیل شده برای هر عمل جراحی | و | | ی | آیا در گرفتن رضایت‌نامه آگاهانه از شما خود جراح به شما توضیح داد | | | | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | در این بخش | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | ۵ مورد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۱۴-۳) گزارش‌های جراحی در پرونده بیمار فوراً پس از عمل ثبت شده و حداقل شامل موارد زیر است:

۱۴-۳-۱) اقدامات انجام شده

۱۴-۳-۲) یافته‌های حین جراحی

۱۴-۳-۳) تشخیص پس از عمل

۱۴-۳-۴) نمونه‌هایی که حین جراحی خارج شده‌اند

۱۴-۳-۵) نام جراح و متخصص بیهوشی و تمام دستیاران

۱۴-۳-۶) امضای جراح

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه . شواهد ومستندات نشان می‌دهند که بلافاصله بعد از انجام عمل جراحی گزارش جراحی شامل موارد مندرج در استاندارد و محتویات برگه شرح عمل جراحی (برگ شماره ۸) * توسط جراح تکمیل شده و امضا و مهر می‌گردد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|------------------------|----|--|----|--|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | پرونده بیمار | ه | تکمیل برگه شرح عمل بلافاصله بعد از عمل جراحی | ی | حتی در یک پرونده پس از عمل برگه شرح عمل تکمیل شده نباشد یا براساس مشاهدات ارزیاب جراح در ۰-۱ مورد بلافاصله پس از جراحی برگه شرح عمل را تکمیل نماید | براساس مشاهدات ارزیاب جراح در ۲-۳ مورد بلافاصله پس از جراحی برگه شرح عمل را تکمیل نماید | براساس مشاهدات ارزیاب جراح در ۴-۵ مورد بلافاصله پس از جراحی برگه شرح عمل را تکمیل نماید | |
| | ب | برگه شرح عمل تکمیل شده | و | این بخش | ک | | | | |
| | ج | این بخش | ز | ۵ مورد | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | مستقیم یا غیرمستقیم | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

*: طرح استاندارد سازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور ۱۰۰/۱۲

۱۴-۴) برگه ثبت بیهوشی حداقل شامل موارد ذیل است:

۱۴-۴-۱) داروهای تجویز شده

۱۴-۴-۲) مایعات تجویز شده

۱۴-۴-۳) خون و محصولات خونی تجویز شده

۱۴-۴-۴) نوع و شرح کامل بیهوشی استفاده شده

۱۴-۴-۵) هرگونه حوادث غیر معمول یا عوارض بیهوشی

۱۴-۴-۶) هرگونه تغییر در برنامه پیش بینی شده و علت آن

۱۴-۴-۷) زمان شروع و زمان خاتمه بیهوشی

۱۴-۴-۸) وضعیت بیمار در زمان خاتمه بیهوشی

تذکر: برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند برگه بیهوشی (برگ شماره ۷) توسط متخصص بیهوشی تکمیل شده و امضا و مهر می‌گردد.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|---|---|--|--------|----|---------|-----------------------|--------------|-----|------------|
| غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | در هر ۵ پرونده بیمار برگه بیهوشی تکمیل شده باشد | | حتی در یک پرونده بیمار برگه بیهوشی تکمیل نشده باشد | | ی | | ه | پرونده بیمار | الف | |
| | | | | | ک | و | برگه بیهوشی تکمیل شده | ب | | |
| | | | | | ل | ز | این بخش | ج | | |
| | | | | | م | ح | ۵ پرونده | د | | |
| | | | | | | ط | | | | |

۱۵) ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار

۱۵-۱) وضعیت فیزیولوژیک بیمار در طی جراحی و بلافاصله پس از آن، به‌طور مستمر پایش و در پرونده‌ی پزشکی وی ثبت می‌شود.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند که در زمان عمل جراحی وضعیت فیزیولوژیک در فرم مربوطه (برگه شماره ۷) به‌طور مستمر کنترل و ثبت می‌شود.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|---------------------------------|---|------------------------------------|--------|----|---------|--------------------------|--------------|-----|------------|
| غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | در هر ۵ مورد مطابق سنجه عمل شود | | حتی در یک مورد مطابق سنجه عمل نشود | | ی | | ه | پرونده بیمار | الف | |
| | | | | | ک | و | موارد مندرج در استاندارد | ب | | |
| | | | | | ل | ز | این بخش | ج | | |
| | | | | | م | ح | ۵ پرونده | د | | |
| | | | | | | ط | | | | |

۱۵-۲) پایش حداقل شامل موارد ذیل است:

۱۵-۲-۱) کنترل علائم حیاتی و مانیتورینگ قلبی

سنجه . شواهد نشان می دهند که کنترل علائم حیاتی و مانیتورینگ قلبی انجام می شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|--|----|--------|------------------------------------|---|---------------------------------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | | ه | موارد مندرج در سنجه | ی | | حتی در یک مورد مطابق سنجه عمل نشود | | در هر ۵ مورد مطابق سنجه عمل شود | |
| | ب | | و | در این بخش | ک | | | | | |
| | ج | | ز | ۵ بیمار | ل | | | | | |
| | د | | ح | عملکرد دستگاه مربوطه در زمان انجام جراحی | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۱۵-۲-۲) میزان اشباع اکسیژن و وضعیت تنفسی بیمار

سنجه . شواهد نشان می دهند که پایش میزان اکسیژن و وضعیت تنفسی انجام می شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|--|----|--------|------------------------------------|---|---------------------------------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | | ه | موارد مندرج در سنجه | ی | | حتی در یک مورد مطابق سنجه عمل نشود | | در هر ۵ مورد مطابق سنجه عمل شود | |
| | ب | | و | در این بخش | ک | | | | | |
| | ج | | ز | ۵ بیمار | ل | | | | | |
| | د | | ح | عملکرد دستگاه مربوطه در زمان انجام جراحی | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۱۵-۲-۳) کاپنوگرافی در حین جراحی

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند در صورت انجام عمل‌های بزرگ (جراحی قلب و جراحی مغز) و یا عمل‌هایی که بیش از ۴ ساعت طول می‌کشند، از دستگاه کاپنوگرافی برای بیمار استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--------------------------|----|--|----|--------|---|---|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | پرونده بیمار | ه | موارد مندرج در سنجه | ی | | حتی در یکی از موارد مندرج در سنجه، از کاپنوگرافی استفاده نشود یا در بیمارستانی که جراحی‌های مندرج در سنجه انجام می‌شوند، دستگاه کاپنوگرافی موجود نباشد | | در هر ۵ مورد از مندرجات سنجه پیروی شود | در بیمارستانی که چنین اعمال جراحی در آن انجام نمی‌شود یا در طی مدت بازدید چنین موردی مشاهده نشود |
| | ب | نوع عمل جراحی مطابق سنجه | و | در این بخش | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | ۵ بیمار | ل | | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | عملکرد دستگاه مربوطه در زمان انجام جراحی | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۱۵-۳) متخصص بیهوشی تا زمانی که بیمار از قسمت ریکاوری ترخیص نشده‌است، در اتاق عمل حضور دارد.

سنجه . شواهد نشان می‌دهند که تا زمان حضور بیمار در ریکاوری متخصص بیهوشی در این بخش حضور دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|----------------------------|----|--------|--|---|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | | ه | حضور متخصص بیهوشی | ی | | حتی در یک مورد متخصص بیهوشی در زمان حضور بیمار در ریکاوری بخش را ترک نماید | | در تمام ۵ مورد، متخصص بیهوشی تا زمان حضور بیمار در ریکاوری، در بخش حضور داشته باشد | |
| | ب | | و | در این بخش | ک | | | | | |
| | ج | | ز | ۵ بیمار | ل | | | | | |
| | د | | ح | زمان حضور بیمار در ریکاوری | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۴-۱۵) مستندات مربوط به ثبت سطح هوشیاری بیمار، در زمان تحویل وی به قسمت ریکاوری موجودند.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند که قسمت مربوط به ثبت سطح هوشیاری در برگه مراقبت بعد از عمل (برگه شماره ۹)* در ریکاوری تکمیل می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|------------------------------------|--------|---|---------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | برگه ریکاوری در پرونده بیمار | ه | | ی | حتی در یک مورد مطابق سنجه عمل نشود | ۱ | ۲ | در هر ۵ مورد مطابق سنجه عمل شود |
| | ب | موارد مندرج در سنجه | و | | ک | | | | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | | | | |
| | د | پرونده ۵ بیمار که از ریکاوری خارج شده‌اند | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

*طرح استانداردسازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور ۱۰۰/۱۳

۵-۱۵) مستندات مربوط به مراقبت‌های حین و پس از بیهوشی، تا زمان ترخیص از ریکاوری، وجود دارند.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند که قسمت مربوط به مراقبت‌های حین و پس از بیهوشی تا زمان ترخیص در برگه مراقبت‌های بعد از عمل (شماره ۹) و برگه بیهوشی (شماره ۷) تکمیل شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|------------------------------------|--------|---|---------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | برگه مراقبت‌های بعد از عمل و برگه بیهوشی در پرونده بیمار | ه | | ی | حتی در یک مورد مطابق سنجه عمل نشود | ۱ | ۲ | در هر ۵ مورد مطابق سنجه عمل شود |
| | ب | موارد مندرج در سنجه | و | | ک | | | | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | | | | |
| | د | پرونده ۵ بیمار که از ریکاوری خارج شده‌اند | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۱۵-۶) وضعیت پس از بیهوشی بیمار، پایش و ثبت می‌گردد و ترخیص وی از قسمت ریکاوری با استفاده از معیارهای مشخص شده، صورت می‌گیرد. (در مواردی که عمل سزارین انجام می‌گیرد، ماما تا زمان ترخیص مادر از ریکاوری، بر بالین وی حضور دارد).

سنجه . شواهد نشان می‌دهند که در موارد عمل سزارین، ماما تا زمان ترخیص مادر از ریکاوری بر بالین وی حضور دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|----------------------|----|--------|------------------------------------|---|---------------------------------|---|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| | الف | | ه | حضور ماما در ریکاوری | ی | | حتی در یک مورد مطابق سنجه عمل نشود | | در هر ۵ مورد مطابق سنجه عمل شود | در بیمارستانی که در آن عمل سزارین انجام نمی‌شود |
| | ب | | و | در این بخش (ریکاوری) | ک | | | | | |
| | ج | | ز | ۵ مورد | ل | | | | | |
| | د | | ح | در موارد سزارین | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۱۵-۷) متخصص بیهوشی دستور ترخیص بیمار از اتاق ریکاوری را در پرونده وی ثبت کرده و با ذکر زمان، مهر و امضا می‌نماید.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند که متخصص بیهوشی دستور ترخیص بیمار از اتاق ریکاوری را براساس معیارهایی که از قبل مشخص و مکتوب شده‌اند، در پرونده (برگه شماره ۹) وی ثبت کرده و با ذکر زمان مهر و امضای می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|---------|---|---|--------|--|---|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ | |
| | الف | پرونده بیمار و برگه شماره ۹ و معیارهای مکتوب برای ترخیص بیمار از ریکاوری | ه | | ی | حتی در یک مورد مطابق سنجه عمل نشود یا معیار مکتوب موجود نباشد | | در هر ۵ مورد مطابق سنجه عمل شود و معیار مکتوب موجود باشد | | | |
| | ب | | و | | موارد مندرج در سنجه | | | | | | ک |
| | ج | | ز | | این بخش | | | | | | ل |
| | د | | ح | | پرونده ۵ بیمار که از ریکاوری خارج شده‌اند | | | | | | م |
| | | | ط | | | | | | | | |

۱۶) دستورات دارویی

۱-۱۶) یک نسخه از کتاب/ مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده است، در اتاق عمل در دسترس است.

سنجه . کتابچه دارویی (فرمولاری بیمارستان) مطابق با استاندارد ۱-۱-۲-۲ کمیته دارو و درمان در این بخش موجود است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|------------------------|--|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| | الف | فهرست داروهای مورد استفاده در بیمارستان و کتابچه دارویی (فرمولاری) تهیه شده براساس فهرست مذکور | ه | | ی | | فهرست مذکور موجود است | فهرست مذکور موجود است | فهرست مذکور موجود است | |
| | ب | مطابق با استاندارد ۱-۱-۲-۲ کمیته دارو و درمان | و | | ک | | فهرست مذکور موجود نیست | اما کتابچه دارویی مورد تایید کمیته دارو و درمان بیمارستان موجود نیست | و کتابچه دارویی مورد تایید کمیته دارو و درمان بیمارستان موجود است | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۱۶-۲) کتابچه / مجموعه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آن‌ها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آن‌ها است.

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

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|-------------------------|----|---------|----|---|---|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱.ق.غ |
| | الف | کتابچه دارویی(فرمولاری) | ه | | ی | کتابچه دارویی حاوی هیچ یک از موارد مندرج در سنجه نیست | از فهرست مورد اشاره در سنجه استاندارد ۱-۱۶ و کتاب دارویی کشوری استفاده می‌شود و کتاب دارویی مجزا وجود ندارد | کتابچه دارویی حاوی بخشی از مندرجات در سنجه است | کتابچه حاوی تمام موارد مندرج در سنجه است | غ.ق.۱ |
| | ب | مشخصات مندرج در سنجه | و | | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۱۶-۳) فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می‌شود.

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

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--|---|-------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱.ق.غ |
| | الف | برگه دستورات پزشک | ه | | ی | حتی در یک پرونده مشخصات مندرج در سنجه رعایت نشده باشد | در هر ۵ پرونده مشخصات مندرج در سنجه رعایت شده باشد | | غ.ق.۱ | |
| | ب | درج سن (در کودکان) و وزن در زمان محاسبه دوز دارو | و | | ک | | | | | |
| | ج | در پرونده بیماران این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۴-۱۶) فرآیند محاسبه و اجرای دستورات و کنترل دوز دارویی، توسط پرستار یا تکنسین بیهوشی انجام و ثبت می‌شود.

