



## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی واحد مدیریت پسماندهای 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:

دکتر مزده رمضانی - خدیجه دانایی - مهندس راحله روح پرور - غلامعلی جعفری - صمد خلیفه گری - دکتر پریسا دولتشاهی - عطیه صباغیان پیرو - پرستو عابدینی سلیم آبادی - نعمت اله عباس گودرزی - دکتر لیلا کیکاوسی آرانی - دکتر حمید مهربانی فر

### 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 : ۲۹۱۶۱۷۹

عنوان و نام پدیدآور : راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران [منابع الکترونیکی] / زیر نظر مرضیه وحیددستجردی، سیدحسن امامی رضوی، سیدسجاد رضوی؛ مشاوران فنی و اجرایی سیدمحمدصادق مهدوی، محمودرضا محقق؛ مولفان مژده رضائی، او دیگران؛ همکاران امور اجرایی فرشته بابایی، بهمن اعتصامی، رضا رضایی؛ [به سفارش] 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: بی کلام، ۱۲ س.م.

شابک: ۱-۵۴-۵۵۲۸-۶۰۰-۹۷۸

یادداشت : مولفان مژده رضائی - خدیجه دانایی - راحله روح پرور - غلامعلی جعفری - صمد خلیفه گری - پریسا دولتشاهی - عطیه صباغیان پیرو - پرستو عابدینی سلیم آبادی - نعمت اله عباس گودرزی - لیلا کیکاوسی آرانی - حمید مهرابی فر.

توصیفگر : ارزشیابی

گزارش های تخصصی

زباله های بیمارستانی

مدیریت

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 -

رضائی، مژده، ۱۳۴۹ -

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 آرای: گروه هنری چکامه آوا

طرح جلد: شیما خوشکار

شمارگان: ۲۰۰۰ عدد

قیمت: ندارد

ISBN: 978-600-5528-54-1

شابک: ۱-۵۴-۵۵۲۸-۶۰۰-۹۷۸

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

## با تقدیر و تشکر از راهنمایی‌ها و همکاری‌های

سرکار خانم مهندس فریبا ملک احمدی – سرکار خانم مهندس ناهید حسن زاده – جناب آقای مهندس علی گورانی – سرکار خانم پونه مازیار –  
جناب آقای دکتر علی‌رضا مظهري – جناب آقای دکتر حمید رواقی – جناب آقای دکتر سید محمد سادات –  
سرکار خانم فرناز مستوفیان – سرکار خانم دکتر پیغام حیدر پور

مرکز سلامت محیط و کار – اداره بهداشت مراکز درمانی، ایمنی پرتوها و مدیریت پسماند  
دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی – اداره حاکمیت بالینی

دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور

## فهرست

صفحه	عنوان
۱۳.....	برنامه استراتژیک.....
۱۷.....	مسئول واحد.....
۱۸.....	پرونده پرسنلی.....
۲۱.....	لیست کارکنان.....
۲۵.....	دوره توجیهی بدو ورود.....
۲۷.....	آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان.....
۳۳.....	آموزش و توانمند سازی کارکنان.....
۴۹.....	کتابچه / مجموعه ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط.....
۵۳.....	خط مشی ها و روش ها.....
۷۴.....	تفکیک، جمع آوری، حمل، نگهداری و بی خطر سازی پسماندها.....
۹۵.....	بهبود کیفیت.....
۹۹.....	جمع آوری و تحلیل داده ها.....
۱۰۵.....	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 هر یک 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 موفق‌تر 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 ارائه 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 ارائه 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 ارائه 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 ارزیابی 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 دست‌اندرکاران این عرصه خواهد بود که آغاز دوره‌های آموزش آشنایی از ابتدای سال ۱۳۹۰ و پیگیری عملکرد دانشگاه‌ها در انتقال آموزش‌ها به بیمارستان‌های تحت پوشش، صرف‌نظر 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 ذی‌نفعان 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، برگ‌زین دیگری است که با تلاش‌های صادقانه و همت والای همکاران اداره ارزیابی 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 ارزیابی مراکز درمانی به پاس تلاش‌های فراوان و پرثمرشان، صمیمانه قدردانی نموده و همچنین از حوزه‌های مرتبط وزارت 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 صاحب‌نظران 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<sup>۱</sup>

### 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.



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			
							غ.ق.ا	۲	۱	۰
	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 نمی‌کند	
	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؟	و	و	یا	
	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 ۲-۳ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است	براساس مستندات برای ۴-۵ 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	یا	
				ط			۰-۱ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند	۲-۳ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند	۴-۵ 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 غیرقابل ارزیابی خواهد بود.

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای 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	۳. غ.ق.۱
	الف	لیست کارکنان این بخش و پرونده پرسنلی کاغذی/الکترونیکی 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	رییس یا جانشین او به آن‌ها دسترسی داشته باشند	
	ب		و		ک	اگر پرونده پرسنلی کارکنان بخش در دسترس شما است آن را با هم ببینیم	اما	و	و	
	ج	در دسترس این بخش	ز		ل	در این بخش	پرونده پرسنلی ۳-۲ نفر موجود باشد	پرونده پرسنلی ۵-۴ 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 رده‌های شغلی مختلف انتخاب شده‌اند*	ح		م					
			ط							

\*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 صورتی که سوپروایزر بخش رادیولوژی ابلاغ مکتوب با امضای مسئول مربوطه را نداشته باشد هیچ امتیازی به این سنج تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که 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.

## واحد مدیریت پسماندها مدیریت و سازماندهی

### (۱) برنامه استراتژیک

۱-۱) نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.

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

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							غ.ق.۱*	۲	۱	۰	
	الف	برنامه استراتژیک بیمارستان	ه		ی	مسئول این واحد یا جانشین وی	بیمارستان برنامه استراتژیک دارد	یا	مشخصات مندرج در بند «ب» را دارد	و	در دسترس تمامی افراد مورد مصاحبه است
	ب	مشخصات مندرج در سنجه	و		ک	اگر برنامه استراتژیک بیمارستان در دسترس واحد شما است آن را با هم ببینیم					
	ج	در این واحد	ز		ل	در این واحد					
	د		ح		م						
			ط								

\*غیرقابل ارزیابی

(۲-۱) در این واحد، 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 شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
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 به‌طور کامل داشته باشد
	ب	با خط خوانا که از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد، تایپ، قاب یا لمینیت شده‌است	و		ک				
	ج	در این واحد	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

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

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۲	الف	رسالت بیمارستان	ه		ی		در مجاورت تابلو اعلانات نصب نشده‌است		در مجاورت تابلو اعلانات نصب شده‌است
	ب		و		ک				
	ج	در مجاورت تابلوی اعلانات این واحد	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

۳-۱) تمام کارکنان این واحد، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

سنجه ۱. تمام کارکنان این واحد، از رسالت سازمان مطلع هستند.\*

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.ا	۲	۱	۰
۱	الف		ه		ی	از رده‌های مختلف شغلی که حتما یک نفر از آنها مسئول این واحد باشد	حتی مسئول این واحد نداند یا ۰-۱ نفر از کارکنان این واحد بدانند	۲-۳ نفر بدانند	۴-۵ نفر بدانند	غ.ق.ا
	ب		و		ک	رسالت بیمارستان شما چیست؟				
	ج		ز		ل	در این واحد				
	د		ح		م	از ۵ نفر				
			ط							

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

سنجه ۲. تمام کارکنان این واحد، از نقش این واحد 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
۲	الف	برنامه عملیاتی و هدف کلان و اهداف عینی مرتبط با آن که مربوط به این واحد است	ه		ی	از رده‌های مختلف شغلی (که حتماً یک نفر از آن‌ها مسئول واحد باشد)	مستندات بند «الف» را ندارد	مستندات بند «الف» را دارد	مستندات بند «الف» را دارد
	ب	اهداف برنامه عملیاتی همان اهداف عینی مرتبط با هدف کلان باشند	و		ک	براساس برنامه عملیاتی این واحد، نقش این واحد در دستیابی به اهداف استراتژیک بیمارستان چیست؟*	شرایط بند «ب» را ندارد	شرایط بند «ب» را دارد	شرایط بند «ب» را دارد
	ج	در این واحد	ز		ل	در این واحد	یا حتی مسئول این واحد نداند	و مسئول این واحد از آن اطلاع دارد	و مسئول این واحد از آن اطلاع دارد
	د		ح		م	از ۵ نفر	یا ۰-۱ نفر از کارکنان این واحد بدانند	اما ۲-۳ نفر از سایر کارکنان از آن مطلع هستند	و ۴-۵ نفر از سایر کارکنان از آن مطلع هستند
			ط						

\*تذکر: لازم است هدف استراتژیک کلان (Goal) مرتبط با این واحد مشخص شده و اهداف عینی (Objectives) مرتبط با هدف کلان مربوطه که مسئولیت اجرای آن با این واحد است نیز با هماهنگی واحد بهبود کیفیت مشخص شده و مستندات آن در اختیار این واحد قرار گیرد و تمام کارکنان این واحد از اهداف برنامه عملیاتی واحد 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.)

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

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

## ۲) مسؤل واحد

۱-۲) مسؤل واحد مدیریت پسماند به ترتیب ارجحیت دارای شرایط احراز ذیل می‌باشد:

۱-۲-۱) دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی بهداشت محیط با ۲ سال سابقه کار

۲-۱-۲) دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی بهداشت محیط

۲-۱-۳) دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کاردانی بهداشت محیط با ۲ سال سابقه کار

سنجه ۱. مسؤل این واحد طی حکمی از سوی رییس بیمارستان یا مسؤل پست متناظر آن به عنوان مسؤل این واحد تعیین شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۱	الف	حکم انتصاب مسؤل واحد	ه		ی	حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود نباشد	حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود باشد	حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود باشد	حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود نباشد	
	ب	با امضای رییس بیمارستان	و		ک					
	ج		ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

سنجه ۲. فردی واجد معلومات و تجربیات منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده در متن استاندارد مسؤلیت این واحد را برعهده دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۲	الف	موارد مندرج در متن استاندارد	ه		ی	در صورتی که مسؤل واحد 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: دارا بودن مدرک کارشناسی و بالاتر بهداشت محیط (۴ امتیاز) دارا بودن مدرک کاردانی بهداشت محیط (۲ امتیاز) دارا بودن سابقه کار ۲ سال و بیشتر برای کارشناس بهداشت محیط (۲ امتیاز) دارا بودن سابقه کار ۲ سال و بیشتر برای کاردان بهداشت محیط (۱ امتیاز)				
	ب		و		ک					
	ج	در پرونده پرسنلی مسؤل واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

### ۳) پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک)

- ۱-۳) پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان این واحد، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس مسئول این واحد است.
- ۱-۱-۳) 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
- ۲-۱-۳) شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
- ۳-۱-۳) چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
- ۴-۱-۳) کپی آخرین مدرک تحصیلی
- ۵-۱-۳) کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
- ۶-۱-۳) مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
- ۷-۱-۳) مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
- ۸-۱-۳) مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت
- ۹-۱-۳) برنامه توسعه فردی
- ۱۰-۱-۳) مستندات مربوط به گواهی‌نامه دوره ویژه بهداشت عمومی بهداشتی و سوابق بررسی‌ها و معاینات دوره‌ای لازم برای کارکنان (بر اساس دستورالعمل‌ها و قوانین موجود).

