

شماره سنجه	عنوان سنجه	توضیحات
الف-۱-۶-۲	تیم رهبری و مدیریت با همراهی مسئولان مرتبط با ایمنی، بازدیدهای مدون ایمنی را مطابق ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام میدهند	وجود سوابق تصمیم گیری اثربخش در کمیته مرتبط در زمینه نتایج بازدیدهای ایمنی وجود صورتجلسات کمیته های مرتبط در مواردی که طبق صورتجلسه بازدید /نظر مسئول فنی /ایمنی نیاز به طرح و بررسی در کمیته داشته باشد
الف-۱-۷-۱	تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده ترویج فرهنگ بیمار محوری در بیمارستان است.	توصیه میشود کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، پیاده سازی و ارزیابی این استاندارد را برنامه ریزی نمایند.
الف-۱-۷-۲	تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای در بیمارستان است	*مشارکت فعال و برنامه ریزی توسط کمیته اخلاق بالینی برای ارتقای اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای *توصیه میشود کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، پیاده سازی و ارزیابی این استاندارد را برنامه ریزی نمایند.
الف-۱-۷-۳	نظارت مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای برنامه ریزی و انجام میشود	*تدوین و اندازه گیری شاخصهای مرتبط با رعایت حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای با هدایت تیم رهبری و مدیریت و نظارت کمیته اخلاق بالینی * تحلیل نتایج اندازه گیری شاخصها و اصلاح موارد عدم انطباق مرتبط با حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای در کمیته اخلاق بالینی * انجام اقدامات اصلاحی /برنامه بهبود بر اساس نتایج بررسی روند رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای توصیه میشود کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، پیاده سازی و ارزیابی این استاندارد را برنامه ریزی نمایند.
الف-۱-۷-۵	اولویت بخشی به حقوق بیمار در تمام سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.	کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، پیاده سازی این استاندارد را برنامه ریزی نماید
الف-۱-۷-۶	رعایت اصول رفتار حرفه ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است	کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، پیاده سازی این استاندارد را برنامه ریزی نمایند
الف-۱-۸-۱ -	استفاده بهینه از ظرفیت تختهای بستری عادی، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و بر اساس آن عمل میشود.	در جلسات کمیته های مرتبط راهکارهای استفاده بهینه از تختهای بستری عادی بررسی و برنامه ریزیهای لازم صورت پذیرد .تعیین دامنه و شاخصهای بهینگی و همچنین تحلیل نتایج مربوط به اندازه گیری این شاخصها ، میتواند در کمیته اقتصاد درمان بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت بررسی شود
الف-۱-۸-۴	استفاده بهینه از ظرفیتهای اتاق عمل، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و بر اساس آن عمل میشود	تحلیل نتایج مربوط به اندازه گیری این شاخصها، می تواند در کمیته اقتصاد درمان بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت بررسی شود
الف-۱-۹-۶	تامین کالا / ملزومات و تجهیزات با رعایت اصول هزینه اثربخشی، کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و انجام میشود	ارزیابی صرفه و صلاح برای خرید کالاها/ملزومات و تجهیزات در کمیته های مرتبط (خرید ، اقتصاد درمان)

شماره سنجه	عنوان سنجه	توضیحات
الف-۱-۱-۵	بیمارستان در راستای اجرای استانداردهای بیمارستان سبز و ارتقا سلامت در حیطه محیط زیست، برنامه داشته و بر اساس آن عمل مینماید	تشکیل تیم بازرسی و کمیته مدیریت سبز در بیمارستان و ایجاد سیستم مدیریت خطر در بیمارستان
الف-۱-۲-۲-	بیمارستان در پیاده سازی برنامه ملی ترویج زایمان طبیعی پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد	محاسبه ماهیانه شاخص سزارین و سزارین بار اول و بررسی نتایج در کمیته ترویج زایمان طبیعی و انجام اصلاحات / اقدامات اصلاحی برای کاهش میزان سزارین
الف-۱-۲-۶	بیمارستان در اجرای برنامه ملی درمان سکتة های حاد قلبی و مغزی پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد	بیمارستان گزارش موارد مرگ و عوارض ناشی از سکتة های قلبی و مغزی در کمیته مرگ و میر بررسی شده، مشکل را ریشه یابی نموده و اقدامات اصلاحی متناسب بامشکلات شناسایی، تعیین و انجام دهد و اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده، سنجیده شود.
