

سوال: بیمارستان چه اقداماتی را در خصوص نهادینه شدن رعایت، منشور حقوق بیمار و موازین انطباق انجام داده است؟

توضیح	مشاهده	مصاحبه	مستندات	موضوع	بررسی موضوع با
<p>۱- برای سنجه مورد نظر وجود تابلوی منشور بدون در نظر گرفتن طرح و تعداد و سایر تابلو، محل های نصب کافی است</p> <p>۲- در صورتیکه بیمارستان به موارد اشاره شده در سنجه و گامها عمل ننماید توصیه به اصلاح در بازخورد کیفی بیمارستان مدنظر قرار گیرد</p> <p>۳- در موقع حضور ارزیاب، بیمارستان می تواند مشکلات مربوط به نصب منشور را حل نماید</p> <p>۴- محتوای منشور مورد ارزیابی نمی باشد.</p>	<p>ورودی اصلی لابی های بیمارستان بخشهای بستری</p>			تابلوی منشور حقوق بیمار	دبیر کمیته اخلاق
<p>۱- در صورتیکه ارزیاب از تطبیق عملکرد در مطمئن گردد، امتیاز این بند تعلق می گیرد.</p> <p>۲- انطباق عملکرد پزشکان مورد توجه باشد</p>	<p>عملکرد کارکنان</p>	<p>کارکنان رده های مختلف مخصوصا بالینی</p>		آگاهی و عملکرد کارکنان در خصوص منشور	دبیر کمیته اخلاق
<p>در مصاحبه از کارکنان به استانداردهای محور حقوق گیرنده خدمت، موازین انطباق امور اداری و فنی مؤسسات پزشکی و منشور حقوق بیمار توجه شود</p>		<p>کارکنان بخشهای بالینی نگهبانان و پذیرش</p>	<p>روش اطلاعرسانی به انتخاب بیمارستان</p>	<p>نحوه آموزش و اطلاعرسانی منشور حقوق بیمار و موازین انطباق</p>	<p>دبیر کمیته اخلاق کارکنان</p>

۱- بررسی صورتجلسات کمیته های اخلاق و مدیریت اجرای ۲- بررسی مداخلات اصلاحی		۱- روش نظارت ۲- مستندات طرح موارد عدم انطباق در کمیته اخلاق	نحوه نظارت بر رعایت منشور حقوق بیمار	دبیر کمیته اخلاق
		بیمارستان، در خصوص راهنمایی صحیح و به موقع گیرندگان خدمت اطمینان حاصل می نماید.		
سوال: بیمارستان چه اقداماتی در خصوص نحوه راهنمایی و آموزش بیماران و کسب اطمینان از رعایت را انجام داده است؟.				
توضیح	مشاهده	مصاحبه	مستندات	بررسی موضوع با
۱- انتخاب ذینفعان به تشخیص بیمارستان در گام ۲ ۲- راهنمایی و هدایت می تواند به طرق مختلف نظیر تابلوها، خط کشی ها، واحداطلاعات مراجعین و یا سایر موارد باشد. گام ۷ ۳- مشاهده نامحسوس ارزیاب از هدایت و راهنمایی مراجعین مدنظر می باشد ۴- لابی اصلی یا محل ورودی مراجعین توسط ارزیاب شناسایی شود ۵- ارزیاب به درج تعداد تخت فعال در کتابچه معرفی مرکز توجه نموده و سپس به مشاهده و رؤیت واحد اطلاعات و واحد پذیرش اقدام نماید. ۶- در صورتی که نصب اطلاعیهدر محل پذیرش و ترخیص وجود نداشته باشد، ارزیابی نمی شود. اما به بیمارستان فرصت داده می شود نسبت به نصب	۱- رویت فایل الکترونیک ۲- امکانات پیش بینی شده در خط مشی ۳- مشاهده انطباق عملکرد ۵ نفر از کارکنان درخصوص خط مشی و روش ۴- وجود واحد اطلاعات ۵- نصب اطلاعیه و سامانه های رسیدگی به تخلفات تعرفه ای در پذیرش و ترخیص الزامی است. (سامانه های رسیدگی به شکایات ۱۶۹۰ و ۱۵۹۰)	۱- آگاهی کارکنان بالینی در خصوص خط مشی و روش اجرا ۲- مراجعین، طی مصاحبه ای دریافت راهنمایی صحیح از واحد اطلاعات تایید می نمایند ۳- مصاحبه از بیمار در خصوص ارائه اطلاعات لازم درخصوص مراحل پذیرش، بستری و ترخیص و هزینه های احتمالی و بیمه های طرف قرارداد به زبان ساده و قابل فهم	بررسی مستندات گام های ۱ تا ۸ خط مشی و روش فوق	خط مشی و روش راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان دبیر کمیته اخلاق پزشکی

<p>اقدام نماید. و در صورت عدم اقدام گام های اول و دوم امتیازی تعلق نمی گیرد.</p> <p>۷- توصیه می شود تمایل فرد مصاحبه شونده برای پاسخگویی</p>					
<p>۱- دریافت آدرس وبسایت بیمارستان</p> <p>۲- در صورت عدم تطبیق حتی یک مورد، نمره این گام صفر مدنظر قرار خواهد گرفت</p>	<p>۱- مشاهده وب سایت بیمارستان</p> <p>۲- مشاهده تطبیق اطلاعات درج شده در گام و بروز بودن آن ها در وب سایت بیمارستان</p>			<p>مرور وب سایت بیمارستان در خصوص نحوه پذیرش، تعرفه ها، قرار دادهای بیمه و اطلاعات پزشکان</p>	<p>دبیر کمیته اخلاق پزشکی</p>
<p>۱- توصیه می شود از تاریخ ابلاغ راهنمای اعتباربخشی ۶ ماه سپری شود و در بیمارستان هایی که قبل از ۶ ماه ارزیابی می شوند امتیاز گام های ۱ تا ۴ را دریافت نمایند</p> <p>۲- رؤیت حداقل ۱ مورد صورتجلسه تیم مدیریت اجرایی</p>		<p>۱- تیم مدیریت اجرایی به مفاد نتایج ارزیابی و اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه/ برنامه بهبود کیفیت اشرافیت داشته باشند.</p> <p>۲- تیم مدیریت اجرایی به نحوه نظارت بر اجرای سنجه های ۱ تا ۴ استاندارد ح-۱-۲ آگاهی دارد.</p>	<p>۱- مستندات برنامه ارزیابی و فرم نظر سنجی از بیماران را که در فواصل زمانی منظم ۶ ماهه انجام میگردد.</p> <p>۲- مستندات گزارش نتایج ارزیابی با روال اداری به تیم مدیریت اجرایی حداقل هر ۶ ماه یکبار- ۳- رویت صورتجلسه تیم مدیریت اجرایی در خصوص بررسی گزارش دریافتی و طراحی اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه/ برنامه بهبود کیفیت شود.</p>	<p>نحوه ارزیابی کفایت اطلاعات ارائه شده به گیرندگان خدمت و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه و برنامه بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی</p>	<p>دبیر کمیته اخلاق پزشکی</p>
		<p>۱- با مسئول آموزش همگانی در خصوص بررسی آگاهی از وظایف خود</p> <p>۲- برنامه طراحی شده شش ماهه بیمارستان در خصوص بیماریهای</p>	<p>ابلاغ مسئول آموزش همگانی</p>	<p>طراحی و اجرای برنامه اطلاع رسانی و آموزش همگانی با رویکرد پیشگیری و تشخیص به موقع</p>	<p>مسئول آموزش همگانی ارتقا سلامت</p>