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

سنجه ۱. اطلاعات مربوط به پرونده پرسنلی به صورت فایل کاغذی/ الکترونیکی در دسترس مسئول این واحد است.

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

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

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

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۲	الف	مستندات تعیین سطح دسترسی افراد به پرونده پرسنلی کاغذی/ الکترونیک	ه		ی	از کارکنان این واحد در رده‌های مختلف شغلی که مطابق مستندات نباید به پرونده پرسنلی دسترسی داشته باشند			
	ب	نشان دهد چه کسانی تا چه سطحی به پرونده دسترسی دارند	و		ک	اگر شما به پرونده پرسنلی این واحد دسترسی دارید آن را با هم ببینیم			
	ج	در این واحد	ز		ل	در این واحد			
	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		۲۰-۰٪**	۲۱-۶۰٪	۶۱-۱۰۰٪	
	ب	موارد ذکر شده در استاندارد*	و		ک					
	ج	این واحد	ز		ل					
	د	۵ پرونده پرسنلی از رده‌های مختلف شغلی	ح		م					
			ط							

\* تذکر: در مورد استانداردهای ۳-۱-۵، ۳-۱-۶ و ۳-۱-۷ 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: ۱۰ مورد در هر یک از ۵ پرونده که مجموعاً ۵۰ مورد خواهد شد که به عنوان مثال اگر ۱۵ مورد از این ۵۰ مورد در پرونده‌ها موجود باشد نشانگر ۳۰ درصد است که بین ۶۰-۲۱ درصد می‌باشد و امتیاز یک به آن تعلق می‌گیرد.

سنجه ۴. گواهی‌نامه دوره ویژه بهداشت عمومی معتبر (از نظر زمان و مرجع صادر کننده) برای تمامی کارکنان خدماتی واحد مدیریت پسماندها در پرونده پرسنلی آنان موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۴	الف	تصویر گواهی‌نامه دوره ویژه بهداشت عمومی معتبر	ه		ی		حتی در یک مورد تصویر گواهی‌نامه مورد نظر با ویژگی‌های مندرج در بند «ب» موجود نباشد		در هر ۵ مورد تصویر گواهی‌نامه مورد نظر با ویژگی‌های مندرج در بند «ب» موجود باشد	
	ب	صادر شده از سوی مراجع ذیربط زیر مجموعه معاونت بهداشتی دانشگاه و معتبر از نظر زمانی	و		ک					
	ج	در پرونده پرسنلی کارکنان این واحد	ز		ل					
	د	۵ نفر	ح		م					

## ۴) لیست کارکنان

۴-۱) در این واحد، لیستی از تمام کارکنان این واحد، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:

۴-۱-۱) نام و نام خانوادگی

۴-۱-۲) جزییات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آن‌ها بتوان با وی تماس گرفت).

۴-۱-۳) سمت سازمانی

سنجه . دسترسی شبانه‌روزی به لیست کارکنان شامل اطلاعات خواسته شده، در استاندارد با رعایت اصل محرمانه بودن و امنیت امکان پذیراست.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	لیست کارکنان	ه		ی	مسئول این واحد و کارکنان از رده‌های مختلف شغلی	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 مسئول این واحد به لیست دسترسی دارند	لیست کارکنان موجود است و تمام مندرجات بند «ب» را دارد و مسئولین به صورت شبانه‌روزی به لیست دسترسی دارند و هیچ‌یک از کارکنان غیر از مسئول این واحد به لیست دسترسی ندارند		
	ب	با مشخصات خواسته شده در متن استاندارد	و		ک	اگر لیست کارکنان در اختیار شما است آن را با هم ببینیم				
	ج	این واحد	ز		ل					
	د		ح		م	۵ نفر از کارکنان این واحد که حتما یکی از آنان مسئول این واحد باشد				
			ط							

\*تذکر: اگر در ساعات غیر اداری 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.

۴-۲) لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رویت، بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.

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

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	لیست نوبت کاری ماهانه تمامی کارکنان این واحد	ه	تطابق لیست با کارت شناسایی نصب شده بر روی 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) یا حتی حضور یکی از کارکنان با لیست مطابقت نداشته باشد یا لیست نوبت کاری موجود نباشد	هر ۵ نفر از کارکنان با فهرست مطابقت دارند	و لیست موجود است	هر ۵ نفر از کارکنان با فهرست مطابقت دارند
	ب	با مشخصات مندرج در متن سنجه	و	در این واحد	ک				
	ج	در این واحد	ز	۵ نفر از رده‌های مختلف شغلی	ل				
	د		ح		م				
			ط						

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

۳-۴) برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت شبانه‌روزی است، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.

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

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

۴-۴) محاسبه و چینش کارکنان در هر نوبت‌کاری، 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	غ.ق.۱
۱	الف	مستندات بررسی ماهانه	ه		ی		مستندات بررسی ماهانه موجود نیست	مستندات بررسی ماهانه موجود است	و	غ.ق.۱
	ب	توجه به نکات مندرج در سنجه ۱	و		ک					
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

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

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۲	الف	برنامه نوبت‌های کاری شبانه‌روزی در شش ماه گذشته	ه		ی	مسئول یا مسئولین برنامه نوبت‌های کاری	چینی‌ها پرسنل با تغییر شرایط تغییر نکردند			
	ب		و		ک	نوبت‌های کاری بر چه اساسی نوشته می‌شوند				
	ج	در این واحد	ز		ل	در این واحد				
	د		ح		م					
			ط							

تذکر: در مواردی که بیمارستان از پیمانکاران خارجی برای واحد مدیریت پسماندها استفاده می‌کند (برون سپاری) نیز، موارد بالا در دسترس هستند و بر اساس ۴ جول فوق امتیازدهی می‌شوند.

## ۵) دوره توجیهی بدو ورود

۵-۱) در این واحد، یک کتابچه / مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می باشد:

۵-۱-۱) معرفی کلی بیمارستان (از جمله رسالت، چشم‌انداز، ارزش‌ها، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، نقشه ساختمان، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی هم‌چون مرخصی‌ها، تاخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)

۵-۱-۲) معرفی جزییات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد

۵-۱-۳) زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این واحد

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 تهیه نموده‌است.

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

سنجه ۲. در این واحد تمامی کارکنان به کتابچه / مجموعه توجیهی (کاغذی/ الکترونیک) دسترسی دارند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۲	الف		ه		ی	کارکنان این واحد 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 واحد در دسترس شما است آن را با هم ببینیم			
	ج		ز		ل	در این واحد			
	د		ح		م	۵ نفر از کارکنان با اولویت جدیدترین افرادی که به این واحد پیوسته‌اند			
			ط						

سنجه ۳. کارکنان جدید الورد (کارکنانی که طی یکسال اخیر از زمان ارزیابی وارد این واحد شده‌اند) از محتویات کتابچه / مجموعه توجیهی مطلع هستند.\*

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۳	الف		ه		ی	از کارکنانی که طی یکسال گذشته از زمان ارزیابی به این واحد پیوسته‌اند ( در اولین سال اعتباربخشی از کارکنان رده‌های مختلف شغلی)	۰-۲۰٪ بدانند	۲۱-۶۰٪ بدانند	۶۱-۱۰۰٪ بدانند
	ب		و		ک	در خصوص محتویات کتابچه/ مجموعه توجیهی در حیطه وظایف هر فرد**			
	ج		ز		ل	در این واحد			
	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 جدید الورد سوال خواهد شد.

\*\*تذکر: در مورد استاندارد ۲-۱-۵ و ۳-۱-۵، هر فرد لازم است با جزییات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها، بخش‌نامه‌ها و تجهیزات این واحد تنها در حیطه وظایف خود آشنا باشد.

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

سنجه ۴. تمام افرادی که به عنوان آموزش گیرنده و آموزش دهنده (جدید ورود) از طرف مراکز آموزشی به این واحد معرفی شده‌اند از محتویات کتابچه / مجموعه توجیهی مطلع می‌باشند. (در اولین سال اعتبار بخشی شامل همه افراد است.)

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۴	الف		ه		ی	از آموزش دهندگان و آموزش گیرندگان 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 غیر آموزشی یا واحدهایی که هر آموزش گیرنده بیش از یک هفته در آن واحد نماند یا در صورتی که آموزش گیرنده به این واحد 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	این واحد				
	د		ح		م	۵ نفر				
			ط							

## ۶) آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

۶-۱) آزمون اولیه توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.

سنجه ۱. لیست اقداماتی که کارکنان این واحد 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
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 واحد	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

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 جدید ورود این واحد 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					
	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					
	ج		ز		ل					
	د	به تعداد کارکنان جدید ورود این واحد که طی یک سال اخیر از خارج بیمارستان یا سایر واحدها به این واحد پیوسته‌اند	ح		م					
			ط							

۶-۲) آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک‌بار، برای تمامی کارکنان، برگزار می‌شوند.

سنجه . آزمون دوره‌ای صلاحیت و توانمندی برای تمامی کارکنان\* این واحد 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 واحد و آزمون‌ها و ارزیابی‌های دوره‌ای انجام شده منطبق بر آن	ه		ی	کارکنان این واحد از رده‌های مختلف شغلی	۰-۱ نفر برنامه توسعه فردی دارند	۲-۳ نفر برنامه توسعه فردی دارند	۴-۵ نفر برنامه توسعه فردی دارند		
	ب	حداقل شامل آزمون‌های برگزار شده براساس عناوین مندرج در محور آموزش و توانمندسازی 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 واحد	ز		ل	در این واحد	یا	یا	و		
	د	برنامه توسعه ۵ نفر از کارکنان از رده‌های مختلف شغلی به صورت تصادفی	ح			م	۵ نفر	۲۰-۶۰٪ از عناوین آموزشی مندرج در محور آموزش و توانمندسازی برنامه‌های کنترل شده دیده شده‌است	۲۱-۶۰٪ از عناوین آموزشی مندرج در محور آموزش و توانمندسازی در برنامه‌های کنترل شده دیده شده‌است	۶۱-۱۰۰٪ از عناوین آموزشی مندرج در محور آموزش و توانمندسازی در 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.

