

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

راهنمای ارزیابی استانداردهای برنامه بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار

( مورد استفاده در برنامه عملیاتی «ایمنی بیمار» سال ۱۳۹۹

تدوین : فرناز مستوفیان ، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار

تیر ۱۳۹۹

۱.۲۰۳A بیمارستان داده ی شاخص های فرآیندی و نتیجه ای (پیامدی) خود را در طی زمان، با سایر «بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار» و / یا خدمات شناخته شده دلخواه یا استاندارد های معین مقایسه می نماید .

### عناصر قابل اندازه گیری

- فرآیندی که در طی آن بیمارستان شاخص های فرآیندی و نتیجه ای (پیامدی) خود را در طی زمان ( برای مثال قبل و بعد از اجرای برنامه ارتقاء ایمنی) ، با سایر «بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار» و / یا خدمات شناخته شده دلخواه (میزان «صفر» درصدی پنومونی اکتسابی از ونتیلاتور) یا استاندارد های معین (راهنماهای بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت) مقایسه نموده باشد.
- گزارشات نتایج محک زنی<sup>۱</sup>.

### فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی

### فرآیند بررسی

• گزارشات نتایج محک زنی.	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی براین که بیمارستان داده ی شاخص های فرآیندی و نتیجه ای (پیامدی) خود را با سایر "بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار" مقایسه می نماید، وجود دارد ؟	مصاحبه
کاربردی ندارد	مشاهده

### راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که بیمارستان شاخص های فرآیندی و نتیجه ای ( پیامدی ) خود را با سایر بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار مقایسه می نماید، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که بیمارستان شاخص های فرآیندی و نتیجه ای ( پیامدی ) خود را با سایر بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار مقایسه نمی کند ، امتیازی تعلق نمی گیرد.

۱.۲۰۱B برگه رضایت نامه آگاهانه توسط بیمار یا فرد مجاز امضاء شده است. بیمار از کلیه خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر با توضیحات پزشک مطلع شده است و با حضور و نظارت پرستار برگه رضایت نامه آگاهانه را امضاء نموده است.

### عناصر قابل اندازه گیری

- خط مشی و روش های اجرایی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار .
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار.
- لیست مداخلات تشخیصی درمانی که برای انجام نیاز به اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار دارند، شامل موارد ذیل اما محدود به آن ها نمی باشد: مداخلات تشخیصی درمانی تهاجمی، اعمال جراحی، بیهوشی، ترانسفوزیون خون، اقدامات و مداخلات پر خطر، درمان های پر خطر و پیوند اعضا.
- برگه های رضایت نامه آگاهانه بیمار که در بخش های مرتبط موجود است.
- برگه های رضایت نامه آگاهانه بیمار تکمیل شده و دارای تاریخ و ساعت و امضاء می باشد و در پرونده بیماران موجود است.

### فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی

### فرآیند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> <li>• خط مشی و روش های اجرایی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار.</li> <li>• گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار .</li> <li>• گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار.</li> <li>• لیست مداخلات تشخیصی درمانی که برای انجام، نیاز به اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار دارند، شامل موارد ذیل اما محدود به آن ها نمی باشد: مداخلات تشخیصی درمانی تهاجمی، اعمال جراحی، بیهوشی، ترانسفوزیون خون، اقدامات و مداخلات پر خطر، درمان های پر خطر و پیوند اعضا.</li> <li>• بررسی منظم نمونه های تصادفی از پرونده پزشکی بیماران.</li> <li>• برگه های رضایت نامه آگاهانه بیمار تکمیل شده و دارای تاریخ و ساعت و امضاء می باشد و در پرونده بیماران موجود است.</li> </ul>	<p>مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند</p>
<p>کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر اجرای خط مشی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار وجود دارد؟</p> <p>بیماران یا افراد مجاز: گام های که برداشته شده بود قبل از امضاء برگه رضایت آگاهانه توسط شما چه بود؟</p>	<p>مصاحبه</p>
<p>کاربردی ندارد</p>	<p>مشاهده</p>

## راهنمای امتیازدهی

- ❖ اگر بیمار پیش از هر عمل تهاجمی فرم رضایت نامه عمل را امضا می نماید و از تمامی خطرات مداخلات تشخیصی درمانی تهاجمی/اعمال جراحی از قبل به طور کامل مطلع می شوند، امتیاز کامل تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورت فقدان هر گونه شواهدی مبنی بر وجود فرم های رضایت نامه امضا شده توسط بیماران قبل از مداخلات تشخیصی درمانی تهاجمی/اعمال جراحی اعمال تهاجمی ، امتیازی تعلق نمی گیرد.

B3,1,1 فرآیند شناسایی مورد استفاده در کل بیمارستان مستلزم وجود حداقل دو شناسه برای شناسایی بیماران است . این دو شناسه در تمامی موقعیت هایی که برای بیماران مداخلاتی انجام می شود مورد استفاده قرار می گیرد.

## عناصر قابل اندازه گیری

- خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران موجود است. شناسه های شناسایی صحیح بیماران که در کل بیمارستان به صورت منسجم موجود است، شامل « نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد» می باشد، که بیماران از آن مطلعند . نام پزشک معالج ، شماره تخت و با اتاق بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد. این دو شناسه در تمامی موقعیت هایی که برای بیماران مداخلاتی انجام می شود، مورد استفاده قرار می گیرد.
- خط مشی شناسایی بیمار با استفاده از دو شناسه قبل از تجویز هر گونه دارو، اجرای هر گونه مداخله یا تایید هویت بیماران قبل از انجام مداخلات پر خطر موجود است.
- لیست مداخلات پر خطر شامل ترانسفوزیون خون و تجویز داروهای شیمی درمانی موجود است.
- خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران با تاکید خاص بر گروه های در معرض خطر منجمله نوزادان ، بیماران دچار کما و یا سالمندان موجود است.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران موجود است.
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران موجود است.

## فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی

## فرآیند بررسی

<ul style="list-style-type: none"><li>• خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران.</li><li>• خط مشی شناسایی بیمار با استفاده از دو شناسه قبل از تجویز هر گونه دارو، اجرای هر گونه مداخله یا انجام مداخلات پر خطر.</li><li>• لیست مداخلات پر خطر.</li></ul>	<p>مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران.</li> <li>• فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و تایید هویت بیماران.</li> <li>• نمونه گیری سیستماتیک تصادفی از پرونده های پزشکی به منظور بررسی شناسه های بیماران.</li> </ul>	
<p>کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیماران قبل از دریافت هر گونه درمانی (برای مثال تجویز دارو، ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، رژیم غذایی یا رادیوتراپی) قبل از انجام پروسیجرها ( برای مثال بازکردن راه وریدی و یا همودیالیز) و قبل از هر گونه مداخلات تشخیصی ( نظیر اخذ نمونه خون و یا سایر نمونه ها برای آزمایشات بالینی، کاتتریزاسیون قلبی یا مداخلات تشخیصی رادیولوژی) شناسایی می شوند ، وجود دارد؟</p> <p>آیا این فرآیند شامل شناسایی بیماران دچار کوما نیز می شود؟</p> <p>بیماران : کارکنان به چه صورت شما را شناسایی می نمایند ؟</p>	مصاحبه
<p>دستبند شناسایی بیماران یا سایر روش ها</p> <p>شناسه های بیمار موجود در پرونده پزشکی بیماران و دیگر برگه های درخواست پزشکی.</p>	مشاهده

## راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که قبل از انجام هر گونه پروسیجر درمانی، انتقال، تجویز دارو یا ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، تمامی بیماران به ویژه گروه های در معرض خطر، با استفاده از حداقل دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد شناسایی و هویت ایشان مورد تایید قرار می گیرد ، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که برای شناسایی مناسب هویت بیماران سیستمی موجود نیست، امتیازی تعلق نمی گیرد.

۱. B۳.۲ در بیمارستان سیستمی برای شناسایی آلرژی ها مستقر شده است.

## عناصر قابل اندازه گیری

- استقرار سیستمی برای شناسایی آلرژی ها برای مثال سیستم کد بندی رنگی.
- خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی آلرژی ها.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی آلرژی ها .
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی آلرژی ها .

## فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی

## فرآیند بررسی

<ul style="list-style-type: none"><li>• استقرار سیستمی برای شناسایی آلرژی ها برای مثال سیستم کد بندی رنگی.</li><li>• خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی آلرژی ها.</li><li>• گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی آلرژی ها .</li><li>• گزارشات / مستندات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی شناسایی آلرژی ها .</li></ul>	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر فعال بودن سیستمی برای شناسایی آلرژی ها برای مثال سیستم کد بندی رنگی، وجود دارد؟ بیماران: آیا شما در برنامه ریزی و تصمیم گیری در مورد درمان خود مشارکت نموده اید؟	مصاحبه
سیستمی برای شناسایی آلرژی ها برای مثال سیستم کد بندی رنگی وجود دارد.	مشاهده

## راهنمای امتیازدهی

- در صورتی که سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی فعال است، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- در صورتی که در بیمارستان هیچگونه سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی موجود نیست ، امتیازی تعلق نمی گیرد .

۱,۳,۵ B بیمارستان دارای نظام ساختارمند اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران و مراقبین ایشان و کارکنان می باشد.

## عناصر قابل اندازه گیری

- خط مشی و روش های اجرایی برای اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران و مراقبین ایشان و کارکنان.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران و مراقبین ایشان و کارکنان.
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی ذیربط.

## فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی

## فرآیند بررسی

<ul style="list-style-type: none"><li>• خط مشی و روش های اجرایی برای اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران و مراقبین ایشان و کارکنان.</li><li>• گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران و مراقبین ایشان و کارکنان.</li><li>• گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی ذیربط.</li></ul>	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر نظام ساختارمند اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران و مراقبین ایشان و کارکنان ، موجود است؟	مصاحبه
کاربردی ندارد.	مشاهده

## راهنمای امتیازدهی

- ❖ اگر بیمارستان دارای خط مشی و روش های اجرایی نظام اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار می باشد ، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ اگر بیمارستان فاقد خط مشی و روش های اجرایی نظام اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار می باشد ، امتیازی تعلق نمی گیرد .

C.۱.۱.۲ بیمارستان چک لیست جراحی ایمن را اجرا و از راهنماهای معتبر از جمله چک لیست سازمان جهانی بهداشت در زمینه جراحی ایمن تبعیت می نماید .

## عناصر قابل اندازه گیری

- فرآیند تضمین بیمار ، موضع عمل و پروسیجر جراحی صحیح .
- در اتاق های عمل برای تمامی بیماران تحت اعمال جراحی ، چک لیست جراحی ایمن استفاده می شود.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با راهنماهای جراحی ایمن.

- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت از راهنماهای جراحی ایمن.

### فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی

### فرآیند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> <li>• استفاده چک لیست جراحی ایمن در اتاق های عمل برای تمامی بیماران تحت اعمال جراحی .</li> <li>• گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با راهنماهای جراحی ایمن.</li> <li>• فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت از راهنماهای جراحی ایمن.</li> </ul>	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
<ul style="list-style-type: none"> <li>• کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر اجرای چک لیست جراحی ایمن و میزان تبعیت از راهنماهای جراحی ایمن از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت ، موجود است؟</li> </ul>	مصاحبه
<ul style="list-style-type: none"> <li>• شواهد استفاده از چک لیست جراحی ایمن در اتاق های عمل.</li> </ul>	مشاهده

### راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که بیمارستان چک لیست و راهنماهای جراحی از جمله دستورالعمل های سازمان جهانی بهداشت را در زمینه جراحی ایمن اجرا می نماید ، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که بیمارستان هیچ راهنما و چک لیستی را در زمینه جراحی ایمن اجرا نمی نماید ، امتیازی تعلق نمی گیرد .

۳.۱.۱. C در کل بیمارستان سیستم هایی برای تضمین شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران موجود است.

### عناصر قابل اندازه گیری

- فرآیند تدوین، اجرا و تثبیت سیستم یکپارچه شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران در بیمارستان .
- فرآیند اندازه گیری و مستند سازی مشاهدات از طریق چارت ارزیابی/ بررسی عمومی وضعیت سلامت مشتمل بر میزان تنفس ، اشباع اکسیژن ، فشارخون ، میزان ضربان قلب ، درجه حرارت، سطح هوشیاری و ..... .
- فرآیند تشکیل تیم های واکنش سریع (RRT) در فواصل زمانی منظم.
- ممیزی و پایش منظم فرآیند ها توسط کمیته اورژانس پزشکی.



- آموزش کارکنان در ارتباط با شناسایی و برقراری ارتباط در خصوص وخامت شرایط بالینی بیماران.
- خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران.
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران.

### فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی

### فرآیند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> <li>• خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران.</li> <li>• گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران.</li> <li>• فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی برای شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران.</li> </ul>	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر وجود سیستم یکپارچه شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران در بیمارستان ، موجود است؟	مصاحبه
فرآیند اندازه گیری و مستند سازی مشاهدات از طریق چارت ارزیابی عمومی مشتمل بر میزان تنفس ، اشباع اکسیژن ، فشارخون ، میزان ضربان قلب ، درجه حرارت، سطح هوشیاری و ..... .	مشاهده

### راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که در کل بیمارستان سیستم هایی یکپارچه برای تضمین شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران موجود است، امتیاز کامل تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که در کل بیمارستان سیستم هایی یکپارچه برای تضمین شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران وجود ندارد، امتیازی تعلق نمی گیرد .

۹.۲.۱ C. بیمارستان راهنمای زایمان ایمن منجمله چک لیست زایمان ایمن سازمان جهانی بهداشت را اجرا می نماید.

### عناصر قابل اندازه گیری

- ارائه اطلاعات توسط کادر بالینی به بیماران در خصوص زایمان ایمن
- چک لیست زایمان ایمن
- گزارشات مبنی بر آموزش کادر بالینی در خصوص زایمان ایمن
- فرایند اندازه گیری میزان تبعیت کادر بالینی از راهنمای زایمان ایمن.

### فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی

### فرآیند بررسی

مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند	<ul style="list-style-type: none"><li>• راهنماهای زایمان ایمن</li><li>• چک لیست زایمان ایمن سازمان جهانی بهداشت.</li><li>• گزارشات مبنی بر آموزش کادر بالینی در خصوص زایمان ایمن</li><li>• فرایند اندازه گیری میزان تبعیت کادر بالینی از راهنمای زایمان ایمن.</li></ul>
مصاحبه	کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان راهنماهای زایمان ایمن منجمله چک لیست زایمان ایمن را اجرا نموده است، موجود است؟
مشاهده	اطلاعات ارائه شده به بیماران در خصوص زایمان ایمن

### راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که بیمارستان ، راهنمای زایمان ایمن را اجرا نموده است ، امتیاز کامل تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که بیمارستان ، راهنمای زایمان ایمن را اجرا نکرده است ، امتیازی تعلق نمی گیرد.

۱۰.۲.۱ C. بیمارستان ، به منظور شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط ، ایشان را غربالگری و جهت کاهش احتمال خطر اقدام می نماید.

## عناصر قابل اندازه گیری

- فرآیند ارزیابی اولیه و مستمر و شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط و انجام مدیریت خطر پیشگیرانه سقوط به منظور کاهش احتمال خطر سقوط بیماران.
- خط مشی و روش های اجرایی برای ارزیابی اولیه و مستمر و شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط
- خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران .
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران .
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران

### فرآیند ارزیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی .

## فرآیند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> <li>• خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران .</li> <li>• گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران .</li> <li>• گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران</li> <li>• نمونه تصادفی منظم از پرونده های پزشکی که فرآیند ارزیابی اولیه و مستمر و شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط و انجام مدیریت خطر پیشگیرانه سقوط به منظور کاهش احتمال خطر سقوط بیماران را مرور نموده باشد.</li> </ul>	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمار ستان ، به منظور شنا سایی بیماران در معرض خطر سقوط ، ایشان را غربالگری می نماید، موجود است؟	مصاحبه
تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای کاهش احتمال خطر سقوط بیماران.	مشاهده

## راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که بیمار ستان ، به منظور شنا سایی بیماران در معرض خطر سقوط ، ایشان را غربالگری و جهت کاهش احتمال خطر اقدام می نماید ، امتیاز کامل تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که بیمارستان ، به منظور شنا سایی بیماران در معرض خطر سقوط ، ایشان را غربالگری نمی کند و جهت کاهش احتمال خطر اقدام نمی نماید، امتیازی تعلق نمی گیرد.

۲۲،۱،۱ بیمارستان دارای یک برنامه پیشگیری و کنترل عفونت اجرا شده ، مشتمل بر چارت سازمانی ، برنامه عملیاتی ، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد .

### عناصر قابل اندازه گیری

- چارت سازمانی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت.
- شرح وظایف و ابلاغ اعضای کمیته پیشگیری و کنترل عفونت.
- صورت جلسات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت.
- راهنماها، برنامه و کتابچه پیشگیری و کنترل عفونت.
- خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت.
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت.

### فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی .

### فرآیند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> <li>• چارت سازمانی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت.</li> <li>• شرح وظایف و ابلاغ اعضای کمیته پیشگیری و کنترل عفونت.</li> <li>• نمونه تصادفی از صورت جلسات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت.</li> <li>• خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت</li> <li>• گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت.</li> <li>• فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت.</li> <li>• گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت.</li> </ul>	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان ، دارای یک برنامه پیشگیری و کنترل عفونت اجرا شده ، مشتمل بر چارت سازمانی ، برنامه عملیاتی ، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد ، موجود است؟	مصاحبه
تبعیت با موازین پیشگیری و کنترل عفونت .	مشاهده

## راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر ساختار سازمانی، دستورالعمل‌ها و کتابچه راهنما می‌باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد.
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد.
- ❖ در صورتی که بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت نمی‌باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

۲.۵.۲ بیمارستان به منظور کاهش مقاومت میکروبی، خط مشی و روش‌های اجرایی مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها را بکار می‌بندد و برنامه فعال تولید ضد میکروبی دارد.

## عناصر قابل اندازه‌گیری

- رویکرد چند تخصصی (چند نظامه)، حداقل شامل نمایندگان برنامه پیشگیری و کنترل عفونت، داروخانه، متخصصین بالینی، مدیریت بیمارستان و واحد میکروبیولوژی
- خط مشی و روش‌های اجرایی مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها به منظور کاهش مقاومت. گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش‌های اجرایی مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها و تولید ضد میکروبی.
- فرآیند اندازه‌گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش‌های اجرایی مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها و تولید ضد میکروبی.

## فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده‌ها با انجام مصاحبه.
- مطالعه کامل راهنمای امتیازدهی.

## فرآیند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> <li>• خط مشی و روش های اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها و تولید ضد میکروبی.</li> <li>• گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها و تولید ضد میکروبی.</li> <li>• گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی و تولید ضد میکروبی.</li> </ul>	مستندات که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان ، به منظور کاهش مقاومت میکروبی ، خط مشی و روش های اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها را بکار می بندد و برنامه فعال تولید ضد میکروبی دارد ، موجود است؟	مصاحبه
تبعیت با خط مشی و روش های اجرایی برای مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها و تولید ضد میکروبی .	مشاهده

### راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که بیمارستان به منظور کاهش مقاومت میکروبی خط م شی و روش های م مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها را اجرا می نماید و دارای برنامه فعال تولید ضد میکروبی است، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
  - ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
  - ❖ در صورتی که بیمارستان به منظور کاهش مقاومت میکروبی خط م شی و روش های م مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها را اجرا نمی نماید یا دارای برنامه فعال تولید ضد میکروبی نیست ، امتیازی تعلق نمی گیرد .
- ۹.۲.۲ C۲ بیمارستان در صورت لزوم به مدیریت بسته ای اقتضا می نماید.

### عناصر قابل اندازه گیری

- راهنماهای مدیریت بسته ای<sup>۲</sup>
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با مدیریت بسته ای
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت با اجرای مدیریت بسته ای

### فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی .

<sup>2</sup> Bundle Management

## فرآیند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> <li>• راهنماهای مدیریت بسته ای</li> <li>• گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با مدیریت بسته ای</li> <li>• گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت با اجرای مدیریت بسته ای</li> </ul>	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
<ul style="list-style-type: none"> <li>• کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان ، از مدیریت بسته ای تبعیت می کند، موجود است؟</li> </ul>	مصاحبه
<ul style="list-style-type: none"> <li>• موردی ندارد.</li> </ul>	مشاهده

## راهنمای امتیازدهی

- ❖ در صورتی که بیمارستان در صورت تناسب ، از مدیریت بسته ای تبعیت می کند ، امتیاز کامل تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ در صورتی که بیمارستان در صورت تناسب از مدیریت بسته ای تبعیت نمی نماید، امتیازی تعلق نمی گیرد.