		فشار خون، دیابت و سرطان ۳- مستندات اجرایی برنامه های تدوین شده آموزشی مختلف برای بیماران/ همراهان/ مراجعین		بیماریها....	
بیمارستان شناسایی رده های مختلف کارکنان را برای گیرندگان خدمت تسهیل می نماید.			ح	۱	۳
سوال : بیمارستان چه اقداماتی برای برقراری ارتباط موثر با بیمار و پیشگیری از مداخله افراد غیر مجاز در امور پزشکی انجام داده است. ؟					
بررسی موضوع با	موضوع	مستندات	مصاحبه	مشاهده	توضیح
دبیر کمیته اخلاق پزشکی	تهیه و استفاده از کارت شناسایی کارکنان		۱- مصاحبه با بیماران / همراهان/ کارکنان اظهار می نمایند که پرسنل کارت شناسایی بر روی سینه دارند. ۲- (پزشک، پرستار، فراگیران/ سایر کارکنان ) در خصوص نحوه معرفی در اولین برخورد با بیمار در بیمارستان. ۳- در خصوص معرفی پزشک و پرستار/ فراگیر در اولین برخورد خود را با ذکر نام، سمت و رتبه حرفه ای	۱- کارت شناسایی کارکنان /فراگیران را از نظر مطابقت عکس با فرد، نام و نام خانوادگی، سمت و رده آموزشی فراگیر که قابل خواندن از یک متری است ۲- مطابقت رویه مشخصات کارت، با فرد مورد مشاهده	۱- کارت شناسایی حداقل حاوی نام خانوادگی و سمت بوده که از یک متری قابل خواندن می باشد. ۲- سطح و رده آموزشی فراگیر بایستی دقیقا بر روی کارت شناسایی مشخص و خوانا باشدو از به کار بردن عنوان "دکتر" بدون اشاره به سطح آموزشی خودداری شود. ۳- الصاق مستمر کارت شناسایی در معرض دید مراجعین به نحوی که از قرار دادن کارت شناسایی در جیب و یا برگرداندن آن خودداری شود. ۴- در صورت مشاهده حداکثر ۳ نفر بدون کارت یا عدم ثبت مشخصات و مشاهده حتی یک مورد کارت نامنطبق (استفاده غیر مجاز) نمره سنج، صفر می باشد. ۵- در مصاحبه اشاره به حداقل ها شامل : معرفی نام و نام خانوادگی، رتبه حرفه ای

و سمت مد نظر قرار گیرد.					
<p>۱- مشاهده پوشش بیماران، آقایان و خانمها در مشاهده و تطبیق با استانداردهای ملی پوشش بیماران مد نظر باشد.</p> <p>۲- مشاهده پوشش کارکنان، آقایان و خانمها در مشاهده و تطبیق با استانداردهای ملی پوشش کارکنان مد نظر باشد..</p> <p>۳- گروه فراگیران رده های مختلف</p> <p>۱- بخشنامه شماره س/۹۸۰۷ مورخ ۲/۲۲/۱۳۸۷ استانداردهای ملی پوشش بیماران، کارکنان</p> <p>۲- پوشش مطابق آخرین آیین نامه و بخشنامه استاندارد ملی پوشش فراگیران</p>	<p>۱- مشاهده پوشش بیماران، آقایان و خانمها در مشاهده و تطبیق با استانداردهای ملی پوشش بیماران مد نظر باشد.</p> <p>۲- مشاهده پوشش کارکنان، آقایان و خانمها در مشاهده و تطبیق با استانداردهای ملی پوشش کارکنان مد نظر باشد..</p> <p>۳- گروه فراگیران رده های مختلف</p>	<p>کارکنان در خصوص آگاهی استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان</p>		<p>نحوه اجرائی شدن استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان و فراگیران</p>	<p>دبیر کمیته اخلاق پزشکی</p>
اطلاع رسانی در خصوص نحوه دسترسی به پزشک معالج به گیرندگان خدمت صورت می پذیرد. <span style="float: right;">ح ۱ ۴</span>					
سوال: بیمارستان چه اقداماتی در خصوص نحوه دسترسی بیمار/ولی قانونی به پزشک معالج در بیمارستان را انجام داده است؟					
<p>۱- ولی قانونی بیمار شامل والدین و سرپرستان قانونی افراد صغیر و نمایندگان قانونی وی می باشد.</p> <p>۲- سرپرستار بخش و پرستار بیمار، مسئول هماهنگی و اطلاع رسانی به بیمار است.</p> <p>۳- قبل از ابلاغ اعضای اصلی گروه پزشکی با مشارکت روسای بخش های بالینی و سرپرستاران این اعضا را تعریف و آگاهی های لازم به این گروه اعلام نماید</p> <p>۴- الزامات نحوه دسترسی در زمان کشیک ارائه خدمات و خارج از زمان کشیک تعریف شود.</p> <p>۵- تعیین دسترسی در شرایط پرخطر و</p>		<p>۱- پزشک معالج/اعضای اصلی گروه پزشکی نحوه دسترسی بیمار/ ولی قانونی را اعلام می نماید</p> <p>۲- پزشک معالج/اعضای اصلی گروه پزشکی از تسهیلات تامین شده جهت برقراری تماس فوری اطلاع دارند</p> <p>۳- بیمار/ همراهان در مواقع نیاز از نحوه برقراری ارتباط با پزشک معالج/اعضای اصلی گروه پزشکی مطابق نامه (ابلاغیه) بیمارستان اطلاع دارند</p>	<p>مستندات ابلاغ تعیین نحوه و الزامات دسترسی بیمار/ ولی قانونی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی</p>	<p>نحوه دسترسی بیمار/ ولی قانونی وی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی</p>	<p>دبیر کمیته اخلاق پزشکی</p>



<p>۶- در صورت مشاهده حداقل یک مورد از هر یک ا فرم های تکمیل شده بدون مهر و امضاء انجام دهنده/ پزشک معالج، نمره این سنجه صفر می باشد.</p> <p>۷- در تکمیل فرم اخذ رضایت آگاهانه در صورت عدم ثبت حداقل ۵ مورد از ۸ مورد نمره سنجه صفر می باشد.</p> <p>۸- ارزیاب نباید اقدامات و پروسیجرهای تهاجمی اورژانسی را در نمونه گیری (بیماران) لحاظ نماید.</p>		<p>اشاره می کند.</p>			
<p>۱- اخذ رضایت آگاهانه مطابق سنجه ۱ همین استاندارد</p> <p>۲- اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی اعمالی است که مستلزم ایجاد شکاف روی پوست، یا تعبیه دستگاه یا وسیله یا مواد خارجی در داخل بدن می باشد.</p> <p>۳- به بیماران تحت درمان های تشخیصی/ درمانی و تهاجمی قبل از انجام مداخلات جراحی، اسکوپ، شوک درمانی، پرتو درمانی، آنژیوگرافی، بیپوشی و آرامبخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآورده های خونی در خصوص محاسن، مخاطرات، عوارض احتمالی، روش درمانی پیشنهادی پزشک و سایر موارد درمانی جایگزین، توسط پزشکان و انجام دهندگان</p>	<p>۱- حصول اطمینان از انجام اقدامات تشخیصی درمانی مندرج در سنجه در این بیمارستان</p> <p>۲- بررسی تکمیل فرم اخذ رضایت آگاهانه در اقدامات تشخیصی درمانی مندرج در سنجه موارد بیپوشی، مورد آنژیو در صورت انجام، مورد شیمی درمانی در صورت انجام و مورد تزریق خون مدنظر باشد)</p>	<p>بیماران/ همراه بیمار در خصوص محاسن، مخاطرات، عوارض احتمالی، روش درمانی پیشنهادی پزشک و سایر موارد درمانی جایگزین، توسط پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها توضیحات و آموزش های لازم دریافت نموده و به ۵ آیتم از ۸ آیتم پاسخ داده اند.</p>		<p>اخذ رضایت آگاهانه برای اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی و موارد شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیپوشی و آرامبخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآورده های خونی</p>	<p>دبیر کمیته اخلاق پزشکی</p>

<p>پروسیجرها توضیحات و آموزش‌های لازم داده می‌شود. در بیماران همو دیالیزی، دیالیز صفاقی، پلاسما فروز، شیمی درمانی بایستی مطابق دستورالعمل ابلاغی به شماره ۹۵/۴/۲۷ / ۱۲۸۴۳ / ۴۰۰ د مورخ ۹۵/۴/۲۷ رضایت آگاهانه اخذ شود. اما در موارد اورژانس ( اختلالات هوشیاری، و شرایط تهدید کننده حیات بیمار) نیاز به اخذ رضایت آگاهانه قبل از اقدام مداخلات درمانی حیات بخش نیست</p> <p>۴- حداقل ۵ آیتم از ۸ آیتم کامل ثبت شده باشد</p> <p>۵- الزاماً دارای مهر و امضاء انجام دهنده پروسیجر باشد.</p> <p>۶- ارزیاب در کنترل فرم تکمیل شده به محتوی بخشنامه توجه می نماید.</p>					
---	--	--	--	--	--

**محرمانگی اطلاعات بیماران در بیمارستان رعایت می شود.**

ح ۲ ۱

سوال : آیا موازین قانونی حفظ و محرمانگی اطلاعات بیماران و دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران در بیمارستان رعایت میشود؟

<p>۱- انتخاب با تشخیص بیمارستان</p> <p>۲- ثبت تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی در روی جلد پرونده بیمار و تابلوی موجود در بالین بیمار ممنوع می‌باشد.</p> <p>۳- با توجه به الزام حفاظت از اطلاعات درمانی بیمار و آگاهی او یا ولی قانونی او از تشخیص های احتمالی /قطعی لازم است تمامی نکات ایمنی در گفتار کارکنان، تابلوها و جلد پرونده بیمار توسط</p>	<p>۱- مشاهده احراز امکانات و منابع پیش بینی شده</p> <p>۲- مشاهده انطباق عملکرد کارکنان</p> <p>۳- انطباق عملکرد کارکنان در خصوص حفظ و رعایت محرمانگی اطلاعات درمانی بیمار را مشاهده می نماید.</p> <p>۴- برنامه نظارتی اجرای سنجح حداقل برای یک ۶ ماهه اخیر</p>	<p>۱- تهیه کنندگان/ صاحبان فرایند که به تشخیص بیمارستان انتخاب شده اند در خصوص محتوای روش اجرایی تدوین و ابلاغ شده با عنوان "حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران"</p> <p>۲- کارکنان در خصوص محتوای روش</p>	<p>۱- وجود مستند روش اجرایی "حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران" در سامانه/ فایل الکترونیک</p> <p>۲- مستندات اطلاع رسانی در خصوص ممنوعیت آشکار سازی اطلاعات درمانی بیمار</p>	<p>روش اجرایی حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران</p>	<p>دبیر کمیته اخلاق پزشکی</p>
---	---	--	---	---	-------------------------------

<p>سرپرستاران و روسای بخش نظارت و مراقبت شود</p> <p>۴- در صورت درخواست همراهان بیمار (در صورتیکه یکی از همراهان بیمار پزشک/پیراپزشک و یا سایر رشته های وابسته به گروه پزشکی است و تقاضای پرونده بیمار را می نماید) جهت مطالعه محتوای پرونده صرفا با اعلام رضایت بیمار یا ولی قانونی او موافقت شود. نحوه اخذ رضایت به صورت خصوصی و نامحسوس باشد که موجب عوارض روحی و حاشیه ای برای بیمار نشود.</p>		<p>اجرائی آگاهی دارند.</p> <p>۳- مصاحبه با اعضای تیم مدیریت اجرائی در خصوص ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار.</p> <p>۴- کارکنان بالینی در خصوص موارد ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار آگاهی دارند.</p> <p>۵- بیمار/ ولی قانونی وی در خصوص انطباق عملکرد کارکنان برای حفظ محرمانگی آگاهی دارند</p>	<p>به بخش بالینی/ فایل الکترونیک</p>	
---	--	--	--------------------------------------	--

کنترل استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان در قسمت های مختلف بیمارستان صورت می گیرد. ح ۲ ۲

<p>سوال: بیمارستان چه اقداماتی در خصوص نحوه و شرایط استفاده از تلفن همراه در بیمارستان انجام داده است؟</p>				
<p>۱- محدودیت های استفاده از تلفن همراه در سراسر بیمارستان با تعیین حدود آن در بخش هایی که منجر به تضییع حقوق گیرنده خدمت می شود بایستی تعیین و توسط ریاست بیمارستان به تمامی بخش ها ابلاغ شود.</p> <p>۲- محدودیت استفاده از تلفن همراه در بخش های بالینی به معنی ممنوعیت نیست.</p> <p>۳- استفاده از تلفن همراه صرفا در اتاق های استراحت بخش های ویژه، اتاق عمل و کتلبخانه در موارد ضروری و مطابق با رعایت سنجه ۲ استاندارد ب-۱-</p>	<p>۱- مشاهده انطباق عملکرد کارکنان بخش های بالینی و غیر بالینی در خصوص اجرای محتوی ابلاغیه</p> <p>۲- مشاهده مستندات ابلاغ ممنوعیت تلفن همراه در بخش های ویژه، کت لب و اتاق عمل</p>	<p>کارکنان از بخشها/ واحد های مختلف در خصوص محتوی ابلاغیه شرایط استفاده از تلفن همراه آگاهی دارند.</p>	<p>مستندات تدوین و شرایط استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیربالینی در شیفت های موظفکاری توسط تیم مدیریت اجرائی و ابلاغ توسط ریاست به تمام بخش های بالینی</p>	<p>نحوه و شرایط استفاده از تلفن همراه در فضاهای درمانی بخش های ویژه، اتاق عمل و کت لب</p> <p>دبیر کمیته اخلاق پزشکی</p>

<p>۸.مراقبت‌های عمومی بالینی جهت تعیین جانشین مجاز است.</p> <p>۴- ارزیاب حتی در صورت مشاهده یک مورد ورود تلفن همراه به داخل فضاهای درمانی، بخش های ویژه، کت لب و اتاق عمل به این گام امتیازی نمی دهد.</p>					
---	--	--	--	--	--

ح ۲ ۳ بیمارستان از ارائه خدمات، منطبق بر موازین شرعی، قانونی و اصول حرفه ای پزشکی اطمینان حاصل می کند.

سوال : بیمارستان چگونه از ارائه خدمات منطبق بر موازین شرعی، قانونی و اصول حرفه ای پزشکی کسب اطمینان می کند؟

	<p>۱- مشاهده ابلاغ فایل الکترونیکی خط مشی و روش مطابق دامنه خط مشی و روش بیمارستان در بخش ها و واحدها در شیفت های مختلف</p> <p>۲- مشاهده انطباق امکانات پیش بینی شده در خط مشی</p> <p>۳- مشاهده عملکرد کارکنان منطبق با خط مشی رعایت و حفظ حریم گیرنده خدمت از زمان ابلاغ در بخش های مختلف</p>	<p>۱- کارکنان بخش های (دامنه خط مشی) در خصوص آگاهی از محتوای خط مشی رعایت و حفظ حریم گیرنده خدمت</p>	<p>مستندات گام ۱ تا ۱۱ مطابق خط مشی و روش در سامانه/ فایل الکترونیک</p>	<p>خط مشی حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت</p>	<p>دبیر کمیته اخلاق پزشکی</p>
<p>بر اساس استانداردهای ملی پوشش بیماران، در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی در بخش های مختلف به ویژه(اتاق عمل، ریکاوری، بخش های ویژه، تصویر برداری، آنژیو گرافی و هنگام جابجایی بین بخشی)، پوشش بیمار شامل(سایز، تمیزی و آراستگی)</p>	<p>مشاهده پوشش بیمار در بخش های مختلف از نظر رعایت ۴ آیتم از ۵ آیتم رعایت پوشش بیمار منطبق بر استاندارد ملی پوشش بیماران</p>	<p>مصاحبه با بیمار در خصوص رعایت پوشش بیماران</p>		<p>تامین امنیت روانی بیمار و حفظ حریم او و رعایت موازین شرعی، اخلاق پزشکی و متناسب با خدمات تخصصی</p>	<p>دبیر کمیته اخلاق پزشکی</p>

<p>باید امنیت روانی بیمار را تامین نموده و حریم خصوصی وی حفظ گردد، به نحوی که مناطقی از بدن بیمار که در مراحل فوق نیاز به مداخله ندارند، پوشانده بماند .</p>					
<p>۱- بیمارستان حداقل رعایت نیروی همگن در ارائه خدمات تشخیصی درمانی را به بخش های بالینی اطلاع رسانی نماید</p> <p>۲- به ویژه در مواردی که بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری است و خود بیمار یا همراه وی درخواست می نماید، به نحوی که مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت نشود، رعایت این موازین مد نظر قرار گرفته می شود.</p> <p>۳- در صورت کمبود نیروی انسانی همگن بیمارستان ترتیبی اتخاذ می کند که حداقل، در بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری، یا هر گونه مراقبت و درمان نافی حریم بیمار و یا به در خواست بیمار/ همراه وی، توسط پرسنل همگن انجام می شود.</p> <p>۴- در فرآیند ارزیابی حداقل موارد ذیل ارزیابی خواهد شد:</p> <p>✓ در معایناتی که بر حسب ضرورت و یا در مواقع اورژانسی توسط افراد غیر همگن انجام می شود حضور یک نفر محرم (یا معتمد بیمار بنا به درخواست وی) یا کارکنان فنی هم جنس ضروری</p>	<p>۱- مشاهده پروسیجر مندرج در توضیحات سنجه جهت رعایت انطباق</p> <p>۲- مشاهده عملکرد مسئولین در جایگزینی به موقع کارکنان همگن پس از رفع شرایط تهدید کننده حیات در ارائه خدمات</p>	<p>۱- آگاهی بیمار و کارکنان در خصوص رعایت حداقل های ابلاغی بیمارستان</p> <p>۲- بیمار در خصوص رعایت استفاده از کارکنان همگن در درمان کافی حریم بیمار به در خواست بیمار را ذکر می نماید.</p>		<p>رعایت موازین انطباق برای بیماران، توسط کارکنان همگن و با رعایت احترام به شان و منزلت انسانی</p>	<p>دبیر کمیته اخلاق پزشکی</p>