۳-۶) اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون اولیه / دوره‌ای 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 جدید ورود در این واحد 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		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		ج	
					م		ح		د	
							ط			

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای 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 جدید ورود این واحد در رده‌های مختلف شغلی	براساس مستندات حتی برای یک نفر تمام کارکنان جدید	براساس مستندات برای تمام کارکنان جدید	براساس مستندات برای تمام کارکنان جدید	در صورتی که کارکنان جدید ورود در این واحد نباشند
	ب		و		ک	در آزمون اولیه چه مشکلی داشتید؟ چه اقدام اصلاحی در این مورد انجام شده‌است؟	از کارکنان جدید ورود اقدام اصلاحی لازم به عمل نیامده است	لازم به عمل آمده است	لازم به عمل آمده است	
	ج		ز		ل	در این واحد	یا	اما	و	
	د	به تعداد کارکنان جدید ورود نیازمند اقدام اصلاحی (حداکثر ۵ نفر)	ح		م	به تعداد کارکنان جدید ورود (حد اکثر ۵ نفر) همان افرادی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است	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	
			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.ا
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 ۰-۱ نفر مداخلات اصلاحی انجام شده باشد یا براساس مصاحبه ۰-۱ نفر اظهارکنند که اقدام اصلاحی برای آن‌ها انجام شده است	براساس مستندات برای ۲-۳ نفر مداخلات اصلاحی انجام شده باشد یا براساس مصاحبه ۲-۳ نفر اظهارکنند که اقدام اصلاحی برای آن‌ها انجام شده است	براساس مستندات برای ۴-۵ نفر مداخلات اصلاحی انجام شده باشد و براساس مصاحبه ۴-۵ نفر اظهارکنند که اقدام اصلاحی برای آن‌ها انجام شده است	غ.ق.ا
	ب		و		ک	آیا اقدام اصلاحی براساس آزمون‌های دوره‌ای برای شما انجام شده است؟				
	ج	در این واحد	ز		ل	در این واحد				
	د	۵ نفر از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی که نیازمند اقدام اصلاحی بوده‌اند	ح		م	۵ نفر از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی، ترجیحاً کسانی که مستندات آزمون‌های دوره‌ای آن‌ها کنترل شده است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
			ط							

\*تذکر: در امتیازدهی سنجه (۴) ارزیابان محترم مدنظر داشته باشند که تاریخ انجام اقدام اصلاحی را کنترل نمایند اگر در زمان انجام ارزیابی به منظور اعتباربخشی 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.

#### ۴-۶) اثر بخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

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

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.ا
۱	الف	شاخص‌های تعیین شده در ۲ سطح برای بررسی اثربخشی اقدامات اصلاحی	ه		ی		شاخص‌ها تعیین نشده است	شاخص‌ها فقط در یک سطح تعیین شده است یا برای برخی اقدامات اصلاحی در یک سطح و برای برخی در دو سطح تعیین شده است	شاخص‌ها در دو سطح تعیین شده است	غ.ق.ا
	ب		و		ک					
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

سنجه ۲. اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده، در جهت ارتقای توانمندی کارکنان و رفع نارسایی‌های شناسایی شده براساس نتایج آزمون‌های دوره‌ای و تحلیل شاخص‌های کلیدی عملکرد 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				
	ب		و		ک	سنجش و تحلیل شاخص‌ها ناقص انجام شده‌است	سنجش و تحلیل شاخص‌ها در ۲ سطح انجام شده‌است		
	ج	در این واحد	ز		ل	سنجش و تحلیل شاخص‌ها انجام نشده‌است			
	د		ح		م				
			ط						

### (۷) آموزش و توانمندسازی کارکنان

۷-۱) در این واحد یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند که واحد نیازسنجی 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
۱	الف	گزارش ارزیابی سالانه نیازهای آموزشی کارکنان	ه		ی				
	ب	استفاده از موارد مندرج در سنجه در تهیه گزارش	و		ک	گزارش وجود ندارد یا از هیچ‌کدام از موارد مندرج در سنجه استفاده نشده‌است	گزارش وجود دارد و از بخشی از موارد مندرج در سنجه استفاده شده‌است	گزارش وجود دارد و از همه موارد مندرج در سنجه استفاده شده‌است	
	ج	این واحد	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

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

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	برنامه توسعه فردی کارکنان	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی	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	ایا شما در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت داشته‌اید؟	یا	اما	و	
	ج	در پرونده پرسنلی کارکنان این واحد	ز		ل	این واحد	براساس مستندات برای ۰-۱ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است	براساس مستندات برای ۲-۳ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است	براساس مستندات برای ۴-۵ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است	
	د	۵ پرونده از رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آنها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)	یا	یا	و	
				ط			۰-۱ نفر اظهارمی‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند	۲-۳ نفر اظهارمی‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند	۴-۵ نفر اظهارمی‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند	

۲-۷) تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک‌بار، گذرانده‌اند.

سنجه . مستندات 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 در رده‌های مختلف شغلی				
	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؟	براساس مستندات ۰-۱- نفر برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند یا	براساس مستندات ۲-۳- نفر برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند یا	براساس مستندات ۴-۵- نفر برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند و	
	ج	این واحد	ز		ل	این واحد	۰-۱- نفر اظهارکنند برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	۲-۳- نفر اظهارکنند برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	۴-۵- نفر اظهارکنند برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
				ط						

۷-۳) کارکنان حداقل سالی یکبار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند.

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

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط 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 غیرمدون رسمی و مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	در صورتی که گروهی از کارکنان این واحد 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 غیر قابل ارزیابی خواهد بود
	ب		و		ک	طبق برنامه توسعه فردی‌تان 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 واحد	ز		ل	این واحد	۰-۱ نفر اظهارکنند برنامه آموزشی بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	۲-۳ نفر اظهارکنند برنامه آموزشی غیرمدون رسمی و مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	۴-۵ نفر اظهارکنند برنامه آموزشی غیرمدون رسمی و مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
				ط						

۴-۷) تمام کارکنان واحد، 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 را در فواصل زمانی مناسب (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 دوره اجرای صحیح احیای قلبی- ریوی پایه	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی					
	ب	حداقل سالانه	و		ک	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؟	حتی یک نفر از کارکنان برنامه انجام احیای قلبی- عروقی پایه را حداقل سالانه نگذرانده باشد			تمامی ۵ نفر برنامه انجام احیای قلبی- عروقی پایه را حداقل سالانه گذرانده باشند	
	ج	این واحد	ز		ل	این واحد					
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح			م	۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
				ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

۵-۷) 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 بطور 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	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی	براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند	براساس مستندات ۱-۲ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند	براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند	براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند
	ب	حداقل سالانه	و		ک	طبق برنامه توسعه فردی تان 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؟	یا ۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	یا ۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	و ۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	
	ج	این واحد	ز		ل	این واحد				
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح			م	۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)			
				ط						

۶-۷) تمام کارکنان در زمینه‌ی 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.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
				از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی	ی		ه	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره در زمینه‌ی ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود	الف	
				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؟	ک		و	حداقل سالانه	ب	
				این واحد	ل		ز	این واحد	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	د	
							ط			

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

۷-۷) تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، 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	غ.ق.ا
۱	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی ایمنی بیمار	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی				
	ب	حداقل سالانه	و		ک	طبق برنامه توسعه فردی‌تان دوره آموزشی ایمنی بیمار برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟	براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند	براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند	براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند	
	ج	این واحد	ز		ل	این واحد	یا	یا	و	
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)	۰-۱ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۲-۳ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۴-۵ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل 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
۲	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی کنترل عفونت	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی			
	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؟	براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند	براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند	براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند
	ج	این واحد	ز		ل	این واحد	یا	یا	و
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)	۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند
				ط					

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

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

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۳	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی بهداشت محیط	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی				
	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؟	براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند و	
	ج	این واحد	ز		ل	این واحد	۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
				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	۱. غ.ق.
۴	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی ایمنی و سلامت شغلی	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی				
	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؟	براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند و	
	ج	این واحد	ز		ل	این واحد	۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
				ط						

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای 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	۳. غ.ق.ا
۵	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی آتش‌نشانی	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی				
	ب	حداقل سالانه	و		ک	طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی آتش‌نشانی برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟	براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند و	
	ج	این واحد	ز		ل	این واحد	۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه 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)				
				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			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۶	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی مدیریت خطر	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی				
	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؟	براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند	براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند	براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند	
	ج	این واحد	ز		ل	این واحد	یا	یا	و	
	د	۵ برنامه توسعه فردی و کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)	۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای 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	۱. غ.ق.
۷	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی مدیریت بحران	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی				
	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؟	براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند و	
	ج	این واحد	ز		ل	این واحد	۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	
	د	۵ برنامه توسعه فردی و کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
			ط							

۷-۸) تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (drill) آتش‌نشانی، انجام می‌دهند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند در این واحد 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
	الف	مستندات مشارکت تمامی کارکنان در تمرین (drill) آتش‌نشانی این واحد	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی	مستندات برگزاری تمرین (drill) آتش‌نشانی در این واحد وجود دارد	مستندات برگزاری تمرین (drill) آتش‌نشانی در این واحد وجود دارد	اما در فواصل بیش از یک سال برگزار می‌شود	و ۴-۵ نفر اظهارکنند که در تمرین مربوطه مشارکت داشته‌اند
	ب	حداقل سالانه	و		ک	آیا در تمرین (drill) آتش‌نشانی این واحد مشارکت نموده‌اید و در چه زمانی؟				
	ج	این واحد	ز		ل	این واحد				
	د		ح		م	۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
			ط							

## ۸) کتابچه / مجموعه ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط

۸-۱) کتابچه / مجموعه ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:

۸-۱-۱) اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط

سنجه . شواهد نشان می‌دهند دستورالعمل شماره ۲۱۱۹۵۲ مورخ ۸۲/۶/۱۸ در خصوص حفظ، تامین سلامت، بهداشت و ایمنی عوامل اجرایی رعایت می‌گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف		ه	رعایت دستورالعمل مندرج در سنجه	ی	با نیروهای خدماتی مرتبط با پسماند	براساس مشاهدات در ۲-۰ مورد دستورالعمل رعایت می‌شود	براساس مشاهدات در ۳-۶ مورد دستورالعمل رعایت می‌شود	براساس مشاهدات در ۷-۱۰ مورد دستورالعمل رعایت می‌شود
	ب		و	بخش‌ها و قسمت‌های مرتبط	ک	در خصوص استفاده از وسایل حفاظت فردی مطابق با دستورالعمل مذکور و در حیطه شرح وظایف فرد	یا	یا	یا
	ج		ز	۱۰ مورد	ل	بخش‌ها و قسمت‌های مرتبط	براساس مصاحبه ۲-۰ نفر از محتوای دستورالعمل در حیطه	براساس مصاحبه ۳-۶ نفر از محتوای دستورالعمل در حیطه	براساس مصاحبه ۷-۱۰ نفر از محتوای دستورالعمل در حیطه
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ نفر	شرح وظایف خود آگاهی کامل دارند	شرح وظایف خود آگاهی کامل دارند	شرح وظایف خود آگاهی کامل دارند
				ط					

۸-۱) اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی

سنجه ۱. کتابچه/ مجموعه (کاغذی/ الکترونیک) ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط با توجه به برنامه مدیریت خطر بیمارستان تدوین شده است و در دسترس کارکنان این واحد است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۱	الف	کتابچه ایمنی، 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 به ویژه در این واحد	و		ک	اگر کتابچه ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط در دسترس شما است آن را با هم ببینیم				
	ج	در این واحد	ز		ل	در این واحد				
	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			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۲	الف	کتابچه ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط	ه		ی		فقد اطلاعات کلی در هر دو مبحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط است	دارای اطلاعات کلی در یکی از دو مبحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط است	دارای اطلاعات کلی هر دو مبحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط است	غ.ق.۱
	ب	شامل هر دو مبحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط	و		ک					
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

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

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

۸-۲) اطلاع رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

سنجه ۱. بروشور (جزوه آموزشی) با تاکید بر مهم‌ترین مطالب کتابچه با توجه به اولویت‌های برنامه مدیریت خطر بیمارستان و موارد جدیدی که هنوز وارد این ویرایش کتابچه نشده‌است، تدوین شده و در دسترس کارکنان این واحد است.

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

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

سنجه ۲. کارکنان این واحد 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، سلامت شغلی و یک سوال از بهداشت محیط مرتبط با وظایف و مسئولیت‌های هر فرد و یک سوال از بروشور	اگر از ۱۵ سوال* ٪۲۰-۲۰ پاسخ درست داده شود	اگر از ۱۵ سوال ٪۶۰-۲۱ پاسخ درست داده شود	اگر از ۱۵ سوال ٪۶۱-۱۰۰ پاسخ درست داده شود	
	ج		ز		ل	این واحد				
	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 واحد 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 درخصوص رعایت مفاد کتابچه / بروشور	ی					
	ب		و	در این واحد	ک					
	ج		ز	۵ نفر از رده‌های مختلف شغلی	ل					
	د		ح	بطور مستقیم و غیر مستقیم	م					
				ط						

## ۹) خط مشی‌ها و روش‌ها

۹-۱) یک کتابچه/مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این واحد را توصیف می‌نماید.

۹-۱-۱) خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواختی هستند.

۹-۱-۲) خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

۹-۱-۳) خط‌مشی‌ها به روشنی مشخص هستند.

۹-۱-۴) روش‌ها به روشنی مشخص هستند.

۹-۱-۵) کتابچه/مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.

۹-۱-۶) کتابچه/مجموعه دارای نمایه مشخص است.

سنجه . کتابچه / مجموعه (کاغذی/ الکترونیکی) خط‌مشی‌ها و روش‌ها شامل موارد مندرج در استاندارد در این واحد 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 (۹-۱) و زیرمجموعه آن	و		ی	اگر کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در دسترس شما است آن را با هم ببینیم			
	ج	این واحد	ز		ل	این واحد			
	د		ح		م	از ۵ نفر پرسیده شود			
			ط						

\*تذکر: منظور کتابچه/مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیکی 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.

۹-۲) خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل می‌باشند.

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 شده‌است).
- دامنه خط‌مشی و روش (مانند بخش یا واحد مربوطه یا در مورد خط‌مشی و روش‌هایی که برای کل بیمارستان یا قسمت‌های خاصی مثلاً 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 قابل‌شناسایی 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 دارد 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 شده‌است؛ 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 دوره ای 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 خرد جمعی برای حل کردن مسایل است).
- روش با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن (بهتر است روش کار به صورت مرحله به مرحله و ۴،۳،۲،۱ و... نوشته شود و لازم است ذکر شود که مراحل مختلف کار

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

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).

- امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن (تدوین این قسمت ضروری نیست).
- جدول اسامی. شامل اسامی تهیه کنندگان، 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 خط مشی‌ها 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			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
	الف	کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها	ه		ی	خط‌مشی‌ها و روش‌ها شامل تمام مندرجات سنجه ۱ نباشد	خط‌مشی‌ها و روش‌ها شامل تمام مندرجات سنجه ۱ نباشد	۱	۲	غ.ق.۱
	ب	مشخصات مندرج در سنجه ۱	و		ک					
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

۹-۲-۱) جدا سازی و تفکیک پسماندها

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

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	جدول اسامی تهیه کنندگان	ه		ی	مستول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور جزء تهیه کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد	مستول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور و نمایندگان از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان باشند	مستول پاسخگویی به خط مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان 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 رده های مختلف شغلی دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور مفاد کتابچه خط مشی ها و روش ها 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 مشی ها و روش ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی ها و روش ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می کند.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای 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	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	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 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.

۹-۲-۲) جمع‌آوری پسماندها

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	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	
	ب	با ذکر امضا و سمت آنان در پایان این خط مشی و روش	و		ک	جزء تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد	از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند	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 سججه	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 واحد مدیریت پسماندهای 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.

۳-۲-۹) حمل و نقل پسماند در داخل بیمارستان (مطابق ماده ۴۸ بخش‌نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵)

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 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	جزء تهیه‌کنندگان خط‌مشی و روش مذکور نباشد	جزء تهیه‌کنندگان خط‌مشی و روش مذکور نباشد	جزء تهیه‌کنندگان خط‌مشی و روش مذکور نباشد	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 سجده	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 واحد مدیریت پسماندهای 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	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	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.

۹-۲-۴) انتقال و خروج پسماندها از بیمارستان

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 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	جزء تهیه‌کنندگان خط مشی 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 سجده	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 واحد مدیریت پسماندهای 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	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	۱. غ.ق.
	ب	مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور	و	در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور	ک	۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق باشد	۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق باشد	۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق باشد	۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	
	ج		ز	۵٪ مورد	ل	۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق باشد	۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق باشد	۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق باشد	۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۵٪ مورد	۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق باشد	۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق باشد	۴-۵ مورد مشاهده، 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.

۹-۲-۵) جمع‌آوری و بی‌خطر سازی پسماندهای تیز و برنده

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	مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند	۱. غ.ق.
	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	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	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	مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند	
			ط							

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

شماره سجده	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 واحد مدیریت پسماندهای 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	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.

۹-۲-۶) کنترل کلیه ظروف نگهداری و انتقال پسماندها

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	
	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 تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند	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 سجده	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	یا ۰-۱ 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 واحد مدیریت پسماندهای 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	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	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.

۹-۲-۷) کنترل عفونت بیمارستانی (با هدایت و هماهنگی واحد کنترل عفونت)

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 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	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 سجده	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 واحد مدیریت پسماندهای 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	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.

۸-۲-۹) آموزش علمی و عملی اصول بهداشت محیط به کارکنان (با نگاه ویژه به موضوع تفکیک و بی‌خطر سازی پسماند)

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 خط مشی 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 سجده	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 واحد مدیریت پسماندهای 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.

۹-۲-۹) کنترل رعایت الزامات و استانداردهای واحد مدیریت پسماندها توسط پیمانکار (در مواردی که برون سپاری صورت گرفته است).

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 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 برون سپاری صورت نگرفته باشد	و
	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 سجده	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	مسئول پاسخگویی به خط‌مشی و روش مذکور، آگاه نباشد				در صورتی که برون سپاری صورت نگرفته باشد
	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 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 واحد مدیریت پسماندهای 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	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 صورتی که برون سپاری صورت نگرفته باشد
	ب	مشخصات تعیین شده در خط‌مشی و روش مذکور	و	در خصوص اجرایی شدن خط‌مشی و روش مذکور	ک	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		
	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.

### ۱۰) تفکیک، جمع آوری، حمل، نگهداری و بی خطر سازی پسماندها

۱-۱۰) موازین تفکیک در مبدا به طور دقیق برای پسماندهای عادی، عفونی، تیز و برنده، شیمیایی - دارویی و پسماندهای پرتوزا و رادیواکتیو رعایت می شود.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می دهند که ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته ابلاغ شده طی بخش نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ در خصوص پسماندهای عادی در بیمارستان رعایت می شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف		ه	تفکیک پسماندها براساس بخش نامه ذکر شده در سنجه	ی		در تمام بخش ها / واحدهای بازدید شده تفکیک در مبدا مطابق بخش نامه صورت می گیرد	در تمام بخش ها / واحدهای بازدید شده تفکیک در مبدا مطابق بخش نامه صورت می گیرد	در تمام بخش ها / واحدهای بازدید شده تفکیک در مبدا مطابق بخش نامه صورت می گیرد	
	ب		و	در بخش ها / واحدها و در محل نگهداری موقت پسماندها	ک		یا در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق بخش نامه عمل نمی شود	اما در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق بخش نامه رعایت نمی شود	و در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق بخش نامه رعایت می شود	
	ج		ز	دیدن داخل کیسه ها و بین های زباله	ل					
	د		ح	۵ بخش / واحد	م					
				ط						