الف-۱-۲-۱	ارزیابی سالیانه و اولویت بندی عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی بیمارستان انجام شده است.	شناسایی عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی بیمارستان در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
الف-۱-۲-۲ -	ارزیابی سالیانه ایمنی بیمارستان در حوادث و بلایا در سه حیطه ایمنی عملکردی، سازه ای و غیر سازه ای انجام شده است.	تیم ارزیابی ایمنی بیمارستان که حداقل شامل مسئول فنی / ایمنی، مسئولان ساختمان، تأسیسات، تجهیزات، بهداشت محیط و حرفه ای، دبیر کمیته و سایر اعضا منتخب کمیته توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا میباشند
الف-۱-۲-۳	بر اساس ارزیابی خطر و ایمنی بیمارستان و اولویتهای مشخص شده، اقدامات پیشگیرانه برنامه ریزی و اجرا شده است.	طرح و بررسی نتایج ارزیابی عوامل خطر آفرین در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا طرح و بررسی نتایج ارزیابی ایمنی بیمارستان در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا (بر اساس ارزیابی خطر و ایمنی بیمارستان و اولویتهای مشخص شده، اقدامات پیشگیرانه برنامه ریزی و اجرا می شود. این نتایج در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا مطرح می شوند و برای آن برنامه ریزی انجام میشود
الف-۲-۲-۶	حوادث در بیمارستان گزارش، بررسی، تحلیل شده و اقدامات اصلاحی /برنامه بهبود مؤثر طراحی و اجرا میشود.	برای پیشگیری از بروز حوادث مشابه در بیمارستان، بایستی حوادث گزارش شده در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تحلیل ریشه ای شده و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه /برنامه بهبود تدوین و اجرا شود
الف-۲-۲-۸	بیمارستان در خصوص پدافند غیر عامل اقدامات امنیتی را برنامه ریزی و اجرا مینماید	برنامه ریزی و تامین ایمنی محل ذخیره آب، مواد غذایی، دارو و تجهیزات، سوخت با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
الف-۲-۴-۱	برنامه های آمادگی و پاسخ به حوادث و بلایا با شرایط ازدحام مصدومین، برنامه ریزی و اجرا میشوند	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا فهرست منابع خبری معتبر همراه با شماره تماس با آنها را تدوین نموده و در اختیار دفتر پرستاری و دفتر مدیریت بوده و نسخه ای از آن در اتاق فرماندهی حادثه قرار میگیرد. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا فهرست موارد قابل گزارش به سوپروایزر و ستاد هدایت دانشگاه براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت را تدوین نموده و به تمام بخشها /واحدها ابلاغ مینماید کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان را براساس نمودار پیشنهادی فرماندهی حوادث بیمارستانی را تدوین مینماید.

شماره سنجه	عنوان سنجه	توضیحات
الف- ۲- ۴- ۴	آموزش و تمرینهای شبیه سازی شده حوادث و بلایا با تدوین سناریو، برنامه ریزی و انجام میشود	تمرین دورمیزی حداقل دو بار در سال براساس نتایج ارزیابی خطر و سناریو محتمل بلایا برای اعضا کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا *دبیر کمیته موظف به ارائه گزارش از روند برگزاری تمرین و نقاط قوت و ضعف اجرای آن در کمیته است
الف- ۲- ۴- ۶	نحوه تخلیه بیمارستان در زمان حادثه، برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود	دستورالعمل "تخلیه بیمارستان در زمان حادثه" بایستی با مشارکت مسئول ایمنی،مسئول ساختمان و تأسیسات و سایر مسئولان واحدها/ بخشها با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شود
الف- ۲- ۵- ۱	تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان، برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود	لازم است فهرستی از خدمات ضروری و بخشها/واحدهای حیاتی بیمارستان در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا ، مسئولان واحدها / بخش ها شناسایی شود و از دسترسی به اقلام ضروری و حیاتی مورد نیاز برای تداوم خدمات در این بخشها در هر شرایط و موقعیتی اطمینان حاصل شود *تدوین خط مشی و روش " تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران " با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مدیران و مسئولان تمامی بخشها /واحدها توصیه میشود
الف- ۲- ۵- ۲	تحلیل عملکرد بیمارستان پس از انجام تمرینها و یا بروز حوادث داخلی و خارجی انجام شده و اقدامات اصلاحی مؤثر انجام میشود	شناسایی نقاط قوت و ضعف و اثربخشی آموزشها و برنامه ریزیها در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا یکی از مهمترین اقدامات پس از برنامه پاسخ به حوادث و بلایا، ارزیابی عملکرد بیمارستان با هدف مشخص کردن درس آموخته هایی برای تصحیح فعالیتها است و به عنوان یکی از مهمترین وظایف کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بیمارستان است *نتایج مصاحبه ها/ فرمها جمع آوری شده و برای بهبود و به روزرسانی برنامه ها به کمیته ارائه شود