<p>است.</p> <p>✓ کارکنان همگن در بخش‌های زنان و زایمان و اورولوژی</p> <p>✓ استفاده از کارکنان همگن در پروسیجرهای خاص مانند (گذاشتن سوند، shaving، سو نوگرافی های واژینال، یوروگرافی، باریم انما، هیسترو سالپنگو گرافی، ماموگرافی</p> <p>✓ مراقبت از بیماران بخش‌های ویژه توسط همگن</p> <p>✓ استفاده بیمار بر همگن در همه انتقال‌های بین بخشی و درون بخشی (در انتقال به بخش‌های کلینیکی و یا پاراکلینیک)</p> <p>✓ بررسی رعایت استفاده از کارکنان همگن در شیفت‌های عصر و شب.</p>					
<p>۱- امکان برقراری ارتباط با روحانیون یا آگاهان دینی جهت پاسخگویی به سوالات شرعی بیماران/ همراهان فراهم گردد.</p> <p>۲- حداقل شامل سجاده نماز، مهر، زیر انداز، قرآن، در صورت درخواست بیماران کم توان مساعدت کارکنان در ادای فرایض دینی.</p>	<p>۱- اتاق در بخش‌های بستری مختلف که شامل حداقل‌های امکانات گام ۳ باشد.</p> <p>۲- مشاهده مسجد یا نمازخانه با تابلوی مشخص در محوطه بیمارستان به تفکیک آقا و خانم</p> <p>۳- مشاهده امکانات سایر ادیان</p>	<p>۱- بیمار در خصوص اطلاع رسانی امکان برقراری ارتباط با روحانیون یا آگاهان دینی جهت پاسخگویی به سوالات شرعی آگاهی دارند</p> <p>۲- مصاحبه با کارکنان در مورد نحوه تامین امکانات سایر ادیان.</p>	<p>۱- وجود ثبت ادیان و مذاهب مختلف بیماران در برگ پذیرش بیمار و اطلاع پرستاران از آن و شناسایی نیازهای عبادی مربوطه</p>	<p>تمهیدات لازم برای شناسایی ادیان و مذاهب و نیازهای عبادی</p>	<p>دبیر کمیته اخلاق پزشکی</p>
	<p>۱- مشاهده ابلاغ و فایل الکترونیکی در بخشهای بیمارستان</p>	<p>آگاهی کارکنان در خصوص دستورالعمل نحوه حفاظت از اموال گیرنده خدمت</p>	<p>۱- مستندات دستورالعمل تدوین شده</p>	<p>دستورالعمل حفاظت از اموال گیرنده خدمت</p>	<p>دبیر کمیته اخلاق پزشکی</p>

		۲- وجود از امکانات و منابع ذکر شده در دستورالعمل تدوینی بیمارستان	۲- عملکرد کارکنان منطبق بر دستورالعمل نحوه حفاظت از اموال گیرنده خدمت
--	--	---	---

**ح ۲ ۴ بیمارستان از گروههای آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر، حمایت می نماید.**

سوال: روش حمایتی بیمارستان از گروههای آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر در بیمارستان چگونه است؟

دبیر کمیته اخلاق پزشکی	خط مشی و روش حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر	مستندات خط مشی تدوین شده	۱- آگاهی کارکنان در خصوص خط مشی حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت ها در معرض خطر	۱- مشاهده ابلاغ و فایل الکترونیکی در بخش های دامنه خط مشی ۲- مشاهده وجود امکانات و منابع ذکر شده در خط مشی ۳- مشاهده انطباق عملکرد کارکنان در حین ارائه خدمات به گروه های آسیب پذیر	کودکان، زنان باردار، افراد ناتوان، سالمندان، بیماران روانی، معلولان ذهنی و جسمی، افراد بدون سرپرست و مجهول الهویه شایع ترین آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر هستند.
------------------------	--	--------------------------	--	---	--

دبیر کمیته اخلاق پزشکی	روش اجرائی نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه	مستندات روش اجرائی تدوین شده	آگاهی کارکنان در خصوص روش اجرائی نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه	۱- مشاهده فایل ابلاغی در بخش ۲- مشاهده وجود امکانات و منابع ذکر شده در روش اجرائی ۳- مشاهده عملکرد کارکنان در خصوص انطباق با روش اجرائی تدوین شده	
------------------------	---	------------------------------	---	---	--

**ح ۲ ۵ تسهیلات و امکانات مورد نیاز همراهان و مراجعین به بیمارستان ارائه می شود.**

سوال : بیمارستان چه اقداماتی برای تامین تسهیلات و امکانات مورد نیاز همراهان و مراجعین به بیمارستان نموده است؟

دبیر کمیته اخلاق پزشکی	فرایند شناسایی همراهان بیمار و امکانات اقامتی	۱- بررسی مستندات فرآیند شناسایی همراهان بیمار در بخش های مختلف بیمارستان	مصاحبه با همراهان در خصوص استفاده از حداقل امکانات اقامتی	۱- مشاهده انطباق همراه در بخش های مختلف طبق فرآیند ۲- مشاهده حداقل امکانات اقامتی در بخش های مختلف طبق دو ستاره	۱- یا هر روش به تشخیص بیمارستان (مانند کارت همراه و ...) ۲- امکانات اقامت حداقل شامل وجود تخت خواب همراه یا مبل تخت خواب شود ۳- وجود مهمان سرا در بیمارستان یا امکان
------------------------	---	--	---	--	--

رزرو هتل در نزدیکی بیمارستان برای همراهان بیمار بخصوص در بیمارستان‌های ریفرال	توضیحات				
بر اساس استانداردهای هتلینگ ابلاغی وزارت بهداشت	<p>۱- مشاهده وجود و سالم بودن مبلمان شهری مناسب، آلاچیق و فضای استراحت، وسایل بازی کودک، دستگاه خودپرداز فعال، کیوسک تلفن عمومی، فروشگاه خرید مواد غذایی و بوفه، در محوطه بیمارستان با توجه به حجم مراجعات</p> <p>۲- مشاهده وجود حداقل یک نوع غذای سرد و آب جوش</p> <p>۳- مشاهده ارائه صبحانه‌های گرم و سرد به همراهان</p> <p>۴- مشاهده سرو حداقل دو نوع غذای گرم تازه و با کیفیت در وعده های نهار و شام برای همراهان بیمار</p> <p>۵- مشاهده وجود و سالم بودن آبدارخانه بهداشتی و تامین آب جوش یا سرو نوشیدنی های گرم (چای) برای همراهان حداقل ۳ بار در شبانه روز</p>			تامین امکانات رفاهی لازم برای مراجعات و همراهان	دبیر کمیته اخلاق پزشکی

ح ۲ ۶ اقدامات، تسهیلات و امکانات لازم برای بیمارانی که مراحل پایانی زندگی را می‌گذرانند، اختصاص داده می‌شود.

سوال: بیمارستان چه اقدامات، تسهیلات و امکانات لازم برای بیمارانی که مراحل پایانی زندگی را می‌گذرانند، اختصاص داده است؟

۱- مصاحبت با افرادی که بیمار مایل به دیدارشان است و ایجاد فرصت ملاقات برای خانواده بیمار، حتی در ساعات غیر ملاقات.	۱- مشاهده بیمار در حال احتضار در صورت بستری بودن در بیمارستان و	۱- مصاحبه با مددکار و یا سوپروایزر جهت شناسایی موارد بیماران	مستندات ابلاغ شده توسط رییس بیمارستان تهیه شده در خصوص	چگونگی برخورد با بیمار محتضر	دبیر کمیته اخلاق پزشکی
--	--	---	---	---------------------------------	---------------------------

<p>۲- حداقل شامل حفظ حریم خصوصی از طریق اختصاص اتاق جداگانه، انتقال بیمار از یک اتاق به اتاق دیگر، ایجاد فضای مجزا از طریق پاراوان یا پرده و هم چنین ایجاد شرایط ویژه از جمله رعایت آداب و رسوم شعایر دینی و ایجاد محیطی آرام برای بیمار و خانواده</p> <p>۳- در مستند مورد نظر به تامین آسایش سایر بیماران اشاره شده است.</p> <p>۴- اگر در مستند حاضر به تامین آسایش سایر بیماران اشاره نشده باشد این گام و گام دوم نمره لازم را کسب نمی نماید.</p> <p>۵- مشاهده یک بیمار برای تصمیم گیری کافی است.</p>	<p>مصاحبه با بیمار و همراه وی، در غیر اینصورت مصاحبه با پرستار و نگهبان در بخش های مختلف در خصوص اطلاع از شرایط ملاقات بیماران در حال احتضار</p> <p>۲- ارزیاب در زمان حضور بر بالین بیمار بدحال و در حال احتضار حاضر شده و گام اجرایی دوم را مشاهده می نماید.</p> <p>۳-</p>	<p>محتضر در بیمارستان</p> <p>۲- آگاهی کارکنان بالینی/خدماتی در خصوص محتوی مستند ابلاغی بیمارستان به بخش ها برای برخورد با بیماران در حال احتضار</p> <p>۳- آگاهی کارکنان بالینی/خدماتی از نظر مندرجات، اگر بیمار محتضر در بیمارستان وجود نداشته باشد.</p>	<p>چگونگی برخورد با بیماران در حال احتضار در بخش های بالینی</p>	
---	---	--	---	--

بیمارستان به گیرنده خدمت حق می دهد تا از پزشک دیگری نظر خواهی نماید

۷

۲

ح

سوال: سیاست بیمارستان در خصوص چگونگی امکان نظر خواهی از پزشکان دیگر چیست؟

<p>۱- منظور پزشکان دیگر در داخل/خارج بیمارستان به غیر از پزشک معالج</p> <p>۲- مسئولیت قانونی سلامت بیمار و روند درمان بر عهده پزشک معالج است. لذا در صورت درخواست بیمار جهت نظر خواهی از پزشک دوم صرفاً جنبه مشورتی داشته و در صورت تایید پزشک معالج دستورات او قابل اجرا می باشد. مگر آنکه بیمار در سرویس پزشک دوم قرار گیرد.</p>	<p>۱- مشاهده مستندات ابلاغ شده رسمی توسط رییس بیمارستان در خصوص روند اطلاع رسانی و درخواست بیمار و حضور پزشکان دیگر در داخل/خارج بیمارستان در بخشهای بالینی</p>	<p>۱- مصاحبه با سرپرستاران و سوپروایزرین و مدیر خدمات پرستاری در خصوص مراحل لازم حضور پزشک مورد نظر بیمار جهت نظر خواهی</p>	<p>۱- مستندات پرونده بیمار در خصوص هماهنگی برای اخذ موافقت پزشک معالج برای نظر خواهی از سایر پزشکان بنا به درخواست بیمار</p>	<p>دبیر کمیته اخلاق پزشکی</p> <p>چگونگی امکان نظر خواهی از پزشکان دیگر (داخل و خارج بیمارستان)</p>
--	---	---	--	--

<p>۳- بررسی یک مورد درخواست بیمار کافی است و اگر موردی برای بررسی وجود نداشته باشد، نمره این گام در نظر گرفته شود</p>					
---	--	--	--	--	--

بیمارستان در صورت درخواست گیرنده خدمت، تصویر تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی را دسترس وی قرار می دهد. ۸ ۲ ح

سوال: سیاست بیمارستان در خصوص نحوه تحویل تصویر تمام اطلاعات بیمار چیست؟

		<p>۱- مصاحبه با کارکنان واحد مدیریت اطلاعات سلامت در خصوص آگاهی از نحوه تحویل تصویر مستندات پرونده و نتایج اقدامات پاراکلینیکی به بیمار</p> <p>۲- مصاحبه با مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان در خصوص فرآیند و الزامات تحویل مستندات پرونده بیمار به درخواست بیمار/ ولی قانونی/ مراجع قانونی</p>	<p>۱- دستورالعمل محدوده مدارک و مستندات قابل تحویل به بیمار/ولی قانونی که در آن مستندات مجاز قابل ارائه به بیمار /ولی قانونی و مراجع قانونی تعیین شده است</p> <p>۲- بررسی رسید کتبی تحویل تصویر کاغذی درخواست تحویل مستندات پرونده بیمار در واحد مدیریت اطلاعات سلامت</p>	<p>در اختیار قرار دادن تصویر کاغذی/فایل الکترونیکی اطلاعات و مستندات مربوط به پرونده و نتایج اقدامات پاراکلینیکی در صورت درخواست بیمار/ولی قانونی او</p>	<p>مسئول مدارک پزشکی</p>
--	--	--	---	--	--------------------------