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته ابلاغ شده طی بخش‌نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ در خصوص پسماندهای عفونی در بیمارستان رعایت می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف		ه	تفکیک پسماندها براساس بخش‌نامه ذکر شده در سنجه	ی		در تمام بخش‌ها / واحدهای بازدید شده تفکیک در مبدا مطابق بخش‌نامه صورت می‌گیرد	در تمام بخش‌ها / واحدهای بازدید شده تفکیک در مبدا مطابق بخش‌نامه صورت می‌گیرد	در تمام بخش‌ها / واحدهای بازدید شده تفکیک در مبدا مطابق بخش‌نامه صورت می‌گیرد	در تمام بخش‌ها / واحدهای بازدید شده تفکیک در مبدا مطابق بخش‌نامه صورت می‌گیرد
	ب		و	در بخش‌ها / واحدها و در محل نگهداری موقت پسماندها	ک		اما	در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) رعایت نمی‌شود	در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) رعایت نمی‌شود	در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) رعایت نمی‌شود
	ج		ز	دیدن داخل کیسه‌ها و بین‌های زباله	ل		یا	در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق بخش‌نامه رعایت نمی‌شود	در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق بخش‌نامه رعایت نمی‌شود	در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق بخش‌نامه رعایت نمی‌شود
	د		ح	۵ بخش / واحد	م					
				ط						

سنجه ۳. شواهد نشان می‌دهند که ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته ابلاغ شده طی بخش‌نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ در خصوص پسماندهای تیز و برنده در بیمارستان رعایت می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۳	الف		ه	تفکیک پسماندها براساس بخش‌نامه ذکر شده در سنجه	ی					
	ب		و	در بخش‌ها و واحدها و در محل نگهداری موقت پسماندها	ک					
	ج		ز	۱۰ مورد	ل					
	د		ح	دیدن داخل کیسه‌ها و بین‌های زباله و Safety box	م					
				ط						

سنجه ۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند Safety Box برای پسماندهای تیز و برنده و ظروف جمع‌آوری پسماندهای عفونی (کیسه و سطل زرد رنگ) در اتاق بیماران، راهروها و سالن‌های عمومی وجود ندارد و در موارد لزوم به همراه ترالی به بالین بیمار آورده می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۴	الف		ه	محل قرارگرفتن Safety Box	ی					
	ب		و	بخش‌های بالینی	ک					
	ج		ز	۵ بخش که حتماً یکی از آنها اورژانس باشد	ل					
	د		ح	مطابق سنجه	م					
				ط						

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

سنجه ۵. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته ابلاغ شده طی بخش‌نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ در خصوص پسماندهای شیمیایی- دارویی در بیمارستان رعایت می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۵	الف		ه	تفکیک پسماندها براساس بخش‌نامه ذکر شده در سنجه	ی		حتی در یک بخش / واحد مورد بازدید تفکیک در مبدا مطابق بخش‌نامه صورت نمی‌گیرد	در تمام بخش‌ها / واحدهای بازدید شده تفکیک در مبدا مطابق بخش‌نامه صورت می‌گیرد	در تمام بخش‌ها / واحدهای بازدید شده تفکیک در مبدا مطابق بخش‌نامه صورت می‌گیرد	
	ب		و	در بخش‌ها / واحدها و در محل نگهداری موقت پسماندها	ک		یا در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق بخش‌نامه رعایت نمی‌شود	اما در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق بخش‌نامه رعایت نمی‌شود	و در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق بخش‌نامه رعایت می‌شود	
	ج		ز	دیدن داخل کیسه‌ها و بین‌های زباله	ل		در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق بخش‌نامه رعایت نمی‌شود	در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق بخش‌نامه رعایت نمی‌شود	در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق بخش‌نامه رعایت می‌شود	
	د		ح	۵ بخش / واحد	م		در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق بخش‌نامه رعایت نمی‌شود	در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق بخش‌نامه رعایت نمی‌شود	در محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق بخش‌نامه رعایت می‌شود	
				ط						

سنجه ۶. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که در رابطه با پسماندهای پرتوزا و رادیواکتیو مطابق قانون حفاظت در برابر اشعه مصوب سال ۱۳۶۸ مجلس شورای اسلامی اقدام می‌گردد و کارشناس بهداشت محیط بیمارستان با نظارت کارشناس مسئول بهداشت پرتوهای معاونت بهداشتی دانشگاه مربوطه موظف به پیگیری حسن اجرای مفاد قانون فوق می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۶	الف	مستندات تاییدیه کارشناس مسئول بهداشت پرتوهای معاونت بهداشتی دانشگاه	ه	تفکیک پسماندها براساس بخش‌نامه ذکر شده در سنجه	ی		مستندات بند «الف» موجود نباشد		مستندات بند «الف» موجود باشد	
	ب	حداقل هر ۶ ماه یک بار	و	در بخش‌ها / واحدها و در محل نگهداری موقت پسماندها	ک		حداقل ۶ ماه یک بار نباشد		حداقل ۶ ماه یک بار باشد	
	ج	در این واحد	ز		ل		حتی در یک مورد تفکیک در مبدا مطابق بخش‌نامه صورت نگیرد		در تمام موارد مشاهده شده، تفکیک در مبدا مطابق بخش‌نامه صورت گیرد	
	د		ح		م		یا		محل نگهداری آن مطابق ضوابط مذکور نباشد	
				ط					محل نگهداری آن مطابق ضوابط مذکور باشد	

۱۰-۲) یک لیست از انواع پسماندهای پزشکی ویژه (خطرناک) و محل تولید آن‌ها موجود است.

سنجه ۱. یک لیست از انواع پسماندهای پزشکی ویژه که نیاز به مراقبت دارند با ذکر محل تولید (بخش‌ها و واحدهای مربوطه) در این واحد و هم‌چنین در بخش‌ها / واحدهای مذکور موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	لیست پسماندهای پزشکی ویژه	ه		ی					
	ب	به تفکیک محل تولید بر حسب بخش‌ها و واحدهای مربوطه	و		ک					
	ج	در این واحد و بخش‌ها و واحدهای مندرج در لیست مذکور	ز		ل					
	د	در ۵ بخش / واحد که حتما یکی از آن‌ها واحد مدیریت پسماندها باشد	ح		م					
			ط							

۱ - تعریف پسماندهای پزشکی ویژه مطابق بند ت ماده ۲ فصل دوم ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته می‌باشد.

سنجه ۲. شواهد ومستندات نشان می دهند لیست پسماندهای پزشکی ویژه به تفکیک محل تولید در اختیار بخش ها و واحدهای مربوطه قرار گرفته و اقدامات احتیاطی لازم در خصوص مدیریت ایمن دفع آن بر اساس بخش نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ انجام می شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	لیست پسماندهای پزشکی ویژه	ه	انجام اقدامات احتیاطی لازم براساس بخش نامه مربوطه	ی	کارکنان مرتبط	براساس مشاهدات در ۰-۱ مورد مطابق بخش نامه عمل می شود یا براساس مصاحبه، ۰-۱ نفر آگاهی لازم را دارند	براساس مشاهدات در ۳-۲ مورد مطابق بخش نامه عمل می شود یا براساس مصاحبه، ۳-۲ نفر آگاهی لازم را دارند	براساس مشاهدات در ۵-۴ مورد مطابق بخش نامه عمل می شود و براساس مصاحبه، ۵-۴ نفر آگاهی لازم را دارند	
	ب	به تفکیک محل تولید بر حسب بخش ها و واحدهای مربوطه	و	بخش ها و واحدهای مرتبط	ک	در خصوص اقدامات احتیاطی منطبق با بخش نامه مذکور				
	ج	در همه بخش ها و واحدهای مرتبط	ز	۵ مورد	ل	بخش ها و واحدهای مرتبط				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۵ نفر				
			ط							

۱۰-۳) کد بندی رنگی پسماندهای تفکیک شده مشخص شده است.

سنجه . شواهد نشان می دهند که کدبندی رنگی پسماندهای تفکیک شده براساس بخش نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ در بیمارستان رعایت می شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف		ه	کدبندی رنگی تمام انواع پسماندهای تفکیک شده	ی		حتی در یک مورد، کدبندی رنگی پسماندهای تفکیک شده مطابق بخش نامه مذکور رعایت نمی شود		در هر ۱۰ مورد، کدبندی رنگی پسماندهای تفکیک شده مطابق بخش نامه مذکور رعایت می شود	
	ب		و	در بخش های مختلف بیمارستان	ک					
	ج		ز	۱۰ مورد	ل					
	د		ح	مطابق دستورالعمل ذکر شده در سنجه	م					
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

۱۰-۴) کلیه پسماندها برچسب گذاری می‌شوند.

سنجه . شواهد نشان می‌دهند که برچسب گذاری پسماندهای تفکیک شده براساس بخش نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ در بیمارستان رعایت می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف		ه	برچسب گذاری تمام انواع پسماندهای تفکیک شده	ی	حتی در یک مورد، برچسب گذاری پسماندهای تفکیک شده مطابق بخش نامه مذکور رعایت نمی‌شود				در هر ۱۰ مورد، برچسب گذاری پسماندهای تفکیک شده مطابق بخش نامه مذکور رعایت می‌شود
	ب		و	در بخش‌های مختلف بیمارستان	ک					
	ج		ز	۱۰ مورد	ل					
	د		ح	مطابق دستورالعمل ذکر شده در سنجه	م					
			ط							

۱۰-۵) برای تمامی انواع پسماندها، تسهیلات و ظروف نگهدارنده در بخش‌ها و اماکن بیمارستان موجود است.

سنجه ۱. شواهد نشان می‌دهند که برای تمام پسماندها، تسهیلات و ظروف نگهدارنده در بخش‌ها و اماکن بیمارستان براساس بخش نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ در بیمارستان وجود دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف		ه	تسهیلات و ظروف نگهدارنده برای تمام انواع پسماندها	ی	حتی در یکی از بخش‌ها / واحدهای بازدید شده ظروف نگهدارنده و تسهیلات ذخیره سازی در بخش‌ها و اماکن بیمارستان برچسب گذاری پسماندهای تفکیک شده مطابق بخش نامه مذکور رعایت نمی‌شود				در تمامی بخش‌ها / واحدهای بازدید شده برچسب گذاری پسماندهای تفکیک شده مطابق بخش نامه مذکور رعایت می‌شود
	ب		و	مطابق دستورالعمل مندرج در سنجه	ک					
	ج		ز	در بخش‌ها / واحدها و اماکن بیمارستان	ل					
	د		ح	۵ بخش / واحد	م					
			ط							

سنجه ۲. شواهد نشان می‌دهند که تمامی تسهیلات وظروف نگهدارنده در بخش‌ها و اماکن بیمارستان مطابق ماده ۳۰ بخش‌نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ در بیمارستان رفع آلودگی و گندزدایی می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف		ه	تسهیلات وظروف نگهدارنده برای تمام انواع پسماندها رفع آلودگی و گندزدایی می‌شود	ی	در خصوص رفع آلودگی و گندزدایی سوال می‌شود مواد را با هم می‌بینیم	حتی در یکی از بخش‌ها / واحدهای بازدید شده تسهیلات وظروف نگهدارنده پسماندهای تفکیک شده مطابق بخش‌نامه مذکور رعایت نمی‌شود	۱	۲	در تمامی بخش‌ها / واحدهای بازدید شده تسهیلات وظروف نگهدارنده پسماندهای تفکیک شده مطابق بخش‌نامه مذکور رعایت می‌شود
	ب		و	مطابق دستورالعمل مندرج در سنجه	ک					
	ج		ز	در بخش‌ها/ واحدها و اماکن بیمارستان	ل					
	د		ح	۵ واحد / بخش	م					
			ط							

۱۰-۶) محل نگهداری موقت پسماندها (اتاقک زباله) مطابق ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بیمارستان موجود است.

سنجه ۱. شواهد نشان می‌دهند که محل نگهداری موقت پسماندها در بیمارستان مطابق بخش‌نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف		ه	رعایت ضوابط اتاقک زباله	ی		محل نگهداری موقت پسماندها در بیمارستان وجود ندارد	۱	۲	محل نگهداری موقت پسماندها در بیمارستان وجود دارد اما مطابق دستورالعمل نیست
	ب		و	محل نگهداری موقت پسماندها در بیمارستان	ک					
	ج		ز		ل					
	د		ح	مطابق دستورالعمل مندرج در سنجه	م					
			ط							

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد نشان می‌دهند که برای کاربر دستگاه بی‌خطر ساز، سرویس بهداشتی مجزا (شامل دستشویی، توالت و حمام) و محل استراحت با شرایط بهداشتی مطابق آیین‌نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی پیش بینی شده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف		ه	سرویس بهداشتی مجزا و محل استراحت برای کاربر دستگاه بی‌خطر ساز	ی		سرویس بهداشتی مجزا	سرویس بهداشتی مجزا	سرویس بهداشتی مجزا	
	ب		و	محل نگهداری موقت پسماندها در بیمارستان	ک	هیچ‌یک از مندرجات بند «ه» موجود نیست	یا محل استراحت مجزا موجود است	محل استراحت مجزا موجود است	و محل استراحت مجزا موجود است	
	ج		ز		ل					
	د		ح	مطابق مندرجات سنجه	م					
				ط						

سنجه ۳. شواهد نشان می‌دهند زمان نگهداری پسماندها در اتاقک، مطابق ماده ۴۵ بخش‌نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ رعایت می‌گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۳	الف		ه	تاریخ برچسب‌های چسبانده شده بر روی پسماندها	ی	کاربر دستگاه بی‌خطر ساز	بر اساس مصاحبه، کاربر دستگاه از زمان منطبق بر آیین‌نامه آگاهی کامل نداشته باشد	بر اساس مصاحبه، کاربر دستگاه از زمان منطبق بر آیین‌نامه آگاهی کامل داشته باشد	بر اساس مصاحبه، کاربر دستگاه از زمان منطبق بر آیین‌نامه آگاهی کامل داشته باشد	
	ب		و	اتاقک زباله	ک	در خصوص زمان نگهداری پسماند مطابق بخش‌نامه مذکور	یا کامل نداشته باشد	اما محل نگهداری مطابق بخش‌نامه رعایت گردد	و محل نگهداری مطابق بخش‌نامه رعایت گردد	
	ج		ز	۱۰ مورد	ل	اتاقک پسماند				
	د		ح	رعایت مندرجات سنجه	م					
				ط						

۱۰-۷) هر بخش دارای یک فضای مشخص جهت نگهداری پسماندها، تا زمان جمع‌آوری می‌باشد.

سنجه . شواهد نشان می‌دهند که در هر بخش، فضای مشخص جهت نگهداری انواع پسماندها تا زمان جمع‌آوری براساس بخش‌نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ در بیمارستان وجود دارد.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
	در تمامی بخش‌ها / واحدهای بازدید شده تسهیلات و ظروف نگهدارنده پسماندهای تفکیک شده مطابق واحدنامه مذکور رعایت می‌شود		حتی در یکی از بخش‌ها / واحدهای بازدید شده تسهیلات و ظروف نگهدارنده پسماندهای تفکیک شده مطابق بخش‌نامه مذکور رعایت نمی‌شود		ی	یک فضای مشخص جهت نگهداری انواع پسماندها، تا زمان جمع‌آوری در هر بخش	ه		الف	
			ک	مطابق دستورالعمل مندرج در سنجه	و	ب				
			ل	در همه بخش‌ها / واحدها	ز	ج				
			م	در ۵ واحد/ بخش	ح	د				
					ط					

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

۱۰-۸) هر بخش دارای ظروف مستحکم مناسب (Safety Box) جهت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده می‌باشد.

سنجه ۱. شواهد نشان می‌دهند که هر بخش دارای ظروف مستحکم (Safety Box) مناسب مطابق استاندارد ملی ایران به شماره ۸۵۰۲ جهت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده مطابق بخش‌نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف		ه	ظروف مستحکم مناسب (Safety Box) جهت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده	ی					
	ب		و	در بخش‌های مختلف بیمارستان	ک	حتی در یک مورد، ظروف مذکور شرایط دستورالعمل موسسه استاندارد را نداشته باشند				
	ج		ز	۱۰ مورد	ل					
	د		ح	مطابق دستورالعمل موسسه استاندارد	م					
			ط							

سنجه ۲. شواهد نشان می‌دهند که درپوش گذاری مجدد (Recapping) صورت نمی‌گیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف		ه	عدم درپوش گذاری مجدد (Recapping)	ی					
	ب		و	در (Safety Box) موجود در بخش‌های مختلف یا در زمان انجام کار توسط پرسنل در حین بازدید	ک	حتی در یک مورد درپوش گذاری مجدد مشاهده شود				
	ج		ز	۱۰ مورد در بخش‌های مختلف	ل					
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م					
			ط							

۱۰-۹) حمل ظروف (Safety Box) و سایر پسماندها به محل جمع آوری پسماندهای بیمارستانی با یک روش مطمئن انجام می‌شود.

سنجه . شواهد نشان می‌دهند که حمل ظروف Safety box و سایر پسماندها، به محل جمع‌آوری پسماندهای بیمارستانی با یک روش مطمئن براساس بخش‌نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ صورت می‌پذیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف		ه	حمل ظروف (Safety Box) و سایر پسماندها به محل جمع آوری پسماندهای بیمارستانی با یک روش مطمئن	ی	کارکنان حمل پسماند	حتی در یکی از بخش‌ها/ واحدهای بازدید شده، حمل پسماندها مطابق دستورالعمل صورت می‌گیرد یا حتی یکی از کارکنان مورد سوال به روش حمل مطابق دستورالعمل اشاره نکند	در تمامی بخش‌ها/ واحدهای بازدید شده، حمل پسماندها مطابق دستورالعمل صورت می‌گیرد و تمامی کارکنان مورد سوال به روش حمل مطابق دستورالعمل اشاره نکند		
	ب		و	مطابق دستورالعمل مندرج در سنجه	ک	پسماندها را به چه روشی از بخش‌ها تا محل ذخیره و نگهداری موقت حمل می‌کنید				
	ج		ز	در ۵ بخش/ واحد	ل					
	د		ح	۵ نفر	م					
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

۱۰-۱) از روش‌های غیرسوز مورد تایید وزارت بهداشت برای بی‌خطرسازی پسماندهای عفونی، تیز و برنده در مبدا تولید استفاده می‌شود.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند بیمارستان دارای دستگاه بی‌خطر ساز فعال\* و مورد تایید وزارت بهداشت\*\* است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۱	الف	موجود بودن در لیست دستگاه‌های دارای مجوز و مستندات تایید فعال بودن دستگاه در طی سال توسط دانشگاه	ه	مشاهده یک سیکل کامل فعالیت دستگاه (۴۵ دقیقه)	ی	دستگاه بی‌خطر ساز وجود ندارد				دستگاه بی‌خطر ساز وجود دارد
	ب		و		ک	یا مورد تایید وزارت بهداشت نیست				فعال است
	ج	در این واحد	ز		ل	یا				مستندات تایید فعال بودن دستگاه در طی سال توسط دانشگاه موجود است
	د		ح	مورد تایید وزارت بهداشت	م	مستندات تایید فعال بودن دستگاه در طی سال توسط دانشگاه موجود نیست				
				ط						

\*\* تذکر: استفاده از دستگاه بی‌خطر ساز پرتابل مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز مورد قبول است و باید مطابق همین جدول بررسی و امتیازدهی شود.

\*\* تذکر: نام دستگاه در لیست مورد تایید اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت متبوع موجود است.

سنجه ۲. شواهد نشان می دهند که توزین پسماندها براساس بخش نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ انجام می شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	مستندات توزین پسماندها به تفکیک انواع پسماندها	ه		ی		توزین پسماند انجام می شود	توزین پسماند انجام می شود	توزین پسماند انجام می شود	
	ب	به صورت روزانه	و		ک		اما	اما	و	
	ج	این واحد	ز		ل		روزانه نیست	روزانه نیست	روزانه است	
	د		ح		م		یا	یا	و	
			ط				به تفکیک انواع پسماند نیست	به تفکیک انواع پسماند نیست	پسماند است	پسماند است

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می دهند حجم دستگاه مطابق با دستورالعمل شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵، متناسب با مقدار پسماند عفونی و تیز و برنده تولید شده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۳	الف	مستندات توزین پسماند تفکیک شده	ه	دستگاه بی خطرساز و حجم آن	ی					
	ب		و		ک					
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح	متناسب با وزن پسماند تولید شده براساس دستورالعمل	م					
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

سنجه ۴. اظهارنامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده مطابق بخش نامه مقام محترم وزارت به شماره ۱۰۰/۱۱۳۶ مورخ ۹۰/۸/۱۰ تکمیل می گردد.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
	تکمیل اظهارنامه مطابق دستورالعمل انجام می شود		تکمیل اظهارنامه مطابق دستورالعمل انجام نمی شود		ی		ه	وجود مستندات اظهارنامه تکمیل شده	الف	۴
					ک	و	مطابق سنجه	ب		
					ل	ز	در این واحد	ج		
					م	ح		د		
							ط			

۱۰-۱۱) ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه بی خطر سازی پسماند انجام می شود.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می دهند ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه بی خطر سازی پسماندها براساس بخش نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ و دستورالعمل وزارتی شماره ۳۰۰/۲۶۶۷ مورخ ۹۰/۹/۸ انجام می شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳
۱	الف	مستندات ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه بی خطر ساز پسماندها	ه	شواهد انجام ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه	ی	کاربر دستگاه یا مسئول مربوطه	براساس مستندات، ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه بی خطر ساز پسماند، صورت نمی گیرد یا براساس مشاهدات ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه بی خطر ساز پسماند، صورت نمی گیرد یا کاربر دستگاه یا مسئول مربوطه از روش ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه مطابق دستورالعمل های مندرج در سنجه، آگاهی ندارد	براساس مستندات، ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه بی خطر ساز پسماند، صورت می گیرد و براساس مشاهدات، ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه بی خطر ساز پسماند، صورت می گیرد و کاربر دستگاه یا مسئول مربوطه از روش ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه مطابق دستورالعمل های مندرج در سنجه، آگاهی دارد	۱	غ ق ا
	ب	مطابق دستور العمل های مندرج در سنجه	و	در این واحد یا اتاقک زباله	ک	در خصوص چگونگی انجام پایش و ارزشیابی مطابق دستورالعمل های مندرج در سنجه				
	ج	در این واحد	ز	در این واحد و اتاقک زباله	ل					
	د		ح	مطابق دستورالعمل های مندرج در سنجه	م					
			ط							

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که ارزیابی میکروبی، مکانیکی و شیمیایی دستگاه بی‌خطر ساز براساس دستورالعمل شماره ۳۰/۲۶۶۷ مورخ ۹۰/۹/۸ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۲	الف	پرینت‌های مربوط به دستگاه و مستندات مربوط به ارزیابی مکانیکی، شیمیایی و میکروبی دستگاه در فواصل تعیین شده	ه		ی	کاربر دستگاه یا مسئول مربوطه	برخی از ارزیابی‌های مذکور انجام می‌شود یا در فواصل تعیین شده انجام نمی‌شود	تمامی ارزیابی‌های مذکور انجام می‌شود و در فواصل تعیین شده انجام می‌شود	
	ب	مطابق دستورالعمل	و		ک				
	ج	در این واحد یا اتاقک زباله	ز		ل				
	د		ح		م				
				ط					

۱۰-۱۲) اعضا و اندام‌های قطع شده‌ی بدن و جنین مرده، مطابق ضوابط، جمع آوری و دفع می‌گردند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند که در رابطه با اعضا و اندام قطع شده بدن و جنین مرده مطابق بخش‌نامه آراستان‌ها به شماره ۸۷۰۷۵/ب مورخ ۸۹/۵/۹ و بخش‌نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ اقدام می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	مستندات اقدام براساس بخش‌نامه‌های مندرج در سنجه	ه	جمع‌آوری و دفع اعضا و اندام‌های قطع شده‌ی بدن و جنین مرده	ی	کارشناس بهداشت محیط کارشناس کنترل عفونت مسئول سردخانه جسد (مورگ) بیمارستان سرپرستار اتاق عمل مسئول بلوک زایمان	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود است	در بیمارستان‌های تک تخصصی که هیچ‌کدام از موارد مذکور، مصداق نداشته باشد
	ب		و	مطابق بخش‌نامه‌های مندرج در سنجه	ک	در خصوص نحوه دفع اعضا و اندام‌های قطع شده‌ی بدن و جنین مرده	یا	اما	براساس مشاهدات، در تمام موارد مطابق ضوابط عمل می‌شود	
	ج	در این واحد	ز	در سردخانه جسد (مورگ) بیمارستان و در اتاق عمل و در بلوک زایمان	ل	براساس مصاحبه حتی یکی از افراد مورد مصاحبه، از ضوابط مذکور آگاهی کامل نداشته باشند	براساس مصاحبه تمامی افراد مورد مصاحبه، از ضوابط مذکور آگاهی کامل داشته باشند	براساس مصاحبه تمامی افراد مورد مصاحبه، از ضوابط مذکور آگاهی کامل داشته باشند	براساس مشاهدات، در برخی موارد مطابق ضوابط عمل می‌شود	
	د		ح		م	۵ نفر				
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

۱۰-۱۳) محلی مناسب در بخش برای شستشو و گندزدایی سطوح زباله وجود دارد.

سنجه ۱. شواهد نشان می‌دهند که محل مناسب جهت شستشو و گندزدایی سطوح زباله داخل بخش، براساس بخش‌نامه ۳۰۰/۱۲۳۲۰ مورخ ۹۰/۲۱/۲ وجود دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف		ه	محل شستشو و گندزدایی سطوح زباله‌ی داخل بخش‌ها	ی		در ۱-۰ بخش مورد بازدید محل مناسب با شرایط بهداشتی و گندزدایی سطوح زباله وجود دارد	در ۲-۳ بخش مورد بازدید محل مناسب با شرایط بهداشتی و گندزدایی سطوح زباله وجود دارد	در ۴-۵ بخش مورد بازدید محل مناسب با شرایط بهداشتی و گندزدایی سطوح زباله وجود دارد
	ب		و		ک				
	ج		ز	۵ بخش	ل				
	د		ح	مناسب با شرایط مندرج در سنجه	م				
			ط						

۱۰-۱۴) بیمارستان برای کاهش میزان تولید پسماند دارای برنامه عملیاتی است.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند، برنامه عملیاتی کاهش میزان تولید پسماند، در بیمارستان اجرا می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۱	الف	برنامه عملیاتی زمان بندی شده	ه	با توجه به مندرجات برنامه عملیاتی	ی		برنامه عملیاتی وجود ندارد	برنامه عملیاتی وجود دارد اما به‌طور کامل اجرا نمی‌شود	برنامه عملیاتی وجود دارد و به‌طور کامل اجرا می‌شود
	ب	فعالیت‌های مربوط به کاهش میزان تولید پسماند	و	در محل‌های مورد اشاره در برنامه عملیاتی	ک				
	ج	در این واحد	ز		ل				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م				
			ط						

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند بیمارستان دارای برنامه عملیاتی مدیریت پسماند پزشکی ویژه مطابق ماده ۱۲ بخش‌نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۲	الف	برنامه عملیاتی زمان‌بندی شده	ه	با توجه به مندرجات برنامه عملیاتی	ی	برنامه عملیاتی وجود ندارد	برنامه عملیاتی وجود دارد	اما به‌طور کامل اجرا نمی‌شود	برنامه عملیاتی وجود دارد و به‌طور کامل اجرا می‌شود
	ب	در خصوص مدیریت پسماندهای پزشکی	و	در محل‌های مورد اشاره در برنامه عملیاتی	ک				
	ج	در این واحد	ز		ل				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م				
			ط						

۱۰-۱۵) بیمارستان ممنوعیت بازیافت پسماندهای پزشکی را رعایت می‌نماید.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی مطابق ماده ۱۳ بخش‌نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ (قانون مدیریت پسماند) در بیمارستان رعایت می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف		ه	مشاهده آثار بازیافت پسماند در بیمارستان	ی	شواهد بازیافت پسماند موجود است			شواهد بازیافت پسماند موجود نیست
	ب		و	در محل اتاقک موقت و سایر مکان‌های احتمالی	ک				
	ج		ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

## بهبود کیفیت و جمع آوری داده‌ها

### (۱۱) بهبود کیفیت

(۱-۱۱) نسخه ای از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می باشد در دسترس است.

سنجه . شواهد ومستندات نشان می‌دهند واحدی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می باشد، در دسترس تمامی کارکنان واحد است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	برنامه بهبود کیفیت مربوط به این واحد	ه		ی	کارکنان این واحد	برنامه بهبود کیفیت مربوط به این واحد موجود نباشد یا ۱ - ۰ نفر از کارکنان به آن دسترسی داشته باشند یا حتی مسئول این واحد به آن دسترسی نداشته باشد	برنامه بهبود کیفیت مربوط به این واحد موجود باشد و ۴ - ۵ نفر از کارکنان به آن دسترسی داشته باشند	برنامه بهبود کیفیت مربوط به این واحد موجود باشد و ۴ - ۵ نفر از کارکنان به آن دسترسی داشته باشند	غ.ق.ا
	ب		و		ک	اگر به برنامه بهبود کیفیت این واحد دسترسی دارید آن را با هم ببینیم				
	ج	در این واحد	ز		ل	در این واحد				
	د		ح		م	از ۵ نفر که ۱ نفر از آنها حتما مسئول واحد باشد				
				ط						

(۱-۲) برنامه بهبود کیفیت این واحد هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می دهند برنامه بهبود کیفیت این واحد 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 واحد	ه		ی					
	ب	هماهنگ و هم راستا * با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان	و		ک					
	ج	در این واحد و واحد بهبود کیفیت	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

\* تذکر: هم راستا بودن برنامه بهبود کیفیت این واحد و بیمارستان را می توان با توجه به اهداف آن ها بررسی کرد. اگر دستیابی به اهداف برنامه بهبود کیفیت این واحد موجب دستیابی به قسمتی از اهداف بهبود کیفیت بیمارستان شود یا آن را تسهیل یا تسریع نماید یعنی برنامه ها هم راستا هستند. (اصولا برنامه بهبود کیفیت بخش ها 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 می شود و بنابراین انتظار می رود که کاملا هماهنگ و هم سو باشند).

(۳-۱) برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی می باشد.

سنجه . مستندات نشان می دهند برنامه بهبود کیفیت این واحد 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 واحد	ه		ی	این واحد فهرست موضوعات مندرج در برنامه بهبود کیفیت را ندارد	فقط شامل یک قسمت بالینی یا مدیریتی می باشد	برنامه بهبود کیفیت شامل هر دو قسمت بالینی و مدیریتی می باشد	غ.ق.۱	
	ب	شامل دو قسمت بالینی و مدیریتی	و		ک					
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

(۴-۱) برنامه بهبود کیفیت بایستی دارای شاخص های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه گیری، واقع بینانه و دارای زمان بندی باشد.