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

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--------|---|---|--|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| | الف | برگه گزارش پرستاری | ه | | ی | حتی در یک پرونده مشخصات مندرج در سنجه رعایت نشده باشد | | | | در هر ۵ پرونده مشخصات مندرج در سنجه رعایت شده باشد |
| | ب | درج سن (در کودکان) و وزن در زمان محاسبه دوز دارو | و | | ک | | | | | |
| | ج | در پرونده بیماران این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۵-۱۶) فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی در خصوص داروهای پرخطر، توسط دو کارشناس بیهوشی / تکنسین بیهوشی انجام و ثبت می‌شود و با درج امضای هر دو کارشناس، تایید می‌گردد داروها و فرآورده‌های خطرناک حداقل شامل موارد ذیل است:

۱-۵-۱۶) کلیه مخدرها

۲-۵-۱۶) دیگوکسین وریدی

۳-۵-۱۶) انسولین

۴-۵-۱۶) اولین دوز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی

۵-۵-۱۶) دوزهای کودکان از ویتال‌های چند دوزی

۶-۵-۱۶) ترکیبات تغذیه کامل وریدی

۷-۵-۱۶) خون و فرآورده‌های خونی

۸-۵-۱۶) کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص راه‌حل‌های نه گانه ایمنی بیمار)

سنجه ۱. بیمارستان خط مشی و روشی را تدوین نموده که براساس آن اجرای دستورات پزشک در رابطه با تمام مخدرها با حضور دو کارشناس / تکنسین بیهوشی انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می گردد که در کتابچه خط مشی و روش های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|---|-------|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۱ | الف | کتابچه خط مشی ها و روش ها* | ه | | ی | این خط مشی و روش در کتابچه موجود نیست | | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | | ک | | | | | |
| | ج | این بخش / واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

* تذکر: منظور کتابچه / مجموعه خط مشی و روش های بیمارستان است که به شکل کاغذی / الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می باشد و فهرست آن به تفکیک بخش ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه / مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--------|---|-------|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ |
| ۲ | الف | جدول اسامی تهیه کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور جزء تهیه کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش | و | | ک | | | | |
| | ج | این بخش / واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۳ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

**تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
 ***تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

سنجه ۴. کارکنان این بخش / واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|---|---|--|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۴ | الف | مستندات مورداشاره در خط مشی و روش مذکور یا نحوه ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه های هدف خط مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | غ.ق.۱ |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش / واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | غ.ق.۱ |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | غ.ق.۱ |
| | | | | ط | | | | | | غ.ق.۱ |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۵. بیمارستان خط مشی و روشی را تدوین نموده که براساس آن اجرای دستورات پزشک در رابطه با دیگوکسین وریدی با حضور دو کارشناس/ تکنسین بیهوشی انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می گردد که در کتابچه خط مشی و روش های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۵ | الف | کتابچه خط مشی ها و روش ها* | ه | | ی | این خط مشی و روش در کتابچه موجود نیست | ۱ | ۲ | این خط مشی و روش در کتابچه موجود است |
| | ب | | و | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

* تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خط مشی و روش های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می باشد و فهرست آن به تفکیک بخش ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

سنجه ۶. شواهد و مستندات نشان می دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--------|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۶ | الف | جدول اسامی تهیه کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور جزء تهیه کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد | ۱ | ۲ | مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان باشند |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش | و | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۷. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۷ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا | | | |
| | ج | | ز | | ل | دراین بخش/ واحد | ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق‌گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
 **تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۸. کارکنان این بخش / واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---|----|--|---|---|--|---------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. |
| ۸ | الف | مستندات مورد اشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش / واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

سنجه ۹. بیمارستان خطمشی و روشی را تدوین نموده که براساس آن اجرای دستورات پزشک در رابطه با انسولین با حضور دو کارشناس/ تکنسین بیهوشی انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می گردد که در کتابچه خطمشی و روش های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۹ | الف | کتابچه خط مشی ها و روش ها* | ه | | ی | این خط مشی و روش در کتابچه موجود نیست | ۱ | ۲ | این خط مشی و روش در کتابچه موجود است |
| | ب | | و | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

* تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خطمشی و روش های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می باشد و فهرست آن به تفکیک بخش ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

سنجه ۱۰. شواهد و مستندات نشان می دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--------|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱۰ | الف | جدول اسامی تهیه کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خطمشی و روش مذکور جزء تهیه کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد | ۱ | ۲ | مسئول پاسخگویی به خطمشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان باشند |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش | و | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۱۱. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱۱ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | | | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
**تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

سنجه ۱۲. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|--|----|--|---|---|--|---------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. |
| ۱۲ | الف | مستندات مورداشاره در خط مشی و روش مذکور یا نحوه ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه های هدف | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط مشی و روش مذکور | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مذکور | ی | | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۱۳. بیمارستان خطمشی و روشی را تدوین نموده که براساس آن اجرای دستورات پزشک در رابطه با اولین دوز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی با حضور دو کارشناس/ تکنسین بیهوشی انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می‌گردد که در کتابچه خطمشی و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱۳ | الف | کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها* | ه | | ی | این خط مشی و روش در کتابچه موجود نیست | ۱ | ۲ | این خط مشی و روش در کتابچه موجود است |
| | ب | | و | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

* تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خطمشی و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

سنجه ۱۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--------|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱۴ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خطمشی و روش مذکور جزء تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد | ۱ | ۲ | مسئول پاسخگویی به خطمشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش | و | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۱۵. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۱۵ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
 **تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۱۶. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|---|---|--|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۱۶ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

سنجه ۱۷. بیمارستان خط‌مشی و روشی را تدوین نموده که براساس آن اجرای دستورات پزشک در رابطه با ترکیبات تغذیه کامل وریدی با حضور دو کارشناس/ تکنسین بیهوشی انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می‌گردد که در کتابچه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱۷ | الف | کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها* | ه | | ی | این خط‌مشی و روش در کتابچه موجود نیست | ۱ | ۲ | این خط‌مشی و روش در کتابچه موجود است |
| | ب | | و | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

*تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

سنجه ۱۸. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط‌مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--------|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱۸ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور جزء تهیه‌کنندگان خط‌مشی و روش مذکور نباشد | ۱ | ۲ | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۱۹. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱۹ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | | | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط‌مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط‌مشی و روش مذکور آگاه** باشند | ۲-۳ نفر از مجریان از خط‌مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط‌مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق‌گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
**تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

سنجه ۲۰. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|---|---|--|---------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. |
| ۲۰ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۱-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۱-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۳-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۵-۴ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۵-۴ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۲۱. بیمارستان خطمشی و روشی را تدوین نموده که براساس آن اجرای دستورات پزشک در رابطه با دوزهای کودکان از ویال‌های چند دوزی با حضور دو کارشناس/ تکنسین بیهوشی انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می‌گردد که در کتابچه خطمشی و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲۱ | الف | کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها* | ه | | ی | این خط مشی و روش در کتابچه موجود نیست | ۱ | ۲ | این خط مشی و روش در کتابچه موجود است |
| | ب | | و | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

* تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خطمشی و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

سنجه ۲۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--------|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲۲ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خطمشی و روش مذکور جزء تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد | ۱ | ۲ | مسئول پاسخگویی به خطمشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش | و | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۲۳. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|---|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۲۳ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
 **تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۲۴. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|---|---|--|---------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. |
| ۲۴ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

سنجه ۲۵. بیمارستان خطمشی و روشی را تدوین نموده که براساس آن اجرای دستورات پزشک در رابطه با خون و فرآورده‌های خونی با حضور دو کارشناس / تکنسین بیهوشی انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می‌گردد که در کتابچه خطمشی و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|--------------------------------------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲۵ | الف | کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها* | ه | | ی | این خط مشی و روش در کتابچه موجود نیست | ۱ | ۲ | این خط مشی و روش در کتابچه موجود است | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | ک | | | | | | |
| | ج | این بخش / واحد | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

* تذکر: منظور کتابچه / مجموعه خطمشی و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی / الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه / مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

سنجه ۲۶. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--------|---|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲۶ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خطمشی و روش مذکور جزء تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد | ۱ | ۲ | مسئول پاسخگویی به خطمشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش | و | ک | | | | | | |
| | ج | این بخش / واحد | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۲۷. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲۷ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | | | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط‌مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط‌مشی و روش مذکور آگاه** باشند | ۲-۳ نفر از مجریان از خط‌مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط‌مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق‌گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
**تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

سنجه ۲۸. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|---|---|--|---------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. |
| ۲۸ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۲۹. بیمارستان خطمشی و روشی را تدوین نموده که براساس آن اجرای دستورات پزشک در رابطه با کلرور پتاسیم (KCL) با استفاده از رهنمودهای ارایه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی با حضور دو کارشناس/ تکنسین بیهوشی انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می‌گردد که در کتابچه خطمشی و روش‌های بیمارستان وجود دارد و از الگوی آن تبعیت می‌کند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|--------------------------------------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲۹ | الف | کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها* | ه | | ی | این خط مشی و روش در کتابچه موجود نیست | ۱ | ۲ | این خط مشی و روش در کتابچه موجود است | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | ک | | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

* تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خطمشی و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

سنجه ۳۰. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--------|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۳۰ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خطمشی و روش مذکور جزء تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد | ۱ | ۲ | مسئول پاسخگویی به خطمشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش | و | ک | | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۳۱. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۳۱ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
 **تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳۲. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|---|----------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ | |
| ۳۲ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | غ.ق.۱ | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و | غ.ق.۱ | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و | غ.ق.۱ | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | | غ.ق.۱ |
| | | | | ط | | | | | | | غ.ق.۱ |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
تذکر: در برخی از موارد فوق که لازم است از کارشناس پرستاری استفاده شود، در خط مشی و روش مربوطه ذکر شده و براساس آن عمل می‌شود.

۱۶-۶) بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از این که داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد درست داده می‌شود، پیش بینی و مکتوب ساخته است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.

سنجه ۱. بیمارستان خط مشی و روش شناسایی بیمار درست را مطابق دستورالعمل ابلاغی ۸۹/۱۰۸۲۹۷/ک مورخ ۸۹/۶/۹ وزارت متبوع، تدوین نموده و کارکنان براساس آن عمل می‌کنند که در کتابچه خط مشی و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|---|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها* | ه | | ی | این خط مشی و روش در کتابچه موجود نیست | | | | این خط مشی و روش در کتابچه موجود است |
| | ب | | و | ک | | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--------|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مستول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور جزء تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد | | | | مستول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش | و | ک | | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | | | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
**تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

سنجه ۴. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|---|---------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. | |
| ۴ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و | | |
| | ج | | ز | ۵* مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵* مورد | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

سنجه ۵. مستندات نشان می‌دهند که پزشک طی فرآیندی پس از آگاهی دقیق از شرایط بیمار از جمله وزن، سن (در کودکان) و مراحل محاسبه دوز دارویی و روش تجویز را در برگه دستورات پزشکی ثبت می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--------|---|---|---------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. |
| ۵ | الف | برگه دستورات پزشک | ه | | ی | | | | | |
| | ب | درج سن (در کودکان) و وزن در زمان محاسبه دوز دارو | و | | ک | | | | | |
| | ج | در پرونده بیماران این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | ۵ بیمار | ح | | م | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۶. مستندات نشان می‌دهند که پرستار یا تکنسین بیهوشی طی فرآیندی پس از آگاهی دقیق از شرایط بیمار از جمله وزن، سن (در کودکان)، مجدداً دوز دارو را محاسبه نموده و از درست بودن روش تجویز اطمینان حاصل کرده و براساس دستورات پزشک موارد ثبت شده را اجرا می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|---|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۶ | الف | برگه گزارش پرستاری | ه | | ی | | | | | |
| | ب | درج سن (در کودکان) و وزن در زمان محاسبه دوز دارو | و | | ک | | | | | |
| | ج | در پرونده بیماران این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | ۵ بیمار | ح | | م | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |
| | | | | | | | حتی در یک پرونده مشخصات مندرج در سنجه رعایت نشده باشد | | | در هر ۵ پرونده مشخصات مندرج در سنجه رعایت شده باشد |

تذکر: دو سنجه فوق، مشابه سنجه‌های استاندارد ۳-۱۶ و ۴-۱۶ است و جهت تکمیل فرآیند دارودهی درست و تاکید بیشتر مجدداً در این قسمت تکرار شده‌اند لازم است ارزیابان محترم امتیازات اخذ شده در سنجه‌های استانداردهای ۳-۱۶ و ۴-۱۶ را برای دو سنجه‌ی مذکور نیز، مجدداً اعمال نمایند.

سنجه ۷. شواهد نشان می‌دهند که کشیدن دارو به داخل سرنگ در بالین هر بیمار صورت می‌گیرد و از انجام این کار در اتاق درمان خودداری می‌گردد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|-------------------------------|----|--------|--------------------------------------|---|---|-----------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۷ | الف | | ه | محل آماده کردن داروهای تزریقی | ی | | | | | |
| | ب | | و | در بالین بیماران این بخش | ک | | | | | |
| | ج | | ز | ۵ مورد | ل | | | | | |
| | د | | ح | غیرمستقیم | م | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |
| | | | | | | | حتی در یک مورد خلاف سنجه مشاهده گردد | | | مورد خلاف سنجه مشاهده نگردد |

سنجه ۸. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که جهت اطمینان از به‌کارگیری داروی درست، نام دارو، زمان و نحوه‌ی تجویز آن در برگه دستورات پزشکی خوانا نوشته می‌شوند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------------------|----|---------|----|--|------------------------|-----------------------|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۸ | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | پزشک نویسنده دستور و کارکنانی که باید دستور مذکور را خوانده و براساس آن عمل کنند | حتی یک نفر درست نخواند | هر ۵ نفر درست بخوانند | |
| | ب | موارد مندرج در سنجه | و | | ک | ابتدا در مورد بخشی از دستور پزشک که خوانا به نظر نمی‌رسد از خود وی سوال می‌شود سپس از کارکنان مذکور درخواست می‌شود که همان قسمت را بخوانند | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | ۵ نفر | | | |
| | | | ط | | | | | | |

تذکر: سنجه‌ی فوق، مشابه سنجه استاندارد ۱۴-۲-۲ است و جهت تکمیل فرآیند دارودهی درست و تاکید بیشتر، مجددا در این قسمت تکرار شده که لازم است ارزیابان محترم امتیاز اخذ شده در سنجه مذکور را برای این سنجه مجددا اعمال نمایند.

سنجه ۹. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که جهت اطمینان از به‌کارگیری داروی درست، برچسب یا کارت دارویی آماده شده با دستورات پزشکی انطباق داده می‌شوند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۹ | الف | برچسب یا کارت دارویی آماده شده و برگه دستورات پزشک | ه | | ی | با پرستاران یا کارشناسانی که دارودهی را انجام می‌دهند | حتی یک برچسب یا کارت دارویی یا برگه دستورات پزشک انطباق نباشد | کارت دارویی با برگه دستورات پزشک منطبق باشد | در صورتی که از برچسب یا کارت دارویی استفاده نشود |
| | ب | حاوی مشخصات مندرج در استاندارد ۱۲-۳ مدیریت دارویی | و | | ک | فرآیند دارودهی درست شامل چه مراحل است؟ | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | در این بخش | | | |
| | د | ۵ برچسب یا کارت دارویی | ح | | م | ۵ نفر | | | |
| | | | ط | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۱۰. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که جهت اطمینان از به‌کارگیری داروی درست، دارو با برچسب یا کارت دارویی انطباق داده می‌شود.*

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱۰ | الف | برچسب یا کارت دارویی آماده شده و برگه دستورات پزشک | ه | داروهای آماده شده | ی | با پرستاران یا کارشناسانی که داروهای را انجام می‌دهند | ۰-۱ نفر به مرحله انطباق برچسب دارویی بابرگه دستورات پزشکی اشاره کنند | ۲-۳ نفر به مرحله انطباق برچسب دارویی بابرگه دستورات پزشکی اشاره کنند | ۴-۵ نفر به مرحله انطباق برچسب دارویی بابرگه دستورات پزشکی اشاره کنند | و |
| | ب | حاوی مشخصات مندرج در استاندارد ۱۲-۳ مدیریت دارویی | و | در این بخش | ک | فرایند داروهای درست شامل چه مراحل است | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | ۵ داروی مرتبط با برچسب یا کارت‌های بررسی شده در بند «د» | ل | در این بخش | | | | |
| | د | ۵ برچسب یا کارت دارویی | ح | انطباق با برچسب یا کارت دارویی | م | ۵ نفر | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در صورتی که در این بخش از برچسب یا کارت دارویی استفاده نمی‌شود، در این سنجه باید دارو با برگه دستورات پزشک انطباق داده شود و در امتیاز دهی نیز به این نکته توجه شود.

سنجه ۱۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند قبل از دارو دهی، کنترل می‌گردد که آیا پزشک شرایط خاصی را برای دادن یا ندادن دارو تعیین نموده‌است که لازم است براساس آن عمل شود یا خیر (به عنوان مثال پزشک دادن داروی پرفشاری خون به بیمار را منوط به فشار خون سیستولیک بالای ۹۰ میلی‌متر جیوه نموده‌است که هر بار قبل از دادن داروی مربوطه فشار خون بیمار بررسی و براساس آن عمل شود).

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|--|----|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱۱ | الف | برگه دستورات پزشک و برگه گزارشات پرستاری | ه | | ی | با پرستاران یا کارکنانی که موظف به اجرای دستور مربوطه بوده‌اند | ۰-۱ نفر به این مرحله اشاره می‌کنند | ۲-۳ نفر به این مرحله اشاره می‌کنند | ۴-۵ نفر به این مرحله اشاره می‌کنند | و |
| | ب | منطبق با دستورات پزشک | و | فرایند داروهای درست شامل چه مراحل است؟ | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | در این بخش | ل | | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | ۵ نفر | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: اگر در هیچ‌یک از ۵ پرونده در برگه دستورات دارویی شرایط خاصی برای دارو دهی گذاشته نشده باشد، نتایج مصاحبه ملاک امتیاز دهی به این سنجه خواهد بود.

سنجه ۱۲. مستندات نشان می‌دهند گزارش دارو دهی پس از دادن دارو به بیمار ثبت می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|-----------------------|----|---------|----|--|--------|---|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱۲ | الف | برگه دستورات پرستاری | ه | | ی | حتی در یک مورد گزارش دارو دهی ثبت نشده است | ۱ | ۲ | در تمام موارد گزارش دارو دهی ثبت شده است | غ.ق.۱ |
| | ب | منطبق با دستورات پزشک | و | | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۱۳. خط‌مشی و روش دارو دهی صحیح مطابق سنجه‌های مربوط به استاندارد ۱۶-۶ تدوین شده و تمامی کارکنان مرتبط از آن مطلع بوده و براساس آن عمل می‌نمایند که در کتابچه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|--------------------------------------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱۳ | الف | کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها* | ه | | ی | این خط‌مشی و روش در کتابچه موجود نیست | ۱ | ۲ | این خط‌مشی و روش در کتابچه موجود است | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

* تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۱۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱۴ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور جزء تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش | و | ک | | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۱۵. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱۵ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۳-۴ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | ک | | | | | | |
| | ج | | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق‌گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
 **تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

سنجه ۱۶. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|--|----|--|--|--|---|----------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ | |
| ۱۶ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و | | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

سنجه ۱۷. فرایند دارودهی صحیح منطبق با خط‌مشی و روش مذکور، در این بخش نصب شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|-----------------------|----|---------|----|--------|--------|---|---|----------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ | |
| ۱۷ | الف | فرآیند دارودهی صحیح | ه | | ی | | | | | | |
| | ب | منطبق با خط‌مشی و روش | و | | ک | | | | | | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

۱۶-۷) همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آن‌ها در یک مکان مناسب و در دسترس، در اتاق عمل وجود دارد.

سنجه ۱. لیست آنتی‌دوت‌های مورد نیاز این بخش و داروهای مربوطه، براساس بخش‌نامه شماره ۴۰۱/۸۱۱/د مورخه ۹۰/۱/۲۸ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین مهم‌ترین و شایع‌ترین مسمومیت‌های ناشی از مصرف دارو در این بخش تهیه و در کمیته دارویی بیمارستان تصویب شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|---------------|-----|--|----|---------|----|--------|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| ۱ | الف | لیست آنتی‌دوت‌های مورد نیاز این بخش و داروهای مربوطه و لیست مهم‌ترین و شایع‌ترین مسمومیت‌های ناشی از مصرف دارو در این بخش | ه | | ی | | لیست آنتی‌دوت‌ها و شایع‌ترین مسمومیت‌های دارویی این بخش که به تاییدیه کمیته دارو و درمان بیمارستان رسیده است وجود دارد | لیست آنتی‌دوت‌ها و شایع‌ترین مسمومیت‌های دارویی این بخش که به تاییدیه کمیته دارو و درمان بیمارستان رسیده است وجود دارد | لیست آنتی‌دوت‌ها و شایع‌ترین مسمومیت‌های دارویی این بخش که به تاییدیه کمیته دارو و درمان بیمارستان رسیده است وجود دارد | لیست آنتی‌دوت‌ها و شایع‌ترین مسمومیت‌های دارویی این بخش که به تاییدیه کمیته دارو و درمان بیمارستان رسیده است وجود دارد | |
| | ب | براساس بخش‌نامه و مهم‌ترین و شایع‌ترین مسمومیت‌های ناشی از مصرف دارو در این بخش که به تاییدیه کمیته دارو و درمان بیمارستان رسیده است | و | | ک | | لیست شایع‌ترین مسمومیت‌های دارویی این بخش که به تاییدیه کمیته دارو و درمان بیمارستان رسیده‌است وجود ندارد | لیست شایع‌ترین مسمومیت‌های دارویی این بخش که به تاییدیه کمیته دارو و درمان بیمارستان رسیده‌است وجود ندارد | لیست شایع‌ترین مسمومیت‌های دارویی این بخش که به تاییدیه کمیته دارو و درمان بیمارستان رسیده‌است وجود ندارد | لیست شایع‌ترین مسمومیت‌های دارویی این بخش که به تاییدیه کمیته دارو و درمان بیمارستان رسیده‌است وجود ندارد | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | | |
| | د | | ح | | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

سنجه ۲. آنتی‌دوت‌ها براساس لیست مندرج در بخش‌نامه فوق‌الذکر و شایع‌ترین مسمومیت‌های دارویی این بخش تهیه شده و در این بخش جهت استفاده در مواقع لزوم در دسترس می‌باشد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|--------------------|----|--------|--------|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | | ه | داروهای آنتی‌دوت | ی | | | | |
| | ب | | و | در این بخش | ک | | | | |
| | ج | | ز | ۵ مورد بر حسب لیست | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | | ط | | | | | |
| | | | | | | | | حتی یکی از آنتی‌دوت‌های بخش‌نامه در اورژانس یا داروخانه اورژانس موجود نباشد | |
| | | | | | | | | یا | |
| | | | | | | | | حتی یکی از آنتی‌دوت‌ها موجود در لیست شایع‌ترین مسمومیت‌های دارویی این بخش موجود نباشد | |
| | | | | | | | | و | |
| | | | | | | | | تمامی آنتی‌دوت‌ها موجود در لیست شایع‌ترین مسمومیت‌های دارویی این بخش موجود باشد | |

تذکر: داروهای آنتی‌دوت اختصاصی هر بخش (با توجه به لیست شایع‌ترین مسمومیت‌های آن بخش) باید در بخش مربوطه موجود باشد و آنتی‌دوت‌های منطبق بر بخش‌نامه و لیست شایع‌ترین مسمومیت‌های دارویی مربوط به اورژانس در بخش اورژانس یا داروخانه اورژانس موجود است و تمام بخش‌ها در صورت لزوم به آن دسترسی دارند. بنابراین اگر در بخش اورژانس یا داروخانه اورژانس حتی یکی از آنتی‌دوت‌های بخش‌نامه موجود نباشد به علت عدم دسترسی بخش‌ها به این داروها، هیچ‌یک از بخش‌های بالینی امتیازی از این سنجه کسب نمی‌کنند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

۱۶-۸) باید فهرست داروهای نجات بخش جهت مراقبت اورژانسی در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های اتاق عمل تامین شود.

سنجه . فهرست داروهای نجات بخش جهت ترالی اورژانس مطابق بخش‌نامه شماره ۴۰۱/۸۱۱/د مورخ ۹۱/۱/۲۸ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و داروها در تمام ساعات و در تمام قسمت‌های این بخش تامین می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|-------------------------------|----|--------------------------------|----|--------|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | بخش‌نامه و لیست داروهای ترالی | ه | ترالی اورژانس و داروهای مربوطه | ی | | لیست منطبق با بخش‌نامه موجود باشد | | |
| | ب | | و | در این بخش | ک | | یا | | |
| | ج | در این بخش | ز | ۵ نوع دارو چک شود | ل | | حتی یکی از داروها مطابق بخش‌نامه و به تعداد الزام شده موجود نباشد | | تمامی داروها مطابق بخش‌نامه و به تعداد الزام شده موجود باشد |
| | د | | ح | تاریخ مصرف و تعداد دارو | م | | یا | | و |
| | | | ط | | | | حتی تاریخ مصرف یکی از داروها گذشته باشد | | هر ۵ دارو تاریخ مصرف داشته باشند |

۱۶-۹) ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارایه مراقبت‌های اورژانسی، مطابق با دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه‌روز و در تمامی قسمت‌های اتاق عمل در دسترس است.

سنجه. داروهای قفسه دارویی این بخش که فهرست آن توسط کمیته دارو و درمان بیمارستان و با توجه به بخش‌نامه به شماره ۴۰۱/۸۱۱/د مورخه ۹۱/۱/۲۸ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه شده، موجود است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|--|----|--|--------|---|--|-------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| | الف | بخش‌نامه و فهرست دارویی تهیه شده براساس بخش‌نامه (در بخش اورژانس) یا تهیه شده توسط کمیته دارویی (در سایر بخش‌های بالینی) | ه | داروهای قفسه دارویی | ی | فهرست منطبق با بخش‌نامه یا تهیه شده توسط کمیته دارویی بیمارستان یا حتی یکی از داروها موجود نباشد | | | فهرست منطبق با بخش‌نامه یا تهیه شده توسط کمیته دارویی بیمارستان و هر ۵ دارو موجود باشد | | |
| | ب | | و | در این بخش | ک | | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | ۵ نوع دارو چک شود | ل | | | | | | |
| | د | | ح | منطبق با فهرست مربوطه و دارای تاریخ مصرف و شرایط نگهداری توصیه شده بر روی برچسب دارو | م | شرایط نگهداری و تاریخ مصرف آن رعایت نشده باشد | | | شرایط نگهداری و تاریخ مصرف آن رعایت شده باشد | | |
| | | | ط | | | | | | | | |

تذکر: فهرست داروهای ضروری در بخش‌نامه فوق‌الذکر برای در این بخش مشخص شده و برای این بخش لازم است فهرستی با تایید کمیته دارو و درمان بیمارستان تهیه و براساس آن داروها موجود باشد.

۱۶-۱۰) سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.