الف- ۲- ۵- ۳	برنامه بازیابی و برگشت به حالت عادی پس از حادثه تدوین شده و بر اساس آن عمل میشود	پس از اتمام عملیات و توقف برنامه، اعضای سامانه فرماندهی حادثه ظرف ۷۲ ساعت، گزارش کاملی از عملیات و فعالیتهای صورت گرفته، مشکلات و پیشنهادات خود را به کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا ارائه نمایند
الف- ۳- ۳- ۱	کنترلهای انضباطی بر اساس ارزیابی مستمر کارکنان برنامه ریزی شده و با رعایت قوانین و مقررات مرتبط اجرا میشوند	طرح اولیه تخلفات کارکنان بالینی در کمیته اخلاق بالینی با حضور تیم رهبری و مدیریت و اخذ تصمیم در زمینه برخوردهای انضباطی با متخلفین احتمالی

شماره سنجه	عنوان سنجه	توضیحات
الف- ۳- ۴- ۱	اصل محرمانه بودن و امنیت اطلاعات کارکنان و سطح بندی دسترسی به این اطلاعات رعایت میشود	به منظور حفظ محرمانگی، محل نگهداری مستندات مربوط به موارد سوء رفتار حرفه ای کارکنان توسط کمیته اخلاق بیمارستانی تعیین گردد
الف- ۳- ۴- ۳	عملکرد و تصمیمات تیم مدیریت و رهبری نشان دهنده ارزش گذاری، توسعه و حمایت از کارکنان است	مصوبات کمیته های متنوع بیمارستانی و تصمیمات تیم رهبری و مدیریت بیان کننده جایگاه کارکنان به عنوان ارزشمند ترین سرمایه در بیمارستان است
الف- ۳- ۵- ۱	وسایل حفاظت فردی و راهنماهای تصویری متناسب با فعالیت بخشها/ واحدهای مختلف در دسترس بوده و به نحوه صحیح استفاده میشوند.	تدوین فهرست وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخشها/واحدها و تعداد مورد نیاز براساس نوع بیماران بستری و دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت، با مشارکت تیم کنترل عفونت و مسئولان بخشها/ واحدها و آن در جلسه مشترک کمیته کنترل عفونت و حفاظت فنی و بهداشت کار توصیه میشود
الف- ۳- ۵- ۲	عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار شناسایی و مدیریت میشوند	ارائه گزارش نواقص در زمینه عوامل شیمیایی موجود بر اساس بازدیدهای انجام شده و ارزیابیهای کمی در بخشها به کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار
الف- ۳- ۵- ۲	عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار شناسایی و مدیریت میشوند	ارائه گزارش نواقص در زمینه عوامل شیمیایی موجود بر اساس بازدیدهای انجام شده و ارزیابیهای کمی در بخشها به کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار
الف- ۳- ۵- ۳	عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار شناسایی و مدیریت میشوند.	ارائه گزارش نواقص در زمینه عوامل فیزیکی موجود بر اساس بازدیدهای انجام شده و ارزیابیهای کمی در بخشها به کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار
الف- ۳- ۵- ۴	عوامل زیان آور بیولوژیکی محیط کار شناسایی و مدیریت میشوند.	گزارش ارزیابیها، اقدامات اصلاحی و اثربخشی آنها در زمینه کنترل عوامل بیولوژیک به جلسه مشترک کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار و کنترل عفونت
الف- ۳- ۵- ۵	عوامل زیان آور ارگونومیک محیط کار شناسایی و مدیریت میشوند.	※ارائه گزارش نواقص در زمینه عوامل ارگونومیک موجود بر اساس بازدیدهای انجام شده و ارزیابیهای کمی در بخشها به کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار ※گزارش نتایج ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه عوامل ارگونومیک محیط کار به کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار
الف- ۳- ۶- ۳	پیشگیری از وقوع حوادث و شبه حوادث شغلی برنامه ریزی و بر اساس آن اقدام میشود.	مطرح شدن حوادث بر حسب نوع حادثه در کمیته های حفاظت فنی، مدیریت خطر حوادث و بلایا و انجام اقدامات اصلاحی/تدوین و اجرای برنامه بهبود

شماره سنجه	عنوان سنجه	توضیحات
الف-۳-۴	مدیریت پرستاری بر نحوه تکمیل پرونده های پزشکی در حین بستری نظارت مینماید و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آورد	نظارت و گزارش موارد عدم انطباق در نحوه تکمیل پرونده های پزشکی توسط پزشکان و سایر گروههای بالینی در کمیته فن آوری و مدیریت اطلاعات * مدیر پرستاری با نظارت بر روند بکارگیری روش ثبت صحیح اقدامات و مراقبتهای پرستاری در بازه زمانی مشخص عملکرد کارکنان پرستاری را پایش نموده، با مشارکت سرپرستاران نتایج پایش را تحلیل، در صورت نیاز برنامه اصلاحی را تدوین و بر روند اجرای مداخلات اصلاحی کنترل و نظارت مینماید. در خصوص سایر گروه های بالینی نتایج ارزیابی به کمیته فنآوری و مدیریت اطلاعات سلامت گزارش نموده و طراحی و انجام اقدامات اصلاحی /برنامه بهبود در کمیته مزبور برنریزی میشود.