سنجه . مستندات نشان می دهند برنامه بهبود کیفیت دارای شاخص های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه گیری، واقع بینانه و دارای زمان بندی است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	شاخص های عملکردی برنامه بهبود کیفیت در این واحد	ه		ی	هیچ شاخصی تعیین نشده است	اما همه ی شاخص ها منطبق با تمام موارد مندرج در سنجه نیستند	همه ی شاخص ها منطبق با تمام موارد مندرج در سنجه هستند	غ.ق.۱	
	ب	منطبق با موارد مندرج در سنجه	و		ک					
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

۱۱-۵) اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند فواصل پایش برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی در زمان تدوین آن‌ها مشخص شده و پایش براساس آن انجام می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							غ.ق.۱	۲	۱	۰	
	الف	چک‌لیست پایش 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 پایش یا مداخله (شامل کارکنان و بیماران)	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود نیست	یا	زمان یا مسئولین اجرا یا پیگیری مشخص نشده‌اند
	ب	ذکر زمان انجام اقدامات و فرد یا افراد مسئول پیگیری و اجرای آن	و	براساس محلی که در مستندات پایش و پیگیری تعیین شده است	ک	با توجه به کارهایی که قرار بوده براساس برنامه پایش یا مداخله انجام شود، سوال کنیم که انجام شده‌اند یا خیر؟	براساس مشاهدات، در ۴-۵ مورد طبق برنامه عمل شده است	اما براساس مشاهدات، در ۲-۳ مورد طبق برنامه عمل شده است	یا	براساس مشاهدات، در ۰-۱ مورد طبق برنامه عمل شده است	
	ج	در این واحد	ز	۵ مورد	ل	براساس برنامه پایش و پیگیری	و	یا	یا	یا	براساس مشاهدات، در ۴-۵ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	از ۵ نفر	و	یا	یا	یا	۲-۳ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است
			ط								۰-۱ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است

\*\*تذکر: به عنوان مثال براساس برنامه مداخله‌ای قرار بوده روش 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

## ۱۲) جمع آوری و تحلیل داده‌ها

۱-۱۲) داده‌های واحد مدیریت دفع پسماندها جمع آوری و رایانه‌ای می‌شوند.

سنجه ۱. بیمارستان جهت بررسی وضعیت خدمات ارایه شده و برنامه‌ریزی 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	غ.ق.۱
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	این واحد	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	غ.ق.۱
۲	الف	مستندات جمع آوری داده‌ها و رایانه‌ای شدن آن‌ها	ه		ی		شاخص‌ها تعیین شده‌است اما داده‌ای جمع آوری نمی‌شود یا برای ۰-۱ شاخص تعیین شده، داده‌ها جمع آوری و رایانه‌ای می‌شوند	برای ۲-۳ شاخص تعیین شده، داده‌ها جمع آوری و رایانه‌ای می‌شوند	برای ۴-۵ شاخص تعیین شده، داده‌ها جمع آوری و رایانه‌ای می‌شوند	
	ب		و		ک					
	ج	اگر این واحد رایانه اختصاصی ندارد، می‌تواند از رایانه سایر بخش‌ها / واحدها 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							

۱۲-۲) علت منطقی جمع آوری هر داده شرح داده شده است.

سنجه . هدف از جمع آوری داده‌ها برای تمام افرادی که در فرآیند جمع آوری و تحلیل شاخص‌ها دخالت دارند، روشن است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.۱	۲	۱
	الف	هدف از جمع آوری هر داده و فرد یا افراد مسئول جمع آوری و تحلیل آن	ه		ی	افرادی که طبق مستندات مسئول جمع آوری و تحلیل داده‌ها هستند	هدف از جمع آوری داده‌ها یا فرد یا افراد مسئول جمع آوری و تحلیل آن‌ها برای هیچ شاخصی مشخص و مستند نشده است	هدف از جمع آوری داده‌ها یا فرد یا افراد مسئول جمع آوری و تحلیل آن‌ها برای برخی شاخص‌ها مشخص و مستند شده است.	هدف از جمع آوری داده‌ها یا فرد یا افراد مسئول جمع آوری و تحلیل آن‌ها برای تمامی شاخص‌ها مشخص و مستند شده است
	ب		و		ک	در مورد هدف یا علت منطقی جمع آوری و تحلیل داده‌ای که آن‌ها مسئولش هستند	یا	یا	و
	ج	در این واحد	ز		ل		۱-۰ نفر از مسئولین جمع آوری و تحلیل داده‌ها از هدف تعیین شده آگاه هستند	۲-۳ نفر از مسئولین جمع آوری و تحلیل داده‌ها از هدف تعیین شده آگاه هستند	۴-۵ نفر از مسئولین جمع آوری 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 ۱۲-۱)	ح		م	از ۵ نفر			
			ط						

۱۲-۳) چک لیست برای ممیزی داخلی واحد وجود دارد.

سنجه . چک لیست ممیزی داخلی به منظور شناخت نقاط قوت و فرصت‌های بهبود (نقاط ضعف) براساس استانداردهای اعتباربخشی این واحد موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.۱	۲	۱
	الف	چک لیست ممیزی داخلی	ه		ی	چک لیست ممیزی داخلی موجود نیست	چک لیست ممیزی داخلی موجود است		
	ب	براساس استانداردهای اعتباربخشی این واحد	و		ک	یا	و		
	ج	در این واحد	ز		ل	براساس استانداردهای این واحد تهیه نشده است	براساس استانداردهای این واحد تهیه شده است		
	د		ح		م				
			ط						

\*تذکر: 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.

۱۲-۴) ممیزی داخلی انجام می‌شود.

سنجه ۱. برنامه مدون و یکپارچه ممیزی داخلی برای فواصل حداقل سالانه تدوین شده‌است.

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 دارد	برنامه مدون ممیزی داخلی وجود دارد	برنامه مدون ممیزی داخلی وجود دارد	
	ب	مدون، یکپارچه و در فواصل زمانی منظم (حداقل سالانه)	و		ک		و	اما	و	
	ج	در این واحد	ز		ل		به صورت یکپارچه است	به صورت یکپارچه نیست	و	
	د		ح		م		حداقل سالانه انجام می‌شود	یا	و	
			ط				حداقل سالانه انجام نمی‌شود	حداقل سالانه انجام نمی‌شود	حداقل سالانه انجام می‌شود	

\* تذکر: در صورتی که مطابق تاریخ تعیین شده در برنامه، هنوز زمان انجام اولین ممیزی داخلی این بخش فرا نرسیده است ولی ۵-۴ نفر از کارکنان از نقش خود در اجرای برنامه آگاهی دارند، امتیاز ۲ داده می‌شود.

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	
	ب	با هدایت واحد بهبود کیفیت	و		ک	در خصوص برنامه ممیزی داخلی و مسئولیت خود در این برنامه	اما	با هدایت واحد بهبود کیفیت انجام نمی‌شود	و	
	ج	در این واحد	ز		ل	در این واحد	یا	بهبود کیفیت انجام نمی‌شود	و	
	د		ح		م	۵ نفر	یا	نمی‌شود	و	
			ط				۲-۳ نفر از برنامه ممیزی داخلی و نقش خود در اجرای آن اطلاع دارند	۲-۳ نفر از برنامه ممیزی داخلی و نقش خود در اجرای آن اطلاع دارند	۴-۵ نفر از برنامه ممیزی داخلی و نقش خود در اجرای آن اطلاع دارند	

۱۲-۵) تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.

سنجه ۱. گزارش تحلیلی ممیزی داخلی و سنجش شاخص‌ها موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۱	الف	گزارش تحلیلی ممیزی داخلی و سنجش شاخص‌ها	ه		ی		گزارش تحلیلی ممیزی داخلی	گزارش تحلیلی ممیزی داخلی	گزارش تحلیلی ممیزی داخلی و سنجش شاخص‌ها وجود دارد
	ب	گزارش ممیزی داخلی این واحد و مقایسه آن با سایر بخش‌ها و واحدها	و		ک		یا سنجش شاخص‌ها وجود دارد	شاخص‌ها وجود ندارد	
	ج	در این واحد	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

سنجه ۲. برنامه مداخله‌ای مبنی بر گزارش فوق موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۲	الف	برنامه مداخله‌ای	ه		ی		برنامه مداخله‌ای براساس ممیزی داخلی وجود دارد	برنامه مداخله‌ای براساس ممیزی داخلی وجود ندارد	برنامه مداخله‌ای براساس ممیزی داخلی وجود دارد
	ب	براساس ممیزی داخلی و سنجش شاخص‌ها	و		ک		یا برنامه مداخله‌ای براساس سنجش شاخص‌ها وجود دارد	شاخص‌ها وجود ندارد	
	ج	این واحد	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت پسماندهای بیمارستان در ایران

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که برنامه مداخله‌ای و چارچوب زمانی تعیین شده از سوی بیمارستان پیگیری و اجرا شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۳	الف	برنامه مداخله‌ای	ه	مواردی که طبق برنامه لازم است از طریق مشاهده بررسی شوند**	ی	فرد یا افراد مسئول یا ذی‌نفع** در اجرای برنامه مداخله‌ای (شامل کارکنان و بیماران)	مستندات بند «الف» موجود است	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 شده‌است 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؟	زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند	زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند	زمان یا مسئولین اجرا یا پیگیری مشخص نشده‌اند	
	ج	در این واحد	ز	۵ مورد	ل	براساس برنامه مداخله‌ای	براساس مشاهدات، در ۲-۳ مورد طبق برنامه عمل شده‌است	براساس مشاهدات، در ۴-۵ مورد طبق برنامه عمل شده‌است	براساس مشاهدات، در ۰-۱ مورد طبق برنامه عمل شده‌است	
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	از ۵ نفر	یا	یا	یا	
			ط				۰-۱ نفر اظهارکنند که طبق برنامه عمل شده‌است	۲-۳ نفر اظهارکنند که طبق برنامه عمل شده‌است	۴-۵ نفر اظهارکنند که طبق برنامه عمل شده‌است	

\*\*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

۱۲-۶) در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته به مدیران و دست‌اندرکاران اطلاع‌رسانی می‌شود.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند در خصوص نتایج حاصل از بررسی و تحلیل‌ها ی صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران اطلاع‌رسانی می‌شود.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.ا	۲	۱	۰							
	مستندات ارایه گزارش به مسئول این واحد و مدیران ارشد موجود است		مستندات ارایه گزارش به مسئول این واحد و مدیران ارشد موجود نیست		ی		ه	مستندات ارایه گزارش به مسئول این واحد و مدیران ارشد	الف	
					ک	و	حاوی نتایج بررسی‌ها و اقدامات اصلاحی مربوط به این واحد	ب		
					ل	ز	این واحد	ج		
					م	ح		د		
							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. 2<sup>nd</sup> 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.