سنجه ۱. خط‌مشی و روش درخواست، مصرف و کنترل داروهای مخدر این بخش با تعیین نقش سرپرستار و پرستارمسئول شیفت تدوین شده و به تایید کمیته دارو و درمان بیمارستان رسیده است که در کتابچه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|-------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها* | ه | | ی | این خط‌مشی و روش در کتابچه موجود نیست | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| | ب | | و | ک | | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط‌مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--------|---|-------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور جزء تهیه‌کنندگان خط‌مشی و روش مذکور نباشد | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | ک | | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۳ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا | | | |
| | ج | | ز | | ل | دراین بخش/ واحد | ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق‌گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
 **تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۴. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---|----|--|---|---|--|---------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. |
| ۴ | الف | مستندات مورد اشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱۶-۱۱) داروهای مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار، محفوظ باشند و کلید نزد مسئول داروهای مذکور، کارشناس / کاردان بیهوشی نگهداری شود.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند داروهای مخدر در تمام موارد در یک قفسه قفل‌دار محفوظ هستند و کلید نزد کارشناس / کاردان بیهوشی یا مسئول داروهای مذکور (براساس خط مشی و روش بیمارستان) نگهداری می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------------------|----|--|----|--|--|---|--|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | محل نگهداری داروهای مخدر و فردی که کلید در اختیار او است | ی | داروهای مخدر در قفسه قفل‌دار و محفوظ نگهداری نمی‌شوند | داروهای مخدر در قفسه قفل‌دار و محفوظ نگهداری می‌شوند | و | کلید نزد پرستار یا مسئول داروهای مذکور (براساس خط مشی و روش بیمارستان) است |
| | ب | | و | | ک | یا | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | کلید نزد کارشناس / کاردان بیهوشی یا مسئول داروهای مذکور (براساس خط مشی و روش بیمارستان) نیست | | | |
| | د | | ح | منطبق با خط مشی و روش مربوطه و قفل‌دار و محفوظ بودن قفسه | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

امکانات و ملزومات

(۱۷) خدمات پشتیبانی بخش‌های پاراکلینیک

۱۷-۱) خدمات پشتیبانی اتاق عمل باید به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد مانند: تصویربرداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی و بانک خون

سنجه ۱. بیمارستان خط‌مشی و روش خود را برای ارایه خدمات تصویربرداری به صورت شبانه‌روزی در تمام روزهای هفته و اوقات شبانه‌روز اعم از تعطیل و غیرتعطیل تدوین نموده است و براساس آن عمل می‌نماید که در کتابچه خط‌مشی و روش بیمارستان وجود دارد و از الگوی آن تبعیت می‌کند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|---|---|
| | | | | | | | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ |
| ۱ | الف | کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها* | ه | | ی | این خط‌مشی و روش در کتابچه موجود نیست | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ |
| | ب | | و | ک | | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور جزء تهیه‌کنندگان خط‌مشی و روش مذکور نباشد | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | ۲ | غ.ق.۱ |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|-------------------|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط‌مشی و روش مذکور | مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط‌مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط‌مشی و روش مذکور آگاه باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | | ک | | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

* تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق‌گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
 ** تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۴. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|---|----|---|----|--|--|--|---|----------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ | |
| ۴ | الف | مستندات مورد اشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۱-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۳-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۵-۴ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و | | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۱-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۳-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۵-۴ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

سنجه ۵. خدمات آزمایشگاه (براساس فهرست آزمایش‌های اورژانسی مورد تایید کمیته تعیین تکلیف اورژانس بیمارستان) برای این بخش به صورت شبانه‌روزی در تمام روزهای هفته و اوقات شبانه‌روز اعم از تعطیل و غیرتعطیل در دسترس است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۵ | الف | مستندات زمان ارسال نمونه جهت انجام آزمایشات اورژانسی مصوب کمیته تعیین تکلیف اورژانس بیمارستان و زمان تحویل نتیجه آزمایش به بخش در گزارش پرستاری موجود در پرونده بیمار یا سیستم HIS بیمارستان | ه | | ی | کارشناس / کاردان (بیهوشی، پرستاری، اتاق عمل) | مستندات زمان ارسال نمونه و دریافت نتیجه آزمایشات اورژانسی در گزارش پرستاری یا سیستم HIS بیمارستان موجود نباشد | مستندات زمان ارسال نمونه و دریافت نتیجه آزمایشات اورژانسی در گزارش پرستاری یا سیستم HIS بیمارستان موجود باشد | مستندات زمان ارسال نمونه و دریافت نتیجه آزمایشات اورژانسی در گزارش پرستاری یا سیستم HIS بیمارستان موجود باشد | |
| | ب | به صورت شبانه‌روزی و مطابق با دستور پزشک و مصوبه کمیته تعیین تکلیف اورژانس بیمارستان | و | | ک | آیا آزمایش‌های اورژانسی در تمامی ساعات شبانه‌روز انجام می‌شود | براساس مستندات در ۰-۱ مورد آزمایش بصورت اورژانسی انجام شده‌است | براساس مستندات در ۲-۳ مورد آزمایش بصورت اورژانسی انجام شده‌است | براساس مستندات در ۴-۵ مورد آزمایش بصورت اورژانسی انجام شده‌است | |
| | ج | در این بخش ۵ پرونده بیمار با درخواست آزمایش اورژانس با اولویت درخواست‌های شیفت‌های عصر و شب و روزهای تعطیل | ز | | ل | این بخش | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۶. بیمارستان خطمشی و روش خود را برای ارزیابی خدمات دارویی اورژانسی (مطابق بخش نامه ۴۰۱/۸۱۱/د مورخه ۹۱/۱/۲۸ در بخش اورژانس و لیست تایید شده توسط کمیته دارو و درمان بیمارستان در خصوص داروهای ضروری در سایر بخش های بالینی) به صورت شبانه روزی در تمام روزهای هفته و اوقات شبانه روز اعم از تعطیل و غیرتعطیل تدوین نموده است و براساس آن عمل می نماید که در کتابچه خطمشی و روش بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می کند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|-----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|---|--------------------------------------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| ۶ | الف | کتابچه خط مشی ها و روش ها** | ه | | ی | این خط مشی و روش در کتابچه موجود نیست | | ۱ | ۲ | این خط مشی و روش در کتابچه موجود است | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | ک | | | | | | | |
| | ج | این بخش / واحد | ز | ل | | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | | |

*تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خطمشی و روش های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می باشد و فهرست آن به تفکیک بخش ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

سنجه ۷. شواهد و مستندات نشان می دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--------|---|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| ۷ | الف | جدول اسامی تهیه کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خطمشی و روش مذکور جزء تهیه کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد | ۰ | ۱ | ۲ | مسئول پاسخگویی به خطمشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش | و | ک | | | | | | | |
| | ج | این بخش / واحد | ز | ل | | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | | |

سنجه ۸. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۸ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا | | | |
| | ج | | ز | | ل | دراین بخش/ واحد | ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق‌گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
 **تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۹. کارکنان این بخش/ واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|---|----|---|----|--|--|--|---|---------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. | |
| ۹ | الف | مستندات مورد اشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش/ واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

سنجه ۱۰. مستندات نشان می‌دهند که، خدمات بانک خون در تمام روزهای هفته و اوقات شبانه‌روز اعم از تعطیل و غیرتعطیل در دسترس است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--------|---|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۱۰ | الف | گزارش پرستاری و مستندات موجود در پرونده بیمار در خصوص زمان درخواست خون و فرآورده‌های خونی و زمان استفاده از آن برای بیمار | ه | | ی | | | | | |
| | ب | به صورت شبانه‌روزی و مطابق با دستور پزشک | و | | ک | خدمات در شیفت شب و یا در روزهای تعطیل ارایه نمی‌شود | | | | |
| | ج | بانک خون و بخش مربوطه یا واحد مدرک پزشکی در صورت تریخیص بیمار | ز | | ل | خدمات در شیفت شب و یا در روزهای تعطیل ارایه می‌شود | | | | |
| | د | ۲ مورد یکی در شیفت شب و یکی در روز تعطیل | ح | | م | خدمات در شیفت شب و یا در روزهای تعطیل ارایه می‌شود | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

تذکر: در صورتی که بررسی پرونده بیمار مطابق با مستندات بانک خون نشان داد که بانک خون در روزهای تعطیل و غیرتعطیل به صورت شبانه‌روزی فعالیت می‌نماید، این امتیاز را دریافت می‌کند هرچند که بیمار مورد نظر در این بخش بستری نبوده باشد.

۱۷-۲) یک سیستم برای بازبینی و ارایه گزارش تصاویر توسط یک رادیولوژیست حداکثر در طی ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.

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

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|---|---|---|---------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. |
| | الف | زمان پذیرش بیمار در بخش تصویربرداری یا زمان انجام تصویربرداری پرتابل براساس گزارش پرستار تا زمان تایید گزارش تصویربرداری توسط رادیولوژیست در پرونده بیمار | ه | | ی | در ۰-۱ مورد از گزارش تصویربرداری حداکثر ظرف ۲۴ ساعت با تایید رادیولوژیست در پرونده بیمار موجود باشد | در ۲-۳ مورد از گزارش تصویربرداری حداکثر ظرف ۲۴ ساعت با تایید رادیولوژیست در پرونده بیمار موجود باشد | در ۴-۵ مورد از گزارش تصویربرداری حداکثر ظرف ۲۴ ساعت با تایید رادیولوژیست در پرونده بیمار موجود باشد | | |
| | ب | حداکثر ظرف ۲۴ ساعت | و | ک | | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | ل | | | | | | |
| | د | پرونده ۵ بیمار در سایر بخش های بستری که به این بخش منتقل شده اند | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۱۸) توالی اورژانس

۱۸-۱) توالی اورژانس مطابق آیین نامه وزارت بهداشت در دسترس بوده، حداقل حاوی موارد ذیل است:

۱۸-۱-۱) دفیبریلاتور

۱۸-۱-۲) مانیتور قلبی، پالس اکسیمتر و امکانات پیس میکراکسترنال

۱۸-۱-۳) داروهای اورژانس

۱۸-۱-۴) لوله هوایی (Air Way) در تمامی اندازه ها

۱۸-۱-۵) لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان

۱۸-۱-۶) آمبویگ مناسب برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان

۱۸-۱-۷) لارنگوسکوپ و تیغه ها در تمامی اندازه ها

۱۸-۱-۸) باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ

۱۸-۱-۹) تخته احیا (بک بورد) اطفال و بزرگسال

۱۸-۱-۱۰) ساکشن

۱۸-۱-۱۱) کپسول اکسیژن و ملزومات (پر و آماده استفاده)

سنجه ۱. ترالی اورژانس در دسترس کارکنان است به نحوی که در زمان طلایی (golden time) امکان استفاده از محتویات آن برای احیاگران فراهم باشد.

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

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۲. توالی اورژانس حاوی تمامی تجهیزات و لوازم مندرج در استاندارد (۱-۱۸) است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|--|----|--------|--------|---|---|--|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۲ | الف | | ه | وجود تمام تجهیزات ضروری مطابق استاندارد ۱-۱۸ | ی | | | | | |
| | ب | | و | در این بخش | ک | | | | | همه تجهیزات موجود، سالم و آماده به کار است |
| | ج | | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | حتی یکی از تجهیزات موجود، سالم و آماده به کار نیست |

(۲-۱۸) پرستار مسئول، از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات توالی اورژانس، اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ۱. چکلیستی حاوی داروها و تجهیزات ضروری توالی اورژانس مطابق با بخش نامه ۴۰۱/۸۱۱/د مورخ ۱۳۹۱/۱/۲۸ وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی جهت کنترل توالی اورژانس موجود است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--------|---|---|--|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۱ | الف | آخرین بخش نامه ابلاغی از وزارت متبوع و چکلیست تهیه شده براساس آن | ه | | ی | | | | | |
| | ب | | و | | ک | | | | | وجود بخش نامه و چکلیست منطبق بر آن |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | عدم وجود بخش نامه و چکلیست منطبق بر آن |

سنجه ۲. بیمارستان از طریق یک خط‌مشی و روش یکسان و مکتوب در تمام بخش‌ها از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس در تمام اوقات شبانه‌روز اطمینان حاصل می‌نماید که در کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌های بیمارستان وجود دارد و از الگوی آن تبعیت می‌کند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها* | ه | | ی | این خط‌مشی و روش در کتابچه موجود نیست | ۱ | ۲ | این خط‌مشی و روش در کتابچه موجود است |
| | ب | | و | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

* تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط‌مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--------|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۳ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور جزء تهیه‌کنندگان خط‌مشی و روش مذکور نباشد | ۱ | ۲ | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۴. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|---|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۴ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | | | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
**تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

سنجه ۵. کارکنان این بخش / واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|--|--|---|---------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. | |
| ۵ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۱-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۳-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۵-۴ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | | |
| | ج | | ز | ۵* مورد | ل | در این بخش / واحد | ۱-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۳-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۵-۴ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵* مورد | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۳-۱۸) دفیبریلاتور / مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می دهند که دفیبریلاتور/ مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|---|---|--|--------|----|---|----|---|-----|------------|
| غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | چک لیست براساس خطمشی و روش تکمیل شده باشد و دفیبریلاتور/ مانیتور سالم و آماده به کار باشد | | چک لیست براساس خطمشی و روش تکمیل نشده باشد یا دفیبریلاتور/ مانیتور سالم و آماده به کار نباشد | | ی | سالم و آماده به کار بودن دفیبریلاتور/ مانیتور | ه | چک لیست کنترل تجهیزات ترالی و خطمشی و روش مربوطه | الف | |
| | | | | | ک | در این بخش | و | چک لیست تکمیل شده کنترل تجهیزات ترالی در فواصل تعیین شده در خطمشی و روش | ب | |
| | | | | | ل | | ز | در این بخش | ج | |
| | | | | | م | | ح | | د | |
| | | | | | | | ط | | | |

۱۹) امکانات

۱۹-۱) شناسنامه دستگاه‌های بیهوشی که عمر آن‌ها را نیز نشان می‌دهد، موجود است و دستگاه‌ها سالم و آماده به کار هستند.

سنجه . شناسنامه دستگاه‌های بیهوشی در دسترس است که عمر دستگاه‌ها را نیز نشان می‌دهد و واحد مهندسی پزشکی بیمارستان، صحت عملکرد آن‌ها را تایید کرده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | شناسنامه دستگاه‌های بیهوشی و مستندات تایید صحت عملکرد دستگاه‌ها توسط واحد مهندسی پزشکی | ه | | ی | | حتی مستندات تایید صحت عملکرد یکی از دستگاه‌ها موجود نباشد | مستندات تایید صحت عملکرد تمامی دستگاه‌ها موجود باشد | مستندات تایید صحت عملکرد تمامی دستگاه‌ها موجود باشد | |
| | ب | مستندات و چک لیست‌های کنترل دوره‌ای و منظم دستگاه و شناسنامه‌ای که عمر دستگاه را نیز نشان می‌دهد | و | | ک | | یا براساس کنترل دوره‌ای و منظم نباشد | براساس کنترل دوره‌ای و منظم باشد اما شناسنامه برخی از آنان موجود باشد | براساس کنترل دوره‌ای و منظم باشد و شناسنامه تمام دستگاه‌های بیهوشی این بخش موجود باشد | |
| | ج | در این بخش یا واحد مهندسی پزشکی | ز | | ل | | یا شناسنامه هیچ‌کدام از دستگاه‌های بیهوشی این بخش موجود نباشد | یا نشانگر عمر دستگاه‌ها نباشد | یا نشانگر عمر دستگاه‌ها نباشد | |
| | د | به تعداد دستگاه‌های بیهوشی موجود در این بخش | ح | | م | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

۱۹-۲) پایش عملکرد تجهیزات مربوط به ECG، اکسیژن، دی اکسیدکربن، فشارخون، حرارت بیمار، دستگاه ساکشن و دفیبریلاتور، انجام می‌شود.

سنجه . بخش اتاق عمل با هماهنگی واحد تجهیزات پزشکی، از سالم و آماده به کار بودن تجهیزات مندرج در استاندارد، اطمینان حاصل می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|--|----|---------------------|----|--------|--|---|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | چک لیست‌های کنترلی تکمیل شده و مستندات تایید صحت عملکرد تجهیزات مندرج در استاندارد | ه | تجهیزات مذکور | ی | | حتی مستندات تایید صحت عملکرد یکی از تجهیزات مذکور، موجود نباشد | | مستندات تایید صحت عملکرد تمامی تجهیزات مذکور، موجود باشد | |
| | ب | دوره‌ای و منظم | و | در این بخش | ک | | یا | و | براساس کنترل دوره‌ای و منظم باشد | |
| | ج | در این بخش یا واحد مهندسی پزشکی | ز | ۵ مورد | ل | | براساس کنترل دوره‌ای و منظم نباشد | | و | براساس مشاهدات، تمامی دستگاه‌هایی که صحت عملکردشان تایید شده، سالم و آماده به کار باشند |
| | د | ۵ مورد از تجهیزات مذکور | ح | سالم و آماده به کار | م | | یا | | | براساس مشاهدات، تمامی دستگاه‌هایی که صحت عملکردشان تایید شده، سالم و آماده به کار باشند |
| | | | ط | | | | براساس مشاهدات، حتی یکی از دستگاه‌هایی که صحت عملکردشان تایید شده، سالم یا آماده به کار نباشند | | | |

۱۹-۳) لوله‌های اندوتراکیال، لوله‌های هوایی (Air Way) و آمبویگ تنفسی در اندازه‌های مختلف در دسترس است.

سنجه . شواهد نشان می‌دهند که لوله‌های اندوتراکیال، لوله‌های هوایی (Air Way) و آمبویگ تنفسی در اندازه‌های مختلف در دسترس هستند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|--------------------------------------|----|---|--------|---|-------|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ |
| | الف | | ه | موارد مندرج در سنجه | ی | حتی یکی از موارد مندرج در سنجه موجود، سالم یا کارا نیست | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | در این بخش | ک | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | سالم و کارا بودن وسایل مندرج در سنجه | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۱۹-۴) کیت لوله‌گذاری مجهز به آندوسکوپ فیبراپتیک، برای لوله‌گذاری‌های مشکل، موجود است.

سنجه . شواهد نشان می‌دهند که کیت لوله‌گذاری مجهز به آندوسکوپ فیبراپتیک، برای لوله‌گذاری‌های مشکل در دسترس است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|--------------------------------------|----|----------------------------------|--------|---|-------|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ |
| | الف | | ه | موارد مندرج در سنجه | ی | کیت مذکور موجود، سالم و کارا است | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | در این بخش | ک | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | سالم و کارا بودن وسایل مندرج در سنجه | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۱۹-۵) ماسک صورت در تمامی اندازه‌ها وجود دارد.

سنجه . شواهد نشان می‌دهند که ماسک صورت در تمامی اندازه‌ها در دسترس است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|---------------------|----|---|--------|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | | ه | موارد مندرج در سنجه | ی | ماسک صورت در تمامی اندازه‌ها موجود نیست | ۱ | ۲ | ۱ |
| | ب | | و | در این بخش | ک | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۱۹-۶) کیت تراکتوتومی اورژانس موجود است.

سنجه . شواهد نشان می‌دهند که کیت تراکتوتومی اورژانس در دسترس است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|--------------------------------------|----|-----------------------------------|--------|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | | ه | موارد مندرج در سنجه | ی | کیت مذکور وجود، سالم یا کارا نیست | ۱ | ۲ | ۱ |
| | ب | | و | در این بخش | ک | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | سالم و کارا بودن وسایل مندرج در سنجه | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۱۹-۷) اگر اعمال جراحی در خارج از حیطه اتاق عمل، مانند اتاق زایمان یا بخش‌های دیگر، انجام می‌شود، سرپرست این بخش و بخشی که عمل در آنجا صورت می‌گیرد، اطمینان حاصل می‌نمایند که نکات لازم از جمله فراهم بودن وسایل و تجهیزات فوق، رعایت می‌شوند.

سنجه ۱. این بخش خط مشی و روش خود را جهت اطمینان از این که در صورت انجام اعمال جراحی در خارج از حیطه اتاق عمل مانند اتاق زایمان یا بخش‌های دیگر، نکات لازم از جمله فراهم بودن وسایل و تجهیزات مندرج در استانداردهای فوق، رعایت می‌شود، تدوین نموده و براساس آن عمل می‌نمایند که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|---|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها* | ه | | ی | این خط مشی و روش در کتابچه موجود نیست | | | | این خط مشی و روش در کتابچه موجود است |
| | ب | | و | ک | | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

* تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--------|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور جزء تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد | | | | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش | و | ک | | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | | | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش/ واحد | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق‌گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
**تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

سنجه ۴. کارکنان این بخش / واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|---|---|--|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۴ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | غ.ق.۱ |
| | ج | | ز | ۵* مورد | ل | در این بخش / واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | غ.ق.۱ |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵* مورد | | | | غ.ق.۱ |
| | | | | ط | | | | | | غ.ق.۱ |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

۸-۱۹) روزانه و قبل از القای بیهوشی به هر بیمار، از سالم و آماده به کار بودن دستگاهها، تجهیزات و لوازم مورد نیاز برای بیهوشی ایمن، اطمینان حاصل می‌شود.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند روزانه، موارد مندرج در استاندارد، بررسی و توسط تکنسین بیهوشی و متخصص بیهوشی، تایید می‌گردند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--|---|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | چک لیست کنترل روزانه‌ی موارد مندرج در استاندارد* | ه | | ی | متخصصین و تکنسین‌های بیهوشی | حتی در یک مورد، مستندات مذکور موجود یا حاوی تمام موارد مندرج در چک لیست پیشنهادی نباشند یا به صورت روزانه تکمیل نشود یا براساس مصاحبه، حتی پاسخ یک نفر، مطابق سنجه نباشد | | در هر ۵ مورد، مستندات مذکور موجود و حاوی تمام موارد مندرج در چک لیست پیشنهادی باشند و به صورت روزانه تکمیل شود و براساس مصاحبه، پاسخ هر ۵ نفر، مطابق سنجه باشد | غ.ق.۱ |
| | ب | تکمیل شده که توسط تکنسین بیهوشی و متخصص بیهوشی تایید شده است | و | | ک | در خصوص فواصل زمانی و چک لیست کنترل موارد مندرج در سنجه و مسئولین انجام و تایید آن | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | در این بخش | | | | |
| | د | ۵ روز طی یک ماه اخیر | ح | | م | ۵ نفر | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: بیمارستان می‌تواند از چک لیست پیشنهادی پیوست یا چک لیست دیگری که حداقل شامل موارد مندرج در چک لیست پیوست باشد، استفاده نماید. چک لیست پیشنهادی شامل مواردی است که باید روزانه کنترل شوند و هم‌چنین مواردی که باید قبل از القای بیهوشی به هر بیمار، بررسی گردند. سنجه ۱ به موارد کنترل روزانه و سنجه ۲ به موارد کنترل قبل از هر القای بیهوشی، اشاره دارد.

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند قبل از القای بیهوشی به هر بیمار، موارد مندرج در استاندارد، بررسی و توسط تکنسین بیهوشی و متخصص بیهوشی، تایید می‌گردند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---|----|--------|--------|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | چک لیست کنترل موارد مندرج در استاندارد قبل از القای بیهوشی برای هر بیمار در پرونده وی * | ه | انجام موارد مندرج در استاندارد قبل از القای بیهوشی به بیمار | ی | | | | مستندات مذکور در هر ۵ پرونده، موجود و حاوی تمام موارد مندرج در استاندارد باشند |
| | ب | تکمیل شده که توسط تکنسین و متخصص بیهوشی تایید شده است | و | در این بخش | ک | | | | پیشنهادی نباشند |
| | ج | در این بخش یا بیماران جراحی شده در بخش جراحی | ز | ۵ بیمار | ل | | | | یا |
| | د | ۵ پرونده | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | | | | براساس مشاهدات، حتی در یک مورد مطابق استاندارد عمل نشود |
| | | | | ط | | | | | و |
| | | | | | | | | | براساس مشاهدات، در هر ۵ مورد مطابق استاندارد عمل شود |

* تذکر: بیمارستان می‌تواند از چک لیست پیشنهادی پیوست یا چک لیست دیگری که حداقل شامل موارد مندرج در چک لیست پیوست باشد، استفاده نماید. چک لیست پیشنهادی شامل مواردی است که باید روزانه کنترل شوند و هم‌چنین مواردی که باید قبل از القای بیهوشی به هر بیمار، بررسی گردند. سنجه ۱ به موارد کنترل روزانه و سنجه ۲ به موارد کنترل قبل از هر القای بیهوشی، اشاره دارد.

۱۹-۹) دربخش ریکاوری حداقل، امکانات ذیل وجود دارند:

۱۹-۹-۱) منبع اکسیژن

۱۹-۹-۲) توانایی پایش علائم حیاتی

۱۹-۹-۳) ساکشن

۱۹-۹-۴) تخت‌های سه شکن مخصوص ریکاوری

۱۹-۹-۵) امکانات گرمایشی

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۱. شواهد نشان می‌دهند که منبع اکسیژن در دسترس است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|--------------------------|----|--------|--------------------------------|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | | ه | مندرجات سنجه | ی | | موارد مندرج در سنجه موجود نیست | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | دراین بخش | ک | | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | سالم و آماده به کار بودن | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. شواهد نشان می‌دهند که امکانات پایش علائم حیاتی در دسترس است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|--|----|--------|--------------------------------|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | | ه | موارد مندرج در سنجه | ی | | موارد مندرج در سنجه موجود نیست | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | دراین بخش | ک | | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | سالم بودن و کارایی تجهیزات مندرج در سنجه | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۳. شواهد نشان می‌دهند که ساکشن در دسترس است.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|-------------------------------|---|--------------------------------|--------|----|--|----|---------|-----|------------|
| غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | موارد مندرج در سنجه موجود است | | موارد مندرج در سنجه موجود نیست | | ی | موارد مندرج در سنجه | ه | | الف | ۳ |
| | | | | | ک | در این بخش | و | | ب | |
| | | | | | ل | | ز | | ج | |
| | | | | | م | سالم بودن و کارایی تجهیزات مندرج در سنجه | ح | | د | |
| | | | | | | | ط | | | |

سنجه ۴. شواهد نشان می‌دهند که تخت‌های سه شکن در ریکاوری در دسترس است.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|-------------------------------|---|--------------------------------|--------|----|--|----|---------|-----|------------|
| غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | موارد مندرج در سنجه موجود است | | موارد مندرج در سنجه موجود نیست | | ی | موارد مندرج در سنجه | ه | | الف | ۴ |
| | | | | | ک | در این بخش | و | | ب | |
| | | | | | ل | | ز | | ج | |
| | | | | | م | سالم بودن و کارایی تجهیزات مندرج در سنجه | ح | | د | |
| | | | | | | | ط | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۵. شواهد نشان می‌دهند که امکانات گرمایشی در دسترس است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|--|----|--------|-------------------------------|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۵ | الف | | ه | موارد مندرج در سنجه | ی | | موارد مندرج در سنجه موجود است | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | در این بخش | ک | | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | سالم بودن و کارایی تجهیزات مندرج در سنجه | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۱۹-۱۰) اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.

سنجه . شواهد نشان می‌دهند که اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---|----|--------|--|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | | ه | محل نگهداری وسایل تمیز | ی | | شرایط بند «ح» رعایت نشده یا حتی فضای جداگانه‌ای* هم برای نگهداری وسایل تمیز در این بخش در نظر گرفته نشده‌است | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | ب | | و | در این بخش | ک | | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | وسایل و ابزار کثیف در اتاق تمیز یا در مجاورت فضای تمیز نگهداری نمی‌شوند | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: مانند کم‌دی که ملحفه‌ها و وسایل تمیز در آن قرار گرفته‌اند.

۱۹-۱۱) اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.

سنجه . شواهد نشان می دهند اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|-------------------------|----|--------|--------|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | | ه | اتاق نگهداری وسایل کثیف | ی | | | | | |
| | ب | | و | در این بخش | ک | | | اتاق نگهداری وسایل کثیف در این بخش موجود است | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۱۹-۱۲) امکان رعایت شستن دست ها مطابق پروتکل مصوب وزارت بهداشت وجود دارد.