۳.۲.۵. بیمارستان انجام تلفیق داروئی را هنگام پذیرش، انتقال و ترخیص بیماران تضمین می نماید .

## عناصر قابل اندازه گیری

- روش های اجرایی استاندارد انجام تلفیق داروئی در کل بیمارستان.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی استاندارد انجام تلفیق داروئی.
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی انجام تلفیق داروئی.
- فرآیند انجام تلفیق داروئی در هنگام پذیرش بیماران .
- فرآیند انجام تلفیق داروئی در هنگام انتقال و یا / ترخیص بیماران .

## فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی .

## فرآیند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> <li>• روش های اجرایی استاندارد انجام تلفیق داروئی در بیمارستان.</li> <li>• گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی انجام تلفیق داروئی.</li> <li>• گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی انجام تلفیق داروئی.</li> <li>• نمونه تصادفی از پرونده های پزشکی برای بررسی فرآیند انجام تلفیق داروئی در هنگام پذیرش بیماران .</li> <li>• نمونه تصادفی از پرونده های پزشکی برای بررسی فرآیند انجام تلف تلف تلفیق داروئی در هنگام انتقال و یا / ترخیص بیماران .</li> </ul>	<p>مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان ، انجام تلفیق داروئی را هنگام پذیرش، انتقال و ترخیص بیماران تضمین می نماید ، موجود است؟</li> </ul>	<p>مصاحبه</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• انجام تلفیق داروئی در هنگام پذیرش بیماران .</li> <li>• انجام تلفیق داروئی در هنگام انتقال و یا / ترخیص بیماران .</li> </ul>	<p>مشاهده</p>

## راهنمای امتیازدهی

- ❖ اگر بیمارستان تلفیق داروئی را هنگام پذیرش و ترخیص بیماران اجرا و پایش می نماید ، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ اگر بیمارستان تلفیق داروئی را هنگام پذیرش و ترخیص بیمار اجرا نمی نماید ؛ امتیازی تعلق نمی گیرد .

۵.۱.۲. C. بیمارستان الکترولیت های با غلظت بالا را در مکان ایمنی نگهداری می نماید.

## عناصر قابل اندازه گیری



- خط مشی و روش های اجرایی برای برداشتن الکترولیت های با غلظت بالا مشتمل بر کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم از بخش های بستری و انبارش آن در مکانی ایمن.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای برداشتن الکترولیت های با غلظت بالا و انبارش آن در مکانی ایمن.
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی برای برداشتن الکترولیت های با غلظت بالا و انبارش آن در مکانی ایمن.

### فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی .

### فرآیند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> <li>• خط مشی و روش های اجرایی برای برداشتن الکترولیت های با غلظت بالا از بخش های بستری و انبارش آن ها در مکانی ایمن.</li> <li>• گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی برای برداشتن الکترولیت های با غلظت بالا و انبارش آن در مکانی ایمن.</li> <li>• گزارشات اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی برای برداشتن الکترولیت های با غلظت بالا و انبارش آن در مکانی ایمن.</li> </ul>	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
<ul style="list-style-type: none"> <li>• کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان ، الکترولیت های با غلظت بالا مشتمل بر کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم از بخش های بستری برمی دارد و آن در مکانی ایمن انبارمی کند، موجود است؟</li> </ul>	مصاحبه
<ul style="list-style-type: none"> <li>• الکترولیت های با غلظت بالا مشتمل بر کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم در بخش های بستری موجود نمی باشند.</li> </ul>	مشاهده

### راهنمای امتیازدهی

- ❖ اگر بیمارستان ، الکترولیت های با غلظت بالا مشتمل بر کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم از بخش های بستری برمی دارد و آن در مکانی ایمن انبارمی کند ، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ اگر بیمارستان ، الکترولیت های با غلظت بالا مشتمل بر کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم را از بخش های بستری بر نداشته است ، امتیازی تعلق نمی گیرد .

۵.۲.۵. بیمارستان تعداد غلظت های مختلف داروها را محدود و استاندارد می نماید.

### عناصر قابل اندازه گیری

- فرآیند استاندارد و محدود سازی تعداد غلظت های مختلف داروها در کل بیمارستان.
- خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود نمودن تعداد غلظت های مختلف داروها.
- گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود سازی تعداد غلظت های مختلف داروها.
- فرآیند اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود سازی تعداد غلظت های مختلف داروها.

### فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی .

### فرآیند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> <li>• خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود سازی تعداد غلظت های مختلف داروها.</li> <li>• گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود سازی تعداد غلظت های مختلف داروها.</li> <li>• گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود سازی تعداد غلظت های مختلف داروها.</li> </ul>	<p>مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند</p>
<p>کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان ، تعداد غلظت های مختلف داروها را استاندارد و محدود می نماید ، موجود است؟</p>	<p>مصاحبه</p>

مشاهده	بررسی میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی استاندارد و محدود سازی تعداد غلظت های مختلف داروها.
--------	--

## راهنمای امتیازدهی

- ❖ اگر بیمارستان استفاده از غلظت های مختلف یک دارو را محدود و استاندارد می نماید، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ اگر بیمارستان استفاده از غلظت های مختلف داروها را محدود و استاندارد نمی نماید، امتیازی تعلق نمی گیرد.

**D.۱.۲.۲** طراحی ساختار بیمارستان باید به گونه ای ارتقاء یابد که بیشترین ایمنی محیط را از جمله در کنترل عفونت فراهم سازد .

## عناصر قابل اندازه گیری

- تبعیت از مقررات و ضوابط و استانداردهای ملی ساخت بیمارستانی.
- در صورت فقدان مقررات و ضوابط و استانداردهای ملی ساخت بیمارستانی.
- علایم هدایت کننده در تمام محیط / فضای بیمارستانی
- در کف بیمارستان مخاطره ای به لحاظ سقوط وجود ندارد. ( کف زمین خشک و دارای پوشش مقاوم به سقوط است).
- موازین پیشگیری و کنترل عفونت در کف زمین بیمارستان رعایت شده است(کف زمین تمیز، فاقد شکست و ترک خوردگی ).
- بر دیوارهای حمام هند ریل نصب می باشد.
- موازین پیشگیری و کنترل عفونت در سقف بیمارستانی رعایت شده است( سقف ها تمیز، فاقد شکست و ترک خوردگی است و در صورتی که از استفاده شده است، دارای پوشش کامل است).
- جهت رفع نیاز های بیماران ناتوان در تمام فضای بیمارستانی تسهیلات اختصاصی تمهید شده است .
- زنگ احضار پرستار سالم بوده و در تخت و در حمام و دستشویی ها در دسترس بیماران قرار دارد.
- صندلی های چرخدار و برانکارد ها تمیز بوده و در شرایط کارکردی مناسب و مطلوب می باشند.
- چراغ های روشنایی سالم و به میزان کافی موجودند.
- پریز های برق در بخش اطفال ایمن می باشند.

## فرآیند ارزشیابی

- مرور و بازبینی مستندات درج شده در لیست ذیل.
- تأیید داده ها با انجام مصاحبه .
- مطالعه کامل راهنمای امتیاز دهی .

### فرآیند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> <li>• خط مشی و روش های اجرایی سیستم اتوماتیک (خودکار) هشدار بالینی.</li> <li>• گزارشات آموزشی مبنی بر آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی فرآیند اندازه گیری سیستم اتوماتیک (خودکار) هشدار بالینی.</li> <li>• گزارشات مبنی بر اندازه گیری میزان تبعیت از خط مشی و روش های اجرایی سیستم اتوماتیک (خودکار) هشدار بالینی.</li> </ul>	مستنداتی که بایستی مرور و بررسی شوند
کارکنان ذیربط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان دارای سیستم اتوماتیک (خودکار) هشدار بالینی است، موجود است؟	مصاحبه
سیستم اتوماتیک (خودکار) هشدار بالینی .	مشاهده

### راهنمای امتیازدهی

- ❖ اگر بیمارستان دارای سیستم اتوماتیک (خودکار) هشدار بالینی اثربخش است، امتیاز کامل تعلق می گیرد .
- ❖ در صورتی که عناصر قابل اندازه گیری در بیمارستان به صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.
- ❖ اگر بیمارستان دارای سیستم اتوماتیک (خودکار) هشدار بالینی اثربخش نمی باشد، امتیازی تعلق نمی گیرد.