الف- ۵ - ۵	پرونده های پزشکی حین فرآیند ترخیص و در بخشهای بالینی از نظر کمی بازبینی شده و اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل میآید.	تدوین چک لیست ممیزی پرونده های پزشکی در کمیته فنآوری و مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان
الف- ۵ - ۶	بازبینی کمی و کیفی تعداد معینی از پرونده های پزشکی، پس از ترخیص انجام شده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل میآید.	پایش مستمر و بازخورد موارد نقص پرونده به افراد و گروه های سهمیم در ثبت اطلاعات در پرونده صورت گرفته و مداخلات مناسب جهت کاهش نواقص پرونده های پزشکی در قالب کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان طراحی و اجرا می گردد. نتایج بررسی کیفی پرونده های پزشکی به افراد و گروههای بالینی سهمیم در ثبت پرونده بازخورد داده شده و مداخلات مورد نیاز به منظور ارتقای کیفی مستند سازی پرونده پزشکی در قالب کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان طراحی و اجرا می گردد.
الف- ۵ - ۷	فرآیندی معین برای کنترل و صیانت از پروندههای بالینی در نقل و انتقال بین بخشها / واحدها برنامه ریزی و بر اساس آن اقدام میشود	گزارش پرونده های مقفودی به مدیریت اعلام شده و در کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان تعیین تکلیف شده و اقدامات اصلاحی /برنامه بهبود تدوین و اجرا شود.
الف-۶-۱	نظافت، شستشو و گندزدایی در تمام بخشها / واحدها با رعایت اصول و شرایط بهداشت محیط برنامه ریزی و انجام میشود.	دستورالعمل نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی محیط های اتاقهای عمل، بخشهای ایزوله عفونی، بستری بیماران نقص ایمنی و پیوند، بخشهای ویژه بزرگسالان و نوزادان، آزمایشگاه، آمبولانس، سردخانه متوفیان، بخشهای بستری، تحت نظر و واحدهای پشتیبانی توسط کمیته بهداشت محیط و با همکاری کمیته کنترل عفونت و تمامی صاحبان فرآیند از جمله سرپرستار اتاق عمل، کارشناس بهداشت محیط و کارشناس کنترل عفونت و سایر افراد به تشخیص بیمارستان تدوین میشود. اطلاع رسانی و آموزش کارکنان خدماتی با توجه به سطح سواد آنها لازم است برچسب گذاری محلولهای گندزدایی مصرفی در قالب مصوبات کمیته مربوطه، برچسب گذاری محلول های گندزدایی براساس دستورالعمل نحوه طبقه بندی و برچسب گذاری مواد شیمیایی انجام میگردد

شماره سنجه	عنوان سنجه	توضیحات
الف-۶-۱	در تمام بخشها و واحدهای بیمارستان سامانه های تهویه مطابق ضوابط مربوط و با رعایت اصول بهداشتی به کار گرفته میشوند.	تمامی اجزا واحدهای تامین هوا برای بازرسی روزانه به آسانی قابل دسترس باشند. بر اساس راهنمای تهویه در بیمارستان، ابلاغی وزارت بهداشت ارزیابی های تهویه بخشها/ واحدها انجام شود و گزارش آن به کمیته مرتبط ارائه شده و در صورت لزوم اقدام اصلاحی /برنامه بهبود تدوین و اجرا شود و مسئول بهداشت محیط بیمارستان بر اجرای آن نظارت نماید.
الف-۶-۷	وضعیت بهداشت محیط بیمارستان به صورت دوره ای ارزیابی شده و اقدامات اصلاحی /برنامه بهبود مؤثر تدوین و بر اساس آن عمل میشود.	وضعیت بهداشت محیط بخشها /واحدهای بیمارستان به صورت مدون و منظم و در فواصل زمانی تعیین شده بر حسب نوع فعالیت در بخشها/ واحدهای مختلف بیمارستان با استفاده از چک لیستهای مرتبط ارزیابی شود. ارزیابی با تجهیزات پرتابل مورد نیاز صورت گرفته و نتایج ترجیحا به صورت الکترونیک مستند شود. نتایج ارزیابی ها در کمیته مرتبط گزارش و در صورت نیاز اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا شود.
الف-۶-۴-۱۲	عملکرد دستگاههای بی خطر ساز پسماندها از نظر مکانیکی، میکروبی و شیمیایی طبق عوابع مربوط کنترل و ارزیابی میشود.	بازدید روزانه از عملکرد و پایش دستگاه بی خطر ساز انجام شود و نتایج ارزیابیها در کمیته مرتبط مطرح و در صورت لزوم اقدام اصلاحی به عمل آید.
الف-۷-۲	خرید و ارتقای تجهیزات پزشکی سرمایه ای مبتنی بر صرفه و صلاح و رعایت الزامات قانونی و ملاحظات فنی انجام میشود.	*تبیین مفاهیم صرفه و صلاح به صورت بومی برای هر مورد خرید تجهیزات پزشکی سرمایه ای و یا انتخاب نوع / مدل آن در کمیته درمان دارو و تجهیزات * خرید تجهیزات پزشکی سرمایه ای و ملزومات مصرفی در کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی با حضور مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان مطرح و بررسی کارشناسی فنی با در نظر گرفتن صرفه و صلاح درخصوص خرید صورت پذیرد
الف-۷-۲-۳	تجهیزات ضروری هر یک از بخشها / واحدها تامین شده و در صورت نیاز تجهیزات پشتیبان آماده بکار جایگزین میشوند.	تعیین و تصویب واحدها /بخشهای پشتیبان تجهیزات ضروری هر بخش در کمیته درمان دارو و تجهیزات
الف-۷-۳-۵	سرویس های دوره ای تجهیزات حیاتی و سرمایه ای توسط شرکتهای مجاز در قالب قرارداد، برنامه ریزی و در تاریخ مقرر انجام میشوند.	تعیین فهرست تجهیزات حیاتی و سرمایه ای مشمول سرویسهای دوره ای در کمیته درمان دارو و تجهیزات
الف-۷-۳-۶	کنترل کیفی دوره ای تجهیزات پزشکی مطابق ضوابط مربوط برنامه ریزی و اجرا میشود.	تعیین فهرست تجهیزات حیاتی و سرمایه ای کالیبراسیون در کمیته درمان دارو و تجهیزات

شماره سنجه	عنوان سنجه	توضیحات
ب- ۱- ۱- ۱	قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی/درمانی، شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه و توجه نمودن به رنگ دستبند به صورت فعال انجام میشود.	در مواردی لازم است بیمار /همراهان از ریسک مربوطه به صورت مستقیم یا غیرمستقیم آگاه و در قبال آن آموزش دیده باشد ولی این عنوان نباید مخل حریم خصوصی یا موجب تشویش برای بیمار باشد. برای نمونه میتوان به "خودکشی" اشاره نمود. در این موارد میتوان از کد شناخته شده (تنها برای کارکنان) مصوب در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان استفاده کرد.
ب- ۱- ۴- ۱ -	عملکرد کارکنان بالینی پس از دریافت نتایج بحرانی بررسیهای پاراکلینیک منطبق بر موازین ایمنی بیمار است .	لیست مقادیر بحرانی پاراکلینیک با اجماع نظر متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین و توسط مسئول فنی آزمایشگاه در کمیته درمان دارو و تجهیزات پیشنهاد شده، پس از تصویب به کلیه بخشهای بالینی، آزمایشگاه و آسیب شناسی بافت و تصویربرداری ابلاغ میگردد.
ب- ۱- ۴- ۳	بیماران پرخطر شناسایی شده و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه میشود.	بیمار از ریسک مربوطه به صورت مستقیم یا غیرمستقیم آگاه و در قبال آن آموزش دیده باشد ولی این عنوان نباید مخل حریم خصوصی یا تشویش برای بیمار باشد . برای نمونه میتوان به " خودکشی " اشاره نمود. در این موارد میتوان از کد شناخته شده (تنها برای کارکنان) مصوب در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان استفاده کرد.