سنجه ۱. بیمارستان براساس بخش نامه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شماره ۲/۲۰۷۵/س مورخه ۸۸/۳/۱۲ یک چک لیست از امکانات مورد نیاز جهت رعایت بهداشت دست ها را تهیه نموده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|--------|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | چک لیست کنترل امکانات رعایت بهداشت دست ها | ه | | ی | | | | | |
| | ب | منطبق با بخش نامه ابلاغی | و | | ک | | | چک لیست موجود است و منطبق با بخش نامه است | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | چک لیست موجود است ولی منطبق با بخش نامه نیست | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که این بخش براساس چک‌لیست فوق، امکانات شستشوی دست‌ها را ارزیابی و فراهم می‌کند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|---|--|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | چک‌لیست‌های تکمیل شده و مستندات نظرسنجی از کارکنان در مورد کیفیت امکانات موجود | ه | امکانات رعایت بهداشت دست‌ها | ی | کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی و افرادی که به عنوان آموزش‌دهنده یا آموزش‌گیرنده در این بخش حضور دارند | هیچ چک‌لیستی موجود نیست یا مستندات نظرسنجی موجود نیست | چک‌لیست‌های تکمیل شده موجود است اما فواصل زمانی رعایت نشده‌است یا مستندات نظرسنجی موجود است ولی براساس آن عمل نشده‌است | چک‌لیست‌های تکمیل شده موجود است و فواصل زمانی رعایت شده‌است و مستندات نظرسنجی موجود است و براساس آن عمل شده‌است | |
| | ب | در فواصل زمانی تعیین شده برای تکمیل چک‌لیست | و | در این بخش | ک | آیا امکانات رعایت بهداشت دست در این بخش موجود است؟ آیا از کیفیت محلول‌ها و ژل‌های مورد استفاده راضی هستید؟ | یا ۰-۱ مورد از امکانات لازم برای رعایت بهداشت دست‌ها در این بخش موجود است | یا مستندات نظرسنجی موجود است ولی براساس آن عمل نشده‌است | مستندات نظرسنجی موجود است و براساس آن عمل شده‌است | |
| | ج | در این بخش | ز | ۵ مورد | ل | در این بخش | یا ۰-۱ نفر می‌گوید امکانات موجود است | یا مستندات نظرسنجی موجود است | و مستندات نظرسنجی موجود است | |
| | د | | ح | با توجه به بخش‌نامه مورد اشاره در سنجه یک | م | ۵ نفر | یا ۰-۱ نفر می‌گوید امکانات موجود است | یا مستندات نظرسنجی موجود است | و مستندات نظرسنجی موجود است | |
| | | | ط | | | | یا ۰-۱ نفر از کیفیت محلول‌ها و ژل‌های موجود راضی است | یا مستندات نظرسنجی موجود است | و مستندات نظرسنجی موجود است | |
| | | | | | | | | یا مستندات نظرسنجی موجود است | و مستندات نظرسنجی موجود است | |

سنجه ۳. شواهد نشان می‌دهند که بهداشت دست‌ها مطابق بخش‌نامه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شماره ۲۰۷۵/۲/س مورخه ۸۸/۳/۱۲ رعایت می‌گردد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|--|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.ا |
| ۳ | الف | | ه | رعایت بهداشت دست‌ها مطابق بخش‌نامه | ی | | | | | |
| | ب | | و | در این بخش | ک | | | | | |
| | ج | | ز | ۵ موقعیتی که در آن باید بهداشت دست‌ها رعایت شود و در حین بازدید ارزیاب ایجاد می‌شوند | ل | ۰-۱ مورد رعایت می‌شود | ۲-۳ مورد رعایت می‌شود | ۴-۵ مورد رعایت می‌شود | | |
| | د | | ح | به صورت مستقیم و غیرمستقیم | م | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

۱۹-۱۳) همه پریزهای یو.پی.اس به وضوح مشخص هستند.

سنجه ۱. همه پریزهای یو.پی.اس به وضوح مشخص هستند و بیمارستان خط مشی و روش خود را جهت استفاده از سیستم یو.پی.اس تدوین نموده و براساس آن عمل می‌نماید که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.ا |
| ۱ | الف | کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها* | ه | | ی | این خط مشی و روش در کتابچه موجود نیست | | | | |
| | ب | | و | | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| ۲ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور جزء تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند | غ.ق.ا |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش | و | | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|-------------------|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| ۳ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مذکور، آگاه نباشد | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | غ.ق.ا |
| | ب | | و | | ک | | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

* تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
 ** تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

سنجه ۴. کارکنان این بخش / واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|--|----|--|---|---|--|---------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. |
| ۴ | الف | مستندات مورداشاره در خطمشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خطمشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خطمشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خطمشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش / واحد | | | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خطمشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

تذکر: این استاندارد توسط ارزیابی که مسئول ارزیابی واحد مهندسی پزشکی است ارزیابی می شود.

۱۹-۱۴) کارکنان، امکانات و تجهیزات لازم برای ارایه مراقبت‌های مناسب را در اختیار دارند.

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند بخش اتاق عمل تمامی فرآیندهای بالینی و غیربالینی خود را جهت دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تامین ایمنی بیمار و کارکنان مشخص کرده است.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|----------------------------------|--|----------------------------|--------|----|---------|--|--|-----|------------|
| غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | فهرست و فلوجارت موجود و کامل است | فهرست و فلوجارت موجود است اما کامل نیست و تمام موضوعات مندرج در سنجه در آن دیده نشده است | فهرست و فلوجارت موجود نیست | | ی | | ه | فهرست و فلوجارت فرآیندهای بالینی و غیربالینی این بخش | الف | ۱ |
| | | | | | ک | و | در زمینه مراقبت از بیمار تامین ایمنی بیمار و تامین ایمنی کارکنان | ب | | |
| | | | | | ل | ز | در این بخش | ج | | |
| | | | | | م | ح | | د | | |
| | | | | | | | ط | | | |

سنجه ۲. چکلیست تجهیزات و امکانات مورد نیاز جهت انجام فرآیندهای بالینی و غیربالینی مندرج در سنجه شماره (۱) موجود است.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|-------------------------|---|-------------------|--------|----|---------|--|--------------------------------|-----|------------|
| غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | چکلیست موجود و کامل است | چکلیست موجود است ولی منطبق بر فرآیندهای خواسته شده نیست | چکلیست موجود نیست | | ی | | ه | چکلیست کنترل تجهیزات و امکانات | الف | ۲ |
| | | | | | ک | و | منطبق بر فرآیندهای مراقبتی ایمنی بیمار و ایمنی کارکنان | ب | | |
| | | | | | ل | ز | در این بخش | ج | | |
| | | | | | م | ح | | د | | |
| | | | | | | | ط | | | |

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که بخش اتاق عمل براساس چک‌لیست فوق، امکانات و تجهیزات را کنترل می‌کند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--------------------------|----|---------|----|-------------------------------------|--|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | چک‌لیست کنترل تکمیل شده | ه | | ی | | | | | |
| | ب | در فواصل زمانی تعیین شده | و | | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | هیچ چک‌لیست تکمیل شده‌ای موجود نیست | چک‌لیست تکمیل شده موجود است اما فواصل رعایت نشده است | چک‌لیست تکمیل شده موجود است و فواصل زمانی رعایت شده است | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۴. تجهیزات و امکانات براساس چک‌لیست موجود است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--------------------------|----|--|----|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۴ | الف | چک‌لیست تکمیل شده | ه | تجهیزات و امکانات براساس چک‌لیست | ی | | | | | |
| | ب | در فواصل زمانی تعیین شده | و | در این بخش | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | ۵ مورد با اولویت امکانات و تجهیزات ضروری | ل | ۰-۱ مورد موجود و آماده به کار باشد | ۲-۳ مورد موجود و آماده به کار باشد | ۴-۵ مورد موجود و آماده به کار باشد | | |
| | د | | ح | کنترل سالم و آماده به کار بودن | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۵. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که فرآیندهای بالینی و غیربالینی این بخش و چک‌لیست مربوطه حداقل سالانه بازنگری می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|------------------------------|---|----|---|
| | | | | | | | غ.ق.ا | ۲ | ۱ |
| ۵ | الف | تعیین تاریخ بازنگری و مستندات انجام آن | ه | | ی | تاریخ بازنگری تعیین نشده است | بازنگری در تاریخ تعیین شده انجام نگرفته است | یا | بازنگری در تاریخ تعیین شده انجام گرفته است و با توجه به فرآیندها بوده است |
| | ب | با توجه به فرآیندهای تغییر یافته | و | | ک | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۲۰) آموزش بیمار و همراهان

۲۰-۱) در رابطه با خطرات احتمالی، مزایا و روش‌های جایگزین، به بیمار و خانواده‌اش و هر کسی که برای وی تصمیم‌گیری می‌نماید توضیحات ساده و قابل درک داده می‌شود. سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند به بیمار و همراه وی در مورد نوع عمل جراحی، بیهوشی، بی‌حسی یا آرامش بخشی مورد نظر، توسط جراح مسئول و متخصص بیهوشی مربوطه، توضیح داده می‌شود، توضیحات برای آن‌ها قابل درک بوده و به درستی متوجه شده‌اند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|--|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | فرم آموزش بیمار* موجود در پرونده وی | ه | ارایه توضیحات مندرج در سنجه به بیمار توسط متخصص بیهوشی | ی | از بیمار و یا همراه وی | در ۰-۱ پرونده فرم آموزش تکمیل شده حاوی مندرجات سنجه وجود دارد | در ۲-۳ پرونده فرم آموزش تکمیل شده حاوی مندرجات سنجه وجود دارد | در ۴-۵ پرونده فرم آموزش تکمیل شده حاوی مندرجات سنجه وجود دارد | غ.ق.۱ |
| | ب | حداقل‌های تعیین شده در فرم و نوع جراحی، بیهوشی، بی‌حسی یا آرامش بخشی در نظر گرفته شده | و | در این بخش | ک | آیا جراح و متخصص بیهوشی در مورد جراحی، بیهوشی، بی‌حسی یا آرامش بخشی که برای شما انجام می‌شود طوری که شما متوجه بشوید برای تان توضیح داده‌اند؟ | در ۰-۱ بیمار و همراه وی در مورد مندرجات سنجه آموزش داده شده باشد | در ۲-۳ بیمار و همراه وی در مورد مندرجات سنجه آموزش داده شده باشد | در ۴-۵ بیمار و همراه وی در مورد مندرجات سنجه آموزش داده شده باشد | غ.ق.۱ |
| | ج | در بخش جراحی | ز | ۵ مورد | ل | در بخش جراحی | در ۰-۱ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند | در ۲-۳ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند | در ۴-۵ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند | غ.ق.۱ |
| | د | پرونده ۵ بیماری که طی ۲ روز اخیر جراحی شده‌اند | ح | غیرمستقیم | م | از ۵ بیمار و یا همراه که پرونده آن‌ها بررسی شده‌است | حتی در یک مورد براساس مشاهدات ارزیاب، مطابق سنجه عمل نشود | در تمام موارد ارزیاب، مطابق سنجه عمل شود | در تمام موارد ارزیاب، مطابق سنجه عمل شود | غ.ق.۱ |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: فرم آموزش بیمار با فرمت مورد اشاره در سنجه ۲ استاندارد ۹-۱ حقوق گیرنده خدمت، تهیه شده‌است.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند به بیمار و همراه وی در مورد روش‌های جایگزین درمانی توضیح داده می‌شود، توضیحات برای آن‌ها قابل درک بوده و به درستی متوجه شده‌اند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۲ | الف | فرم آموزش بیمار موجود در پرونده وی | ه | | ی | از بیمار و یا همراه وی | در ۴-۵ پرونده فرم آموزش تکمیل شده حاوی روش جایگزین درمانی وجود دارد | در ۳-۲ پرونده فرم آموزش تکمیل شده حاوی روش جایگزین درمانی وجود دارد | یا | در ۱-۰ پرونده فرم آموزش تکمیل شده حاوی روش جایگزین درمانی وجود دارد |
| | ب | حداقل‌های تعیین شده در فرم و نوع مراقبت در نظر گرفته شده | و | | ک | آیا در مورد روش جایگزین درمانی دیگری که برای شما وجود دارد طوری که شما متوجه بشوید برای‌تان توضیح داده‌اند؟ | و | یا | ۱-۰ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | در این بخش | ۴-۵ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند | ۳-۲ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند | یا | ۱-۰ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | از ۵ بیمار و یا همراه که پرونده آن‌ها بررسی شده‌است | و | یا | ۴-۵ بیمار و همراه وی روش جایگزین درمانی آموزش داده شده باشد | |
| | | | ط | | | | ۳-۲ بیمار و همراه وی در مورد روش جایگزین درمانی آموزش داده شده باشد | ۲-۳ بیمار و همراه وی در مورد روش جایگزین درمانی آموزش داده شده باشد | ۱-۰ بیمار و همراه وی در مورد روش جایگزین درمانی آموزش داده شده باشد | |

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می دهند به بیمار و همراه وی در مورد پیامدهای احتمالی ناشی از درمان توضیح داده می شود، توضیحات برای آن‌ها قابل درک بوده و به درستی متوجه شده‌اند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|---|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | فرم آموزش بیمار موجود در پرونده بیمار | | | | از بیمار و یا همراه وی | در ۰-۱ پرونده فرم آموزش تکمیل شده حاوی پیامدهای احتمالی ناشی از درمان وجود دارد | در ۲-۳ پرونده فرم آموزش تکمیل شده حاوی پیامدهای احتمالی ناشی از درمان وجود دارد | در ۴-۵ پرونده فرم آموزش تکمیل شده حاوی پیامدهای احتمالی ناشی از درمان وجود دارد | |
| | ب | حداقل‌های تعیین شده در فرم و پیامدهای احتمالی ناشی از درمان | و | | ک | آیا در مورد پیامدهای احتمالی ناشی از درمان توضیحی به شما داده شده‌است و شما متوجه شده‌اید؟ | یا | یا | و | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | در این بخش | یا | یا | و | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | از ۵ بیمار یا همراه که پرونده آن‌ها بررسی شده‌است | یا | یا | و | |
| | | | | ط | | | یا | یا | و | |
| | | | | | | ۰-۱ بیمار و همراه وی در مورد پیامدهای احتمالی ناشی از درمان آموزش داده شده باشد | ۲-۳ بیمار و همراه وی در مورد پیامدهای احتمالی ناشی از درمان آموزش داده شده باشد | ۴-۵ بیمار و همراه وی پیامدهای احتمالی ناشی از درمان آموزش داده شده باشد | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند به بیمار و همراه وی در مورد هزینه‌های درمان توضیح داده می‌شود، توضیحات برای آن‌ها قابل درک بوده و به درستی متوجه شده‌اند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۴ | الف | فرم آموزش بیمار موجود در پرونده بیمار | ه | | ی | از بیمار و یا همراه وی | در ۰-۱ پرونده فرم آموزش تکمیل شده حاوی هزینه‌های درمان وجود دارد | در ۲-۳ پرونده فرم آموزش تکمیل شده حاوی هزینه‌های درمان وجود دارد | در ۴-۵ پرونده فرم آموزش تکمیل شده حاوی هزینه‌های درمان وجود دارد | غ.ق.۱ |
| | ب | حداقل‌های تعیین شده در فرم و هزینه‌های درمان | و | | ک | آیا در مورد هزینه‌های درمان توضیحی به شما داده شده‌است و شما متوجه شده‌اید؟ | یا | یا | و | |
| | ج | این بخش | ز | | ل | در این بخش | ۰-۱ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند | ۲-۳ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند | ۴-۵ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | از ۵ بیمار یا همراه که پرونده آن‌ها بررسی شده‌است | یا | یا | و | |
| | | | | ط | | | ۰-۱ بیمار و همراه وی در مورد هزینه‌های درمان آموزش داده شده‌باشد | ۲-۳ بیمار و همراه وی در مورد هزینه‌های درمان آموزش داده شده باشد | ۴-۵ بیمار و همراه وی هزینه‌های درمان آموزش داده شده‌باشد | |

ایمنی، بهبود کیفیت و جمع آوری داده‌ها

۲۱) ایمنی فیزیکی

۲۱-۱) سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس کارکنان بخش وسالم است.