بیمارستان رضایت گیرنده خدمت را مورد سنجش و تحلیل قرار می دهد. ۹ ۲ ح

سوال: بیمارستان چه اقداماتی را برای رضایت سنجی بیماران و همراهان و تحلیل آنها انجام داده است؟

<p>۱- لازم است روایی و پایایی پرسشنامه مذکور توسط دفتر بهبود کیفیت بررسی و توسط کمیته پایش و سنجش تصویب شود.</p> <p>۲- به منظور حذف هرگونه تداخل منافع لازم است ارزیابان مستقل بکار گرفته شوند و پس آموزش آنها توسط دفتر بهبود نسبت</p>		<p>۱- مصاحبه با اعضاء کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان در بیمارستان</p> <p>۲- مصاحبه با اعضاء تیم مدیریت اجرایی در خصوص اطلاع از گزارش تحلیلی نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان توسط</p>	<p>۱- وجود پرسشنامه های روا و پایا به تفکیک برای سنجش میزان رضایت بیماران بستری و سرپایی و همراهان بیماران بستری و سرپایی در دفتر</p>	<p>نظام رضایت سنجی بیماران و همراهان</p>	<p>دبیر کمیته پایش و سنجش کیفیت</p>
---	--	---	---	--	-------------------------------------

<p>به نظر سنجی واقعی بیماران و همراهان اقدام نمایند و در این فرآیند هر گونه عوامل مداخله کننده که نظر بیمار را تحت تاثیر قرار دهد کنترل شود(مانند حضور کارکنان در زمان نظرسنجی، مهارت ارتباطی پرسشگر و تاکید او بر محرمانگی و بی نام بودن فرم‌ها) پرسشگران از بین کارکنان اداری و یا خارج از بیمارستان (داوطلبین) انتخاب شوند.</p> <p>۳- حداقل متوسط رضایت کلی، متوسط رضایت در هر محور/پرسش، رضایت کلی در هر بخش و رضایت در هر محور/پرسش، در هر بخش و مقایسه نتایج کلی و محور به محور در بخش‌های مختلف و در نهایت شناسایی موارد بحرانی و موفق، به عنوان گزارش نهایی به تیم مدیریت اجرایی ارائه می‌شود. همچنین اعضای کمیته پایش و سنجش پیشنهادات اصلاحی خود را پیوست تحلیل نتایج ارائه می‌نمایند.</p>		<p>مسئول بهبود کیفیت</p>	<p>بهبود کیفیت که به تصویب کمیته پایش و سنجش بهبود کیفیت رسیده است.</p> <p>۲- وجود مستندات برنامه ریزی برای رعایت الزامات مندرج در ** در خصوص روند رضایت سنجی از بیماران حداقل سه ماه یکبار با محوریت دفتر بهبود کیفیت</p> <p>۳- وجود مستندات برنامه ریزی برای رعایت الزامات مندرج در ** در خصوص روند رضایت سنجی از همراهان حداقل شش ماه یکبار با محوریت دفتر بهبود کیفیت</p> <p>۴- وجود مستندات صورتجلسه کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص بررسی نتایج رضایت سنجی بیماران</p> <p>۵- مشاهده مستندات صورتجلسه کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص بررسی نتایج رضایت سنجی همراهان</p> <p>۶- بررسی مستندات گزارش تحلیلی نتایج رضایت سنجی</p>	
--	--	--------------------------	---	--

			<p>بیماران و گزارش تحلیلی  نتایج رضایت سنجی همراهان  با رعایت موارد مندرج در  *** توسط مسئول بهبود  کیفیت بیمارستان به تیم  مدیریت اجرایی</p>		
		<p>۱- مصاحبه با اعضاء تیم مدیریت اجرایی  در خصوص بررسی گزارش نتایج  رضایت سنجی بیماران و همراهان  ۲- آگاهی اعضاء تیم مدیریت اجرایی در  خصوص اقدامات اصلاحی/ تدوین و  ابلاغ برنامه بهبود کیفیت بر اساس  گزارش تحلیلی رضایت مندی بیماران/  همراهان  ۳- آگاهی اعضاء تیم مدیریت اجرایی در  خصوص اجرای مصوبات اصلاحی</p>	<p>۱- بررسی صورتجلسه تیم  مدیریت اجرایی در خصوص  بررسی گزارش نتایج رضایت  سنجی بیماران و صورتجلسه  تیم مدیریت اجرایی در  خصوص بررسی گزارش نتایج  رضایت سنجی همراهان  ۲- بررسی مستندات صورتجلسه  تیم مدیریت اجرایی در  خصوص اقدامات اصلاحی/  تدوین و ابلاغ برنامه بهبود  کیفیت بر اساس گزارش  تحلیلی رضایت مندی در  خصوص رضایت سنجی  بیماران  ۳- بررسی مستندات صورتجلسه  در خصوص رضایت سنجی  همراهان  ۴- وجود مستندات برنامه نظارت</p>	<p>بررسی گزارش تحلیلی  رضایت سنجی در جلسات  تیم مدیریت اجرایی</p>	<p>دبیر کمیته  مدیریت  اجرایی</p>

			تیم مدیریت اجرایی در پیگیری اجرای مصوبات اصلاحی		
--	--	--	---	--	--

ح ۲ ۱۰ نظام کارآمد رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات در بیمارستان وجود دارد.

سوال: بیمارستان چه اقداماتی برای ایجاد و کارآمد بودن نظام رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات انجام داده است؟

<p>۱- اندازه فلوجارت فرایند حداقل A3 باشد و در معرض دید نصب شود.</p> <p>۲- فرآیند نحوه اعلام و بررسی شکایت/انتقادات/ و پیشنهادات در کنار صندوق های رسیدگی به شکایات نیز نصب شود.</p> <p>۳- در صورت عدم نصب در یکی از این مکان ها، نمره این سنجه صفر منظور می شود</p> <p>۴- اگر شاکی واقعی برای مشاهده عملکرد کارکنان وجود نداشته باشد از یک نفر به عنوان رول پلی استفاده گردد.</p>	<p>۱- مشاهده نصب فلوجارت فرآیند مذکور در واحد های پذیرش، اورژانس، حسابداری و سالن های انتظار</p>	<p>۱- مصاحبه با کارکنان رده های مختلف بالینی/ غیربالینی بیمارستان و آگاهی از روند فرآیند شکایات/ انتقادات/ و پیشنهادات ابلاغ شده</p> <p>۲- مصاحبه با گیرنده خدمت در خصوص عملکرد کارکنان بیمارستان بر اساس فرآیند شکایات/ انتقادات/ و پیشنهادات</p>	<p>۱- بررسی مستند فرایند تدوین شده در خصوص بررسی شکایت/انتقادات/ و پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرایند به صورت فلوجارت ساده و قابل فهم در واحد رسیدگی به شکایات</p> <p>۲- بررسی مستندات عملکرد کارکنان (صاحبان فرایند) براساس طبقه بندی و اولویت بندی اقدام در خصوص رسیدگی به شکایات فوری/ عادی در واحد رسیدگی به شکایات</p>	<p>تدوین فرآیند نحوه اعلام شکایات، انتقادات و پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرآیند و نصب در معرض دید عموم</p>	<p>دبیر کمیته پایش و سنجش کیفیت و مسئول رسیدگی به شکایات</p>
<p>۱- این بازه زمانی (سه ماهه) به منظور تحلیل سیستماتیک مجموع پیشنهادات و شکایات واصله است. اما دفتر رسیدگی به شکایت/ مسئول معادل آن در بیمارستان موظف است بلافاصله پس از دریافت شکایات حضوری نسبت به طبقه بندی و اولویت بندی اقدام و به صورت آنی، فوری،</p>		<p>۱- مصاحبه با اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص میزان آگاهی از گزارشات و روند تحلیل و جمع بندی نتایج موارد شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان</p> <p>۲- مصاحبه اعضاء تیم مدیریت اجرایی و</p>	<p>۱- بررسی مستندات عملکرد واحد بهبود کیفیت / با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایات/ مسئول معادل در خصوص روند جمع آوری و تحلیل سیستماتیک موارد شکایات، انتقادات و</p>	<p>تهیه گزارش سه ماهه تحلیل ریشه ای ناراضایتی بیمار، خانواده و کارکنان، بررسی و ارائه به تیم مدیریت اجرایی</p>	<p>دبیر کمیته پایش و سنجش کیفیت و مسئول رسیدگی به شکایات</p>

<p>در الویت اول و در نوبت رسیدگی طبقه بندی و پس از هماهنگی با مسئولین مربوط، نتایج را به متقاضی گزارش نماید.</p> <p>۲- رسیدگی به شکایت‌های آنی به صورت حضور بلافاصله‌ای در صحنه و پی‌گیری میدانی صورت پذیرد. رسیدگی به شکایت‌های فوری حداقل به صورت تلفن بلافاصله‌ای پی‌گیری شود و در موارد با الویت اول تا پایان روزکاری و سایر موارد حسب حساسیت موضوع برنامه ریزی و بر همین اساس به شکایت کننده نوبت پی‌گیری مجدد اعلام شود.</p>		<p>آگاهی آنان از گزارش مصوبات کمیته پایش و سنجش کیفیت از موارد گزارش تحلیلی و جمع بندی نتایج شکایات</p>	<p>پیشنهادات گروه بیماران، همراهان و کارکنان</p> <p>۲- بررسی مستندات متوالی تحلیلی و جمع بندی نتایج موارد شکایات، انتقادات و پیشنهادات گروه بیماران، همراهان و کارکنان، از مسئول واحد بهبود کیفیت/ مسئول واحد رسیدگی به شکایات/ مسئول معادل به کمیته پایش و سنجش کیفیت</p> <p>۳- بررسی مستندات ابلاغ پیشنهادات اصلاحی/تدوین برنامه بهبود کیفیت توسط کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریت اجرایی</p> <p>۴- وجود گزارش مسئول بهبود کیفیت از مصوبات کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص گزارش روند تحلیلی و جمع بندی نتایج شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان به تیم مدیریت اجرایی</p>		
<p>۱- به طور مثال در بررسی شکایت مرتبط با</p>			<p>۱- بررسی مستندات حضورتجلسه</p>	<p>بازنگری فرآیندها، حمایت از</p>	<p>تیم مدیریت</p>

<p>بخش اورژانس بایستی در جلسه رسیدگی و تصمیم‌گیری تیم مدیریت اجرایی نماینده این بخش حضور داشته باشد.</p> <p>۲- لازم به ذکر است در صورت عدم وجود خسارت در زمان ارزیابی نمره کامل داده می‌شود</p>			<p>تیم مدیریت اجرایی در خصوص طرح گزارشات دریافتی از کمیته کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان</p> <p>۲- مشاهده صورتجلسه تیم مدیریت اجرایی با مصوبات اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود/ بازنگری فرآیندها در خصوص شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان با رعایت مشارکت صاحبان فرآیند</p> <p>۳- مشاهده صورتجلسه تیم مدیریت اجرایی با مصوبه شناسایی موارد منجر به خسارات گیرنده خدمت/ کارکنان و اقدام در جبران خسارات توسط تیم مدیریت اجرایی</p>	<p>متقاضی و جبران خسارت در صورت وجود</p>	<p>اجرائی</p>
<p>۱- با توجه به اهمیت این محور تولید خود ارزیابی این محور به کمیته اخلاق پزشکی سپرده شود.</p> <p>۲- طبق سنجه ۱ از استاندارد الف - ۳ - ۶)</p>			<p>۱- وجود مستندات انجام ممیزی داخلی (ارزیابی داخلی) محور حقوق گیرنده خدمت طبق برنامه اعلامی از سوی دفتر بهبود</p>	<p>ارزیابی نحوه اجرای استانداردهای و تدوین اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت و اجرا</p>	<p>دبیر کمیته اخلاق پزشکی و تیم مدیریت اجرایی</p>

محور بهبود کیفیت از مدیریت و رهبری.			کیفیت با رعایت تولید کمیته اخلاق پزشکی ۲- مشاهده مستندات ممیزی داخلی و صورتجلسه اخذ تصمیمات اصلاحی/ تدوین برنامه بهبود کیفیت در پیاده سازی استانداردهای حقوق گیرنده خدمت با حضور اعضای تیم مدیریت اجرائی و اعضای کمیته اخلاق در بازه زمانی خود ارزیابی های اعتباربخشی		
-------------------------------------	--	--	---	--	--

توصیه مهم:

ارزیاب قبل از شروع ارزیابی در جدول خلاصه تری مشابه جدول فوق برنامه ریزی زمانی برای ارزیابی مستندات ، مصاحبه و مشاهده و همچنین  
 تهیه سوالات باز برای ارزیابی اقدام می نماید.