ب- ۱- ۶- ۲	داروهای با هشدار بالا با تمهیدات ویژه و ایمن در بخشها نگهداری، تجویز و مصرف میشوند.	تعیین نحوه برچسب گذاری بر روی ویال یا باکس یا قفسه برای انواع داروهای با هشدار بالا در کمیته درمان دارو بر اساس شواهد معتبر
ب- ۱- ۱۲- ۴	نتایج معوقه بررسیهای پاراکلینیک، پس از تریخیص به بیمار اطلاع رسانی میشود.	تصویب دستورالعمل نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک در کمیته درمان دارو و تجهیزات
ب- ۲- ۳- ۲	داروخانه، تصویربرداری، آزمایشگاه و بانک خون برای ارائه خدمات اورژانس با دسترسی ایمن و آسان در تمام ساعات شبانه روز فعالیت مینمایند.	کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان بایستی در خصوص شناسایی خدمات اورژانس و نحوه ارائه و نیز زمان بندی خدمات آزمایشگاه تصویر برداری، داروخانه و سایر خدمات پاراکلینیک برنامه ریزی نموده و مصوبات این کمیته با اخذ مشورت از صاحبان فرایند لازم الاجرا باشد.
ب- ۲- ۴- ۲	بیماران اورژانس حداکثر ظرف شش ساعت تعیین تکلیف میشوند.	کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان نقش فعال و موثر در بهبود شاخص تعیین تکلیف بیماران کمتر از شش ساعت در اورژانس را ایفا نماید.
ب- ۲- ۴- ۵	عملکرد اورژانس در حوزه های بالینی و غیر بالینی بطور مستمر ارزیابی، روند ارائه خدمات از نظر مؤثر و به موقع بودن بازنگری و ارتقا مییابد.	ارزیابی مستمر عملکرد اورژانس در حوزه های بالینی و غیر بالینی بر اساس روشهای مدون با محوریت کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان

شماره سنجه	عنوان سنجه	توضیحات
ب- ۲- ۵- ۱	ترالی اورژانس مطابق ضوابط مربوط در دسترس و تحت مدیریت است	* چیدمان ترالی اورژانس در تمامی بخشها/ واحدها بر اساس مصوب کمیته درمان و دارو تجهیزات و منطبق بر آخرین نسخه ابلاغی وزارت متبوع * تعداد و مکان استقرار ترالی احیا در بیمارستان بر اساس مصوب کمیته درمان و دارو تجهیزات و منطبق بر آخرین نسخه ابلاغی وزارت متبوع است.
ب- ۴- ۲- ۳	مدیریت درد مادران باردار بر اساس ضوابط مربوط انجام میشود	راهنمای کشوری زایمان بیدرد روشهای دارویی بیدردی ابلاغی اداره سلامت مادران و کمیته کشوری سلامت مادران
ب- ۴- ۲- ۴	اثربخشی مراقبتهای مادر و نوزاد با استفاده از ابزار بررسی کیفیت خدمات بخش زایمان ارزیابی و اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل میآید	بنا به تصمیم کمیته زایمان ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر ، در فواصل زمانی مشخص مسئول بلوک زایمان، پایش با استفاده از ابزار را انجام و نتیجه را در کمیته های مربوطه ارائه نموده و اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود برنامه ریزی و اجرا شود
ب- ۴- ۴- ۳	پس از ترخیص میزان رعایت برنامه های خود مراقبتی مادر و نوزاد و مراجعه بعدی توسط بیمارستان پیگیری میشود	پیگیری وضعیت نوزاد پس از ترخیص از مادر او در بازه های زمانی تعیین شده از سوی کمیته زایمان ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر
ب- ۵- ۴- ۲ *	میزان رعایت و پذیرش بهداشت دست با روشهای استاندارد اندازه گیری شده و بر اساس نتایج، اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل میآید	ارائه گزارش نتایج ممیزی بهداشت دست در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

شماره سنجه	عنوان سنجه	توضیحات
ب- ۵ - ۵ - ۱	بیماریابی مستمر و گزارش ماهیانه عفونت های بیمارستانی از طریق "سامانه مراقبت عفونت های بیمارستانی" مطابق ضوابط مربوط انجام میشود	*برگزاری کمیته کنترل عفونت به صورت ماهیانه و در زمان وقوع طغیان عفونتهای بیمارستانی و اپیدمی بیماریهای واگیر به صورت فوری
ب- ۵ - ۵ - ۲ *	روشهای پیشگیری و کنترل عفونتهای شایع بیمارستانی برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود	* کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بایستی بر رعایت دستورالعملها و روشهای اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان و سایر الزامات ابلاغی وزارت بهداشت، نظارت نموده و در صورت لزوم اقدام اصلاحی /برنامه بهبود تدوین و اجرای آن را پایش مینماید
ب- ۵ - ۵ - ۳	بیماریابی در موارد عفونتهای بیمارستانی برنامه ریزی و اجرا شده و نتایج آن نشان دهنده اجرای مطلوب فرآیند بیماریابی است	براساس بخشنامه مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، نمونه برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاه ها نبایستی به صورت روتین انجام شود و تنها بر اساس تشخیص کمیته کنترل عفونت بیمارستان در موارد خاص (در مواقع بروز طغیان عفونت بیمارستانی، نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک) برنامه ریزی و انجام می شود
ب- ۵ - ۵ - ۴	نحوه مراقبت و کنترل طغیان عفونتهای بیمارستانی برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود.	*طرح موارد طغیان از طرف تیم کنترل عفونت در کمیته کنترل عفونت و تدوین برنامه مداخله ای اصلاحی بر اساس مصوبات کمیته *براساس بخشنامه مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، نمونه برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاهها نبایستی به صورت روتین انجام شود و تنها بر اساس تشخیص کمیته کنترل عفونت بیمارستان در موارد خاص (در مواقع بروز طغیان عفونت بیمارستانی، نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک) برنامه ریزی و انجام می شود
ب- ۵ - ۵ - ۵ *	اثربخشی برنامه های پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی ارزیابی میشود و نتایج آن مؤید کاهش بروز عفونت بیمارستانی است.	شاخصهای عملکردی پیشگیری و کنترل عفونت توسط کمیته با مشارکت اعضا کمیته و توجه به کتاب نظام کنترل عفونتهای بیمارستانی تعیین و تدوین میشود
ب- ۵ - ۶ - ۱ *	تجویز و مصرف آنتی بیوتیکها با توجه به الگوی مقاومت میکروبی و اعمال محدودیت در موارد خاص برنامه ریزی و اجرا میشود	تجویز و مصرف آنتی بیوتیکها با توجه به الگوی مقاومت میکروبی و اعمال محدودیت در موارد خاص با محوریت کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و مشارکت فعال مدیر دارویی، پزشکان متخصص عفونی، داخلی، جراحی، بیهوشی و مسئول فنی آزمایشگاه در بیمارستانهای تک تخصصی متخصصین رشته مربوطه و روسا و مسئولان بخش ها واحدها برنامه ریزی و اجرا میشود. همچنین برگزاری جلسات مشترک با کمیته درمان دارو و تجهیزات در اخذ تصمیمات همسو توصیه میشود

شماره سنجه	عنوان سنجه	توضیحات
ب- ۵- ۶- ۲	حداقل سه ماه یکبار، نتایج مقاومتهای میکروبی گزارش شده و نتایج آن در روند تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک مورد استفاده قرار میگیرد	*گزارش نتایج مقاومتهای میکروبی توسط مسئول فنی آزمایشگاه به کمیته پیشگیری و کنترل عفونت حداقل سه ماه یکبار *تحلیل نتایج مقاومت میکروبی و طرح در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت *در صورت شیوع مقاومت میکروبی در یک بیمارستان جهت هشدار به سایر بیمارستانهای تحت پوشش، بایستی نوع مقاومت میکروبی به کمیته کنترل عفونت دانشگاه گزارش شود
ب- ۵- ۷- ۱	بیماریهای واگیر مشمول نظام مراقبت سندرومیک، مطابق ضوابط مربوط شناسایی و گزارش میشوند	شناسایی موارد قابل گزارش بیماریهای واگیردار توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت براساس دستورالعمل
ب- ۵- ۷- ۲	برای کارکنان و افراد در معرض بیماریهای واگیر مشمول نظام مراقبت سندرومیک، امکانات حفاظتی و مراقبتهای لازم فراهم میشود	تدوین فهرست وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخشها/ واحدها و تعداد مورد نیاز براساس نوع بیماران بستری و دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت، با مشارکت تیم پیشگیری و کنترل عفونت و کارشناس بهداشت حرفه ای و مسئولان بخشها/ واحدها و تأیید آن در جلسه مشترک کمیته کنترل عفونت و حفاظت و سلامت محیط کار توصیه میشود
ب- ۵- ۷- ۳ *	جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به دیگران طبق ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام میشود.	شناسایی موارد گزارش بیماریهای واگیر مشمول نظام مراقبت توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس دستورالعمل
ب- ۶- ۱- ۲ *	داروهای حیاتی و ضروری در هریک از بخشها متناسب با دامنه خدمات و فرمولاری، تامین و در تمام ساعات شبانه روز در دسترس فوری است	بازنگری فهرست داروهای ضروری و داروهای حیاتی حداقل سالیانه و در فواصل زمانی کمتر با تشخیص کمیته درمان دارو و تجهیزات انجام میشود
ب- ۶- ۳- ۳ *	نسخه پیچی و توزیع ایمن دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی، تحت نظارت مستقیم مسئول فنی بخش مراقبتهای دارویی است	کمیته درمان دارو تجهیزات پزشکی در بازه زمانی حداقل هر سه ماه یک بار از تمامی بخشهای بالینی نظرات و انتقادات را در زمینه تامین و توزیع دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی را جمع آوری و تصمیمات اصلاحی/ برنامه بهبود را با محوریت مسئول فنی بخش مراقبتهای دارویی طراحی و اجرا مینماید
ب- ۶- ۳- ۵	مصرف ایمن دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی، تحت نظارت مستقیم مسئول فنی بخش مراقبتهای دارویی است.	طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود با مشارکت کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی با محوریت مسئول فنی بخش مراقبتهای دارویی تجویز و مصرف ایمن تجهیزات مصرفی پزشکی با قابلیت مصرف مجدد با تایید کارخانه سازنده و تأیید منابع معتبر و شواهد علمی و تصویب کمیته درمان و دارو تجهیزات و در نهایت رعایت دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت در موارد خاص برنامه ریزی میشود
ب- ۶- ۴- ۱	فرمولاری دارویی بیمارستان در چارچوب فارماکوپه کشوری تدوین و پزشکان به آن دسترسی دارند	بازنگری فرمولاری بیمارستان حداقل سالیانه و در فواصل زمانی کمتر با تشخیص کمیته دارو درمان

شماره سنجه	عنوان سنجه	توضیحات
ب- ۶- ۴- ۲	تجویز دارو توسط پزشکان در چارچوب فرمولاری بیمارستان است و هرگونه تجویز خارج از فرمولاری مدیریت میشود	تامین دارو و تجهیزات مصرفی خارج از فرمولاری دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی، با تایید صاحبان فرایند و طبق فرایند مصوب کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی
ب- ۷- ۳- ۲	نتایج تصویربرداری بدون اختلال / تاخیر در روند تشخیص و درمان در اختیار پزشکان قرار میگیرد	* ابلاغ مصوبه کمیته ارتقای اورژانس به بخش تصویر برداری در خصوص حداکثر مهلت زمان انجام و گزارش نتایج تصویر برداری اورژانس * انجام و گزارش تصویر برداری های اورژانس بدون ایجاد هرگونه تاخیر/ اختلال در روند تشخیص درمان براساس مصوبه کمیته ارتقای اورژانس * برنامه ریزی و زمان سنجی انجام و گزارش تصویر برداری های غیراورژانس توسط کمیته درمان، دارو و تجهیزات با مشارکت مسئول فنی تصویر برداری * ابلاغ مصوبه کمیته درمان، دارو و تجهیزات به بخش تصویر برداری در خصوص حداکثر مهلت زمان انجام و گزارش نتایج تصویر برداری غیر اورژانس * انجام و گزارش تصویر برداری های غیر اورژانس بدون ایجاد هرگونه تاخیر/ اختلال در روند تشخیص درمان براساس مصوبه کمیته درمان، دارو و تجهیزات
ب- ۷- ۳- ۵	موارد بحرانی تصویربرداری شناسایی شده و قبل از هرگونه کنترل مجدد، در خصوص اعلام اضطراری نتیجه به بخش مربوط اقدام میشود	فهرست محدوده بحرانی تصویربرداری با اجماع متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین و توسط مسئول فنی تصویربرداری در کمیته دارو و درمان پیشنهاد شده، پس از تصویب به کلیه بخشهای بالینی و تصویربرداری ابلاغ میگردد
ب- ۸- ۲- ۱ *	آزمایشگاه بیمارستان در پیاده سازی استانداردهای اختصاصی آزمایشگاه مرجع سلامت مشارکت فعال دارد.	توصیه میشود کمیته مدیریت بهره برداری از خدمات آزمایشگاهی در سطح بیمارستان به طور مرتب با نظارت آزمایشگاه تشکیل شده و اجرای راهبردها پیگیری و شاخصهای مرتبط اندازه