سنجه ۱. بیمارستان خط‌مشی و روش فراخوان سیستم نگهداری با استفاده از زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز نگهداری را تدوین نموده و کارکنان براساس آن عمل می‌کنند که در کتابچه خط‌مشی و روش‌های بیمارستانی موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|----------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|--------|---|---|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها* | ه | | ی | این خط‌مشی و روش در کتابچه موجود نیست | | ۱ | ۲ | این خط‌مشی و روش در کتابچه موجود است |
| | ب | | و | | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مذکور یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط‌مشی و روش مذکور، از افراد دخیل در اجرای آن استفاده شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--------|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | جدول اسامی تهیه‌کنندگان | ه | | ی | مستول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان جزء تهیه‌کنندگان خط‌مشی و روش مذکور نباشد | | ۱ | ۲ | مستول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند |
| | ب | با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط‌مشی و روش | و | | ک | | | | | |
| | ج | این بخش/ واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۳. کارکنان این بخش/ واحد از خط مشی و روش مذکور آگاهی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | | ه | | ی | از مسئول پاسخگویی و رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور | مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد | | | |
| | ب | | و | | ک | مفاد کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خط مشی و روش مذکور | یا | ۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | ۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه باشند | |
| | ج | | ز | | ل | دراین بخش/ واحد | ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مذکور آگاه** باشند | | | |
| | د | | ح | | م | ۵* نفر از کارکنان مرتبط که حتما یکی از آنها مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور باشد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.
 **تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

سنجه ۴. کارکنان این بخش / واحد براساس خط مشی و روش مذکور عمل می نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|---|---|--|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.۱ |
| ۴ | الف | مستندات مورداشاره در خط‌مشی و روش مذکور یا نحوه‌ی کنترل آن | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط‌مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط‌مشی و روش مذکور | ی | کارکنان، بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور | و | | ی | در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | | ز | ۵٪ مورد | ل | در این بخش / واحد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵٪ مورد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: در مواردی که دامنه یک خط‌مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

(۲-۲۱) نگهبان در زمان مورد نیاز در اتاق عمل، فوراً در دسترس می‌باشد.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند که نگهبان در ظرف حداکثر ۳ دقیقه بعد از اعلام نیاز، در این بخش حضور دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|------------------------------------|----|--|--|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | | ه | حضور نگهبان پس از فراخوان ارزیابان | ی | کارکنان بخش | حضور نگهبان در مدت بیش از ۵ دقیقه یا ۰-۱ نفر بگویند به موقع حاضر می‌شوند | حضور نگهبان در مدت بین ۳-۵ دقیقه یا ۲-۳ بگویند به موقع حاضر می‌شوند | حضور نگهبان در مدت حداکثر ۳ دقیقه و ۴-۵ بگویند به موقع حاضر می‌شوند | |
| | ب | | و | در این بخش | ک | آیا نگهبان در صورت فراخوان در حداکثر ۳ دقیقه حضور پیدا می‌کند؟ | | | | |
| | ج | | ز | | ل | در این بخش | | | | |
| | د | | ح | پس از انجام فراخوان حداکثر ۳ دقیقه | م | ۵ نفر | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

(۳-۲۱) نگهبان دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.

سنجه. شواهد نشان می‌دهند نگهبان دوره‌های آموزشی و دفاع شخصی را گذرانده یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.*

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|---------|--|---|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| | الف | گواهی دوره آموزشی امنیتی به تایید حراست یا انتظامات بیمارستان و دوره دفاع شخصی یا ۲ سال سابقه کار در پست نگهبانی | ه | | ی | نگهبان هیچ یک از دوره‌های مذکور را نگذرانده است | نگهبان یکی از دوره‌های مذکور را گذرانده است | نگهبان دوره‌های مذکور را گذرانده است | نگهبان دوره‌های مذکور را گذرانده است | نگهبان دوره‌های مذکور را گذرانده است | |
| | ب | | و | ک | کمتر از یک سال سابقه کار در پست نگهبانی دارد | بین یک تا دو سال سابقه کار در پست نگهبانی دارد | سابقه کار در پست نگهبانی دارد | سابقه کار در پست نگهبانی دارد | سابقه کار در پست نگهبانی دارد | سابقه کار در پست نگهبانی دارد | |
| | ج | | ز | ل | | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | | |

*تذکر: اگر بخش، نگهبان مخصوص به خود داشته باشد، بررسی در مورد وی صورت خواهد گرفت و اگر نداشته باشد می‌توان بررسی را در مورد نگهبانی که با فراخوان به بخش می‌آید یا نگهبانی که به طور تصادفی انتخاب می‌شود انجام داد. (اورژانس باید حتماً نگهبان مخصوص داشته باشد و در غیر این صورت به این سنجه در بخش اورژانس، امتیاز صفر داده خواهد شد).

۲۱-۴) دسترسی به منطقه اتاق عمل و ریکاوری، کنترل شده و محصور است.

سنجه . شواهد نشان می‌دهند که بیمارستان شرایطی را فراهم نموده که این بخش دارای فضای فیزیکی مشخص و مجزا از سایر بخش‌ها است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------|----|--------------------------------|----|--------|----------------------------------|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | | ه | فضای بخش اتاق عمل و ریکاوری | ی | | شرایط مندرج در سنجه فراهم است | | | |
| | ب | | و | | ک | | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | شرایط مندرج در سنجه | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۲۲) بهبود کیفیت

۲۲-۱) بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به اتاق عمل می‌باشد در دسترس است.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد، در دسترس تمامی کارکنان بخش است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|--|----|--|----|-----------------|---|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | برنامه بهبود کیفیت مرتبط به این بخش | ه | | ی | کارکنان این بخش | برنامه بهبود کیفیت مربوط به این بخش موجود نباشد | و | ۴-۵ نفر از کارکنان به آن دسترسی داشته باشند | |
| | ب | | و | اگر به برنامه بهبود کیفیت این بخش دسترسی دارید آن را با هم ببینیم | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | در این بخش | ل | | | | | |
| | د | | ح | از ۵ نفر که ۱ نفر از آن‌ها حتما از مسئولین بخش باشند | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۲۲-۲) برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند که برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|--|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | برنامه بهبود کیفیت بیمارستان و برنامه بهبود کیفیت این بخش | ه | | ی | برنامه بهبود کیفیت این بخش هم‌راستا با برنامه بهبود کیفیت کل بیمارستان است | بخشی از برنامه بهبود کیفیت این بخش هم‌راستا با برنامه بهبود کیفیت کل بیمارستان است | برنامه بهبود کیفیت این بخش کاملاً هم‌راستا با برنامه بهبود کیفیت کل بیمارستان است | | |
| | ب | هم‌آهنگ و هم‌راستا* با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان | و | ک | | | | | | |
| | ج | در این بخش و واحد بهبود کیفیت | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: هم‌راستا بودن برنامه بهبود کیفیت این بخش و بیمارستان را می‌توان با توجه به اهداف آن‌ها بررسی کرد. اگر دستیابی به اهداف برنامه بهبود کیفیت این بخش موجب دستیابی به قسمتی از اهداف بهبود کیفیت بیمارستان شود یا آن را تسهیل یا تسریع نماید یعنی برنامه‌ها هم‌راستا هستند. (اصولاً برنامه بهبود کیفیت بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان با هماهنگی واحد بهبود کیفیت و هدایت و حمایت مدیران ارشد، در راستای دستیابی به اهداف برنامه بهبود کیفیت کلی بیمارستان نوشته می‌شود و بنابراین انتظار می‌رود که کاملاً هماهنگ و هم‌سو باشند).

۲۲-۳) برنامه بهبود کیفیت شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند برنامه بهبود کیفیت این بخش شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|--|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | فهرست موضوعات مندرج در برنامه بهبود کیفیت این بخش | ه | | ی | این بخش فهرست موضوعات مندرج در برنامه بهبود کیفیت را ندارد | فقط شامل یک قسمت بالینی یا مدیریتی می‌باشد | برنامه بهبود کیفیت شامل هر دو قسمت بالینی و مدیریتی می‌باشد | | |
| | ب | شامل دو قسمت بالینی و مدیریتی | و | ک | | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | ل | | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۲۲-۴) برنامه بهبود کیفیت بایستی دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند برنامه بهبود کیفیت دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع بینانه و دارای زمان‌بندی است.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|---|--|-----------------------------|--------|----|---------|----|---|-----|---------------|
| غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | شاخص‌ها تعیین شده‌اند و همه‌ی شاخص‌ها منطبق با تمام موارد مندرج در سنجه هستند | شاخص‌ها تعیین شده‌اند اما همه‌ی شاخص‌ها منطبق با تمام موارد مندرج در سنجه نیستند | هیچ شاخصی تعیین نشده‌است | | ی | | ه | شاخص‌های عملکردی برنامه بهبود کیفیت در این بخش | الف | |
| | | | | | ک | | و | منطبق با موارد مندرج در سنجه | ب | |
| | | | | | ل | | ز | در این بخش | ج | |
| | | | | | م | | ح | | د | |
| | | | | | | | ط | | | |

۲۲-۵) اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی، به طور دائمی پیش می‌شوند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند فواصل پیش برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی در زمان تدوین آن‌ها مشخص شده و پیش براساس آن انجام می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---|----|---|--|---|---|---------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. |
| | الف | چکلیست پیش برنامه بهبود کیفیت و مستندات پیگیری برنامه‌های مداخله‌ای | ه | اقدامات مرتبط که لازم است از طریق مشاهده بررسی شوند** | ی | فرد یا افراد مسئول یا ذی‌نفع ** در اجرای برنامه پیش یا مداخله (شامل کارکنان و بیماران) | مستندات بند «الف» موجود نیست یا زمان یا مسئولین اجرا یا پیگیری مشخص نشده‌اند | مستندات بند «الف» موجود است و زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند | مستندات بند «الف» موجود است و زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند | |
| | ب | ذکر زمان انجام اقدامات و فرد یا افراد مسئول پیگیری و اجرای آن | و | براساس محلی که در مستندات پیش و پیگیری تعیین شده است | ک | با توجه به کارهایی که قرار بوده براساس برنامه پیش یا مداخله انجام شود، سوال کنیم که انجام شده‌اند یا خیر؟ | براساس مشاهدات، در ۰-۱ مورد طبق برنامه عمل شده است | براساس مشاهدات، در ۲-۳ مورد طبق برنامه عمل شده است | براساس مشاهدات، در ۴-۵ مورد طبق برنامه عمل شده است | |
| | ج | در این بخش | ز | ۵ مورد | ل | براساس برنامه پیش و پیگیری | یا | یا | یا | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | از ۵ نفر | یا | یا | یا | |
| | | | ط | | | | ۰-۱ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است | ۲-۳ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است | ۴-۵ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است | |
| | | | | | | | | | | |

** تذکر: به عنوان مثال براساس برنامه مداخله‌ای قرار بوده روکش محافظ لامپ سقفی تعویض شود و از طریق مشاهده کنترل می‌کنیم که این کار انجام شده است یا خیر
** تذکر: به عنوان مثال اگر قرار است طرز کار دستگاه جدیدی به فردی آموزش داده شود، از فردی که قرار بوده به وی آموزش داده شود سوال کنیم که آموزش انجام شده است یا خیر

(۲۳) جمع آوری و تحلیل داده‌ها

۲۳-۱) داده‌های اتاق عمل جمع آوری و رایانه‌ای می‌شوند.

سنجه ۱. بیمارستان جهت بررسی وضعیت خدمات ارایه شده و برنامه ریزی برای ارتقا و بهبود آن، شاخص‌هایی را در ابعاد مختلف کیفیت (اثربخشی، ایمنی، رضایت‌مندی، کارایی، عدالت و دسترسی عادلانه،...) در جنبه‌های بالینی و غیربالینی و مدیریتی براساس مطالبات سازمان‌های بالادستی، برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت بیمارستان تعیین نموده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|--|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱ | الف | شاخص‌های تعیین شده و مبنای تعیین آن‌ها | ه | | ی | | ۰-۱ نوع شاخص با در نظر گرفتن ویژگی‌های مندرج در سنجه تعیین شده‌است | ۲-۳ نوع شاخص با در نظر گرفتن ویژگی‌های مندرج در سنجه تعیین شده‌است | ۴-۵ نوع شاخص با در نظر گرفتن ویژگی‌های مندرج در سنجه تعیین شده‌است |
| | ب | ویژگی‌های مندرج در سنجه | و | | ک | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | |
| | د | حداقل برای ۵ شاخص (یکی برای هر یک از ابعاد مندرج در سنجه) | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۲. داده‌های لازم برای محاسبه شاخص‌های تعیین شده جمع آوری و رایانه‌ای می‌گردد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | مستندات جمع آوری داده‌ها و رایانه‌ای شدن آن‌ها | ه | | ی | | شاخص‌ها تعیین شده‌است اما داده‌ای جمع آوری نمی‌شود یا ۰-۱ شاخص‌ها تعیین شده و داده‌ها جمع آوری می‌شود ولی رایانه‌ای نمی‌شود | ۲-۳ شاخص تعیین شده و داده‌ها جمع آوری می‌شود و رایانه‌ای می‌شود | ۴-۵ شاخص تعیین شده و داده‌ها جمع آوری می‌شود و رایانه‌ای می‌شود |
| | ب | | و | | ک | | | | |
| | ج | اگر این بخش رایانه اختصاصی ندارد، می‌تواند از رایانه سایر بخش استفاده نماید | ز | | ل | | | | |
| | د | به تعداد شاخص‌های جمع آوری شده برای حداقل ۵ شاخص (یکی برای هر یک از ابعاد مندرج در سنجه ۱) | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۲۲-۲) علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده‌است.

سنجه . هدف از جمع‌آوری داده‌ها برای تمام افرادی که در فرآیند جمع‌آوری و تحلیل شاخص‌ها دخالت دارند، روشن است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|--|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ |
| | الف | هدف و علت منطقی جمع‌آوری هر داده و فرد یا افراد مسئول جمع‌آوری و تحلیل آن | ۰ | | ی | هدف از جمع‌آوری داده‌ها یا فرد یا افراد مسئول جمع‌آوری و تحلیل آن‌ها برای هیچ شاخصی مشخص و مستند نشده‌است | هدف از جمع‌آوری داده‌ها یا فرد یا افراد مسئول جمع‌آوری و تحلیل آن‌ها برای برخی شاخص‌ها مشخص و مستند شده‌است | هدف از جمع‌آوری داده‌ها یا فرد یا افراد مسئول جمع‌آوری و تحلیل آن‌ها برای تمامی شاخص‌ها مشخص و مستند شده‌است | غ.ق.۱ | |
| | ب | | و | | ک | در مورد هدف یا علت منطقی جمع‌آوری و تحلیل داده‌ای که آن‌ها مسئولش هستند | یا | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | ۰-۱ نفر از مسئولین جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها از هدف تعیین شده آگاه هستند | یا | ۲-۳ نفر از مسئولین جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها از هدف تعیین شده آگاه هستند | | |
| | د | حداقل برای ۵ شاخص (یکی برای هر یک از ابعاد مندرج در سنجه ۱ استاندارد ۲۳-۱) | ح | | م | از ۵ نفر | | | ۴-۵ نفر از مسئولین جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها از هدف تعیین شده آگاه هستند | |
| | | | ط | | | | | | | |

۲۲-۳) چکلیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.

سنجه . چکلیست ممیزی داخلی* به منظور شناخت نقاط قوت و فرصت‌های بهبود (نقاط ضعف) براساس استانداردهای اعتباربخشی این بخش موجود است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | چکلیست ممیزی داخلی | ه | | ی | | چکلیست ممیزی داخلی موجود نیست یا براساس استانداردهای این بخش تهیه نشده است | ۱ | ۲ | چکلیست ممیزی داخلی موجود است و براساس استانداردهای این بخش تهیه شده است |
| | ب | براساس استانداردهای اعتباربخشی این بخش | و | | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

* منظور از ممیزی داخلی در اولین ویرایش استانداردهای اعتباربخشی، خودارزیابی براساس استانداردهای ملی است که توسط بیمارستان با هدایت واحد بهبود کیفیت و مشارکت بخش‌ها و واحدها انجام می‌شود.

۲۲-۴) ممیزی انجام می‌شود.

سنجه ۱. برنامه مدون و یکپارچه ممیزی داخلی برای فواصل حداقل سالانه تدوین شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|---|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | برنامه ممیزی داخلی | ه | | ی | | برنامه مدون ممیزی داخلی وجود ندارد اما به صورت یکپارچه نیست یا حداقل سالانه انجام نمی‌شود | ۱ | ۲ | برنامه مدون ممیزی داخلی وجود دارد و به صورت یکپارچه است و حداقل سالانه انجام می‌شود |
| | ب | مدون، یکپارچه و در فواصل زمانی منظم (حداقل سالانه) | و | | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که ممیزی داخلی براساس برنامه فوق و با هدایت واحد بهبود کیفیت، انجام می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|----------------------------------|----|---------|----|---|--|--|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی | ه | | ی | کارکنان مرتبط این بخش طبق برنامه | مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی وجود دارد | مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی وجود دارد | مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی وجود دارد | مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی وجود دارد |
| | ب | با هدایت واحد بهبود کیفیت | و | | ک | درخصوص برنامه ممیزی داخلی و مسئولیت خود در این برنامه | اما | با هدایت واحد بهبود کیفیت انجام نمی‌شود | با هدایت واحد بهبود کیفیت انجام می‌شود | و |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | در این بخش | یا | انجام نمی‌شود | انجام می‌شود | و |
| | د | | ح | | م | ۵ نفر | یا | انجام نمی‌شود | انجام می‌شود | و |
| | | | ط | | | | یا | انجام نمی‌شود | انجام می‌شود | و |

* تذکر: در صورتی که مطابق تاریخ تعیین شده در برنامه، هنوز زمان انجام اولین ممیزی داخلی این بخش فرا نرسیده است ولی ۴-۵ نفر از کارکنان از نقش خود در اجرای برنامه آگاهی دارند، امتیاز ۲ داده می‌شود.

۲۳-۵) تحلیل نتایج ممیزی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.

سنجه ۱. گزارش تحلیلی ممیزی داخلی موجود است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | گزارش تحلیلی ممیزی داخلی | ه | | ی | | گزارش تحلیلی ممیزی داخلی وجود ندارد | گزارش تحلیلی ممیزی داخلی وجود است | گزارش تحلیلی ممیزی داخلی وجود است | گزارش تحلیلی ممیزی داخلی وجود است |
| | ب | گزارش ممیزی داخلی این بخش و مقایسه آن با سایر بخش‌ها و واحدها | و | | ک | | بخش موجود است | بخش موجود است | بخش موجود است | بخش موجود است |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | بخش موجود است | بخش موجود است | بخش موجود است | بخش موجود است |
| | د | | ح | | م | | بخش موجود است | بخش موجود است | بخش موجود است | بخش موجود است |
| | | | ط | | | | بخش موجود است | بخش موجود است | بخش موجود است | بخش موجود است |

سنجه ۲. برنامه مداخله‌ای مبتنی بر گزارش فوق موجود است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--------------------------|----|---------|----|--------|--|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | برنامه مداخله‌ای | ۰ | | ی | | برنامه مداخله‌ای براساس ممیزی داخلی وجود ندارد | ۱ | ۲ | برنامه مداخله‌ای براساس ممیزی داخلی وجود دارد |
| | ب | براساس نتایج ممیزی داخلی | و | | ک | | | | | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که برنامه مداخله‌ای و چارچوب زمانی تعیین شده از سوی بیمارستان پیگیری و اجرا شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---|----|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۳ | الف | برنامه مداخله‌ای | ۰ | مواردی که طبق برنامه لازم است از طریق مشاهده بررسی شوند* | ی | فرد یا افراد مسئول یا ذی نفع **در اجرای برنامه مداخله‌ای (شامل کارکنان و بیماران) | مستندات بند «الف» موجود نیست | ۱ | مستندات بند «الف» موجود است | مستندات بند «الف» موجود است |
| | ب | ذکر زمان و انجام اقدامات و فرد یا افراد مسئول پیگیری و اجرای آن | و | براساس برنامه مداخله‌ای و محلی که در آن تعیین شده است و در حیطه وظایف این بخش است | ک | با توجه به کارهایی که قرار بوده براساس برنامه مداخله‌ای اجرا شود، سوال کنیم که اجرا شده‌اند یا خیر؟ | یا زمان یا مسئولین اجرا یا پیگیری مشخص نشده‌اند | و زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند | و زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند | و زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند |
| | ج | در این بخش/ واحد | ز | ۵ مورد | ل | براساس برنامه مداخله‌ای | براساس مشاهدات، در ۰-۱ مورد طبق برنامه عمل شده است | اما براساس مشاهدات، در ۲-۳ مورد طبق برنامه عمل شده است | و براساس مشاهدات، در ۴-۵ مورد طبق برنامه عمل شده است | و براساس مشاهدات، در ۴-۵ مورد طبق برنامه عمل شده است |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | از ۵ نفر | یا ۰-۱ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است | یا ۲-۳ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است | و ۴-۵ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است | و ۴-۵ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است |
| | | | | ط | | | | | | |

*تذکر: به عنوان مثال براساس برنامه مداخله‌ای قرار بوده روکش محافظ لامپ سقفی تعویض شود و از طریق مشاهده کنترل می‌کنیم که این کار انجام شده است یا خیر
**تذکر: به عنوان مثال اگر قرار است طرز کار دستگاه جدیدی به فردی آموزش داده شود، از فردی که قرار بوده به وی آموزش داده شود سوال کنیم که آموزش انجام شده است یا خیر

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخشی بیهوشی و اتاق عمل بیمارستان در ایران

سنجه ۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که مداخلات اصلاحی و چارچوب زمانی تعیین شده از سوی بیمارستان پیگیری و اجرا شده‌است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---|----|---|--|--|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.ا |
| ۴ | الف | برنامه مداخله‌ای | ۰ | مواردی که طبق برنامه لازم است از طریق مشاهده بررسی شوند ^۱ | ی | فرد یا افراد مسئول یا ذی‌نفع در اجرای برنامه مداخله‌ای (شامل کارکنان و بیماران) | در برنامه مداخله‌ای، زمان انجام اقدامات | در برنامه مداخله‌ای، زمان انجام اقدامات | در برنامه مداخله‌ای، زمان انجام اقدامات | در برنامه مداخله‌ای، زمان انجام اقدامات |
| | ب | ذکر زمان و انجام اقدامات و فرد یا افراد مسئول پیگیری و اجرای آن | و | براساس برنامه مداخله‌ای و محلی که در آن تعیین شده‌است و در حیطه وظایف این بخش است | ک | کارهایی که قرار بوده براساس برنامه مداخله‌ای اجرا شود، اجرا شده‌است یا خیر؟ | فرد یا افراد مسئول مشخص شده‌است | فرد یا افراد مسئول مشخص شده‌است | فرد یا افراد مسئول مشخص شده‌است | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | براساس برنامه مداخله‌ای | ۰-۱ مورد از مداخلات اصلاحی که در حیطه وظایف این بخش بوده انجام شده‌است | ۲-۳ مورد از مداخلات اصلاحی که در حیطه وظایف این بخش بوده انجام شده‌است | ۴-۵ مورد از مداخلات اصلاحی که در حیطه وظایف این بخش بوده انجام شده‌است | |
| | د | | ح | | م | از ۵ نفر | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۲۳-۶) در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

سنجه ۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در خصوص نتایج حاصل از بررسی و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران اطلاع‌رسانی می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|---|---|---|----------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳. غ.ق.ا |
| | الف | مستندات ارایه گزارش به رییس / مسئول این بخش و مدیران ارشد | ه | | ی | مستندات ارایه گزارش به رییس / مسئول این بخش و مدیران ارشد موجود نیست | مستندات ارایه گزارش به رییس / مسئول این بخش و مدیران ارشد موجود است | مستندات ارایه گزارش به رییس / مسئول این بخش و مدیران ارشد موجود است | مستندات ارایه گزارش به رییس / مسئول این بخش و مدیران ارشد موجود است | |
| | ب | حاوی نتایج بررسی‌ها و اقدامات اصلاحی مربوط به این بخش | و | | ک | ارشد موجود نیست | ارشد موجود است | ارشد موجود است | ارشد موجود است | |
| | ج | در این بخش | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

منابع

1. Joint Commission International; Accreditation Standards For Hospital ; Fourth Edition; 2010.
2. Tehewy M, Hussaainy N, Kassous SA, et al. (Arab work team of experts). Arab Accreditation tool for Healthcare Organization; 2008.
3. Ravaghi H, Sadat SM, Mostofian F, Vazirian S, Heydarpoor p, translators. Assessment of Patient Safety in Hospitals: a manual for evaluators. Ministry of health and medical education of Iran, Medical affairs deputy, Hospital management and clinical excellence office. 2nd edition;2012.
4. Un Resident Coordinator System In Lebanon; Hospital Accreditation Standards; 2009.
5. United States Agency International Development; Egyptian Hospital Accreditation Program: Standards; 2006.
6. Direction De 1 Amelioration De La Qualite Et De La Securite Des Soins; Manuel De Certification Des Etablissements De Santé; V2010, November 2008
7. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards In Malaysia; 2003.
8. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards Malaysia; 5 March; 2011.
9. Comprehensive accreditation manual for hospital (CAMH); 2012
10. Joint Commission On The Accreditation Of Healthcare Organizations (JCAHO); Hospital Accreditation Standards: Accreditation Policies, Standards, Elements Of Performance (HAS); 2010 Edition.
11. Evidence And Information For Policy Department Of Health Service Provision(OSD), World Health Organization. Quality And Accreditation In Health Care Service, Switzerland ; Geneva; 2003.
12. Anne L. Rooney; Paul R . Van Ostenberg. Licensure; Accreditation, And Certification: Approaches To Health Service Quality ; Center For Human Services (CHS); 1999.
13. Cerqueira, Marcos; A Literature Review On The Benefits; Challenges And Trends In Accreditation As A Quality Assurance System ; Ministry Of Children And Family Development Contact, P:1-66.