



دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

معاونت درمان

نام بیمارستان :

تاریخ ارزیابی:

ملاحظات	1	0/5	0	مستندات	استاندارد	زیر گروه	و ه
				<p>1- ایمنی بیمار در برنامه استراتژیک بیمارستان لحاظ شده و حائز اولویت می باشد.</p> <p>2- وجود برنامه عملیاتی تفضیلی جاری در ارتباط با استاندارد الزامی ایمنی بیمار در بیمارستان</p> <p>3- مشاهده و بازدید و مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحد های بیمارستانی</p>	<p>A.1.1.1- ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفضیلی در حال اجرا است</p>	<p>A.1 مدیریت ارشد به ایمنی بیمار ملتزم می باشد</p>	<p>حاکمیت هیبری (ناآورد)</p>
				<p>1- ابلاغ / حکم انتصاب کارشناس مسئول ایمنی بیمار با امضاء ریاست بیمارستان</p> <p>2- شرح وظایف کارشناس مسئول ایمنی بیمار با تایید ریاست بیمارستان</p> <p>3- مشاهده و بازدید و مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحد های بیمارستانی و با کارشناس مسئول ایمنی بیمار</p> <p>4- شرایط احراز کارشناس مسئول ایمنی بیمار</p>	<p>A.1.1.2- یکی از کارکنان بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است</p>		
				<p>1- خط مشی و روش های اجرایی بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار</p> <p>2- برنامه سالیانه بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار از بخش ها و واحد های بیمارستانی</p> <p>3- گزارش ها / صورتجلسات بازدید مدیریتی ایمنی بیمار مبنی بر اقدامات اصلاحی و بازخورد به کارکنان</p> <p>4- وجود مستندات مبنی بر تماس با کارکنان جهت ارائه بازخورد</p> <p>5- مشاهده و بازدید و مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحد های بیمارستانی</p>	<p>A.1.1.3- مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار ، شناسایی خطرات موجود در سیستم اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصت هابه طور منظم برنامه بازدیدهای ایمنی بیمار را به اجرا می گذارد.</p>		
				<p>1- ابلاغ / حکم کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مدیریت خطر با تایید ریاست بیمارستان</p> <p>2- شرح وظایف و مأموریت های کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مدیریت خطر با تایید ریاست بیمارستان</p> <p>3- مشاهده و بازدید و مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصاحبه با کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر</p>	<p>A.2.1.1 یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است.</p>	<p>A.2 بیمارستان برای ایمنی بیمار دارای برنامه می باشد</p>	

چك لیست ارزیابی استانداردهای الزامی دوستدار ایمنی

			4- شرایط احراز کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر		
			1- خط مشی و روش های اجرایی معین جهت بررسی موارد مرگ و میر و معلولین ها 2- صور تجلسات یکساله اخیر کمیته مرگ و میر و معلولیت ها که به صورت ماهانه و مرتب برگزار شده باشد. 3- بررسی تمام موارد مرگ و میر و معلولیت های کودکان زیر 5 سال و مادران باردار و تمام موارد دیگر 4- مصاحبه با کارکنان بخش ها و واحد های بیمارستانی	A.2.1.2- بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را به صورت مرتب برگزار می نماید.	
			1- وجود لیست تجهیزات ضروری سالم موجود جهت ارائه خدمات ضروری با تایید مسئولین فنی به تفکیک بخش ها 2- فهرست تجهیزات سالم و وسایل جایگزین پیش بینی شده (BACK UP) 3- خط مشی و روش اجرا ( اقدامات لازم در خصوص سلامت کارکرد دستگاه و نحوه تامین دستگاه های ضروری در زمان خرابی آنها)	A.4.1.1- بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید.	A.4 بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب می باشد
			1- خط مشی و روش های اجرایی برای ضد عفونی و استریلیزاسیون کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد 2- مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصاحبه با کارکنان	A.4.1.2 - بیمارستان ضد عفونی مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید	
			1- خط مشی و روش های اجرایی برای استریلیزاسیون فوری 2- فهرست تجهیزات و وسایل ضروری برای استریلیزاسیون فوری 3- مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصاحبه با کارکنان	A.4.1.3 - بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی به منظور ضد عفونی و استریلیزاسیون فوری می باشد.	
			1- پرونده کارگزینی پزشکان واجد پروانه پزشکی و تاییدیه دانشگاه 2- پرونده کارگزینی کلیه کارکنان حرف بهداشتی درمانی واجد گواهی نامه های تحصیلی ذریبط و تاییدیه دانشگاه	A.5.1.1 - جهت ارائه خدمات و مراقبتهای کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته ذی صلاح به ورت ثابت و موقت استخدام و به کار گمارده می شوند.	A.5 بیمارستان در تمامی شیفتها دارای کارکنان فنی و با مهارت است.
			1- لیست اقدامات درمانی و تشخیصی تهاجمی در بیمارستان 2- وجود مستندات آموزش و اطلاع رسانی به کلیه پزشکان معالج بیماران در ارتباط با این فرایند 3- بررسی و بازبینی برگه رضایت بیمار در پرونده های پزشکی بیماران بستری 4- مصاحبه با بیماران به صورت تصادفی	B.2.1.1 پزشک قبل از انجام هر گونه اقدامات درمانی و تشخیصی تهاجمی ، کلیه خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور پرستار بیمار برگه رضایت نامه را امضاء می نماید.	B.2 بیمارستان با ارتقا سطح آگاهی بیماران و همراهانشان به ایشان قدرت تصمیم گیری در درمان خود را می دهد
			1- خط مشی شناسایی هویت بیمار 2- دستورالعمل شناسایی بیماران فاقد دستبند شناسایی و یا با اسامی مشابه	B.3.1.1 قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی ، و به ویژه گروه های در معرض خطر من جمله	B.3 بیمارستان شناسایی صحیح هویت بیمار و تایید آن را در

جلب  
ارکت و  
مل با  
ار و  
عه  
  
(ندارد)

			<p>3- مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی</p> <p>4- مصاحبه با کارکنان در مورد خط مشی و روش اجرایی شناسایی صحیح بیماران</p> <p>5- مصاحبه با بیماران در مورد خط مشی و روش اجرایی بیمارستان و علت وجود دستبند شناسایی</p>	<p>نوزادان ، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و یا سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد (هیچ گاه شماره اتاق و تخت بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد).</p>	<p>تمامی مراحل درمان تضمین می نماید</p>
			<p>1- وجود خط مشی و روش های اجرایی به منظور اعلام اضطراری نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی در آزمایشگاه و سایر واحد ها</p> <p>2- مشاهده و مصاحبه با پزشکان و کارکنان بخش و آزمایشگاه در مورد روش استاندارد اعلام اضطراری نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی</p>	<p>C.1.1.1: بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایش ها ، کاتال های ارتباطی همواره آزاد پیش بینی کرده است.</p>	<p>C.1 بیمارستان دارای سیستم بالینی اثر بخش می باشد که ایمنی بیمار را تضمین می نماید</p>
			<p>1- وجود خط مشی و روش ها به منظور اطمینان از اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیماران</p> <p>2- دفتر ثبت موارد گزارش شده ( حداقل به مدت شش ماه مداوم) و تطابق آن با بیماران</p>	<p>C.1.1.2: بیمارستان دارای روال های مطمئن برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص</p>	
			<p>1- وجود کمیته پیشگیری و کنترل عفونت در ساختار سازمانی مصوب بیمارستان</p> <p>2- شرح وظایف و مأموریت های کمیته پیشگیری و کنترل عفونت</p> <p>3- صورتجلسات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت</p> <p>4- برنامه عملیاتی پیشگیری و کنترل عفونت</p> <p>5- خط مشی و روش اجرایی پیش گیری و کنترل عفونت</p> <p>6- وجود نظام مراقبت عفونت بیمارستانی و گزارش دهی نرخ عفونت بیمارستانی</p> <p>7- وجود خط مشی و روش های اجرایی رعایت بهداشت دست</p> <p>8- مشاهده بخش ها و واحد های بیمارستانی و وجود یادآورهای بهداشت دست</p>	<p>C.2.1.1: بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی ، برنامه عملیاتی ، راهنما و کتابچه راهنما می باشد .</p>	<p>C.2 بیمارستان دارای سیستمی به منظور کاهش خطر ابتلا به عفونت های مکتسبه از خدمات سلامت است</p>
			<p>1- خط مشی و روش های اجرایی ضد عفونی و استریلیزاسیون تجهیزات با تاکید خاص بر بخش ها و واحدهای پرخطر</p> <p>2- مشاهده و بررسی روش اجرا منطبق با راهنماها</p>	<p>C.2.1.2: - بیمارستان تمیزی ، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تاکید خاص بر واحدها پرخطر تضمین می نماید.</p>	
			<p>1- راهنمای تزریق ایمن خون و فرآورده های خونی طبق استانداردهای سازمان انتقال خون</p> <p>2- خط مشی و روش های اجرایی قبل از ترانسفوزیون خون طبق استانداردها</p> <p>3- در مشاهده روش اجرا منطبق با راهنماها باشد.</p>	<p>C.3.1.1 - بیمارستان راهنمای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجرا می نماید.</p>	<p>C.3 بیمارستان ایمنی خون و فرآورده های خونی را تضمین مینماید</p>

استاندارد  
نی ایمن و  
نی بر  
اهد  
ناندرد)

چك لیست ارزیابی استانداردهای الزامی دوستدار ایمنی

			<p>1- وجود داروها بر اساس لیست داروهای حیاتی مورد تایید پزشکان به تفکیک هر بخش</p> <p>2- وجود داروها بر اساس لیست کلی داروهای حیاتی بیمارستان در داروخانه بیمارستان</p> <p>3- سوابق دارویی، دستورات پزشکان و غیره</p> <p>4- خط مشی و روش های دارویی ایمن</p>	<p>C.5.1.1 - بیمارستان دسترسی به داروهای حیاتی را در تمامی ساعات تضمین می نماید</p>	<p>C.5 سیستم دارویی بیمارستان ایمن می باشد</p>	
			<p>1- خط مشی و روش اجرایی مدیریت دفع پسماندها</p> <p>2- راهنمای مدیریت دفع پسماندهای بهداشتی - درمانی</p> <p>3- در مشاهده و روش اجرا منطبق با راهنماها باشد.</p>	<p>D.2.1.1 - پسماندها از مبدا تفکیک و کدبندی رنگی می نماید</p>	<p>D.2 بیمارستان دارای سیستم ایمن مدیریت دفع پسماند می باشد</p>	<p>استاندارد محیط ن (ن ندارد)</p>
			<p>1- راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده</p> <p>2- وجود ظروف ایمن در بخش های بیمارستانی ( فاقد سرسوزن دارای درپوش)</p> <p>3- در مشاهده روش اجرا منطبق با راهنماها باشد.</p>	<p>D.2.1.2 - بیمارستان از راهنما های سازمان جهانی بهداشت جهت مدیریت دفع پسماند های نوک تیز و برنده تبعیت می نماید.</p>		

نام و امضاء ارزیابی کننده:

نام و امضا تایید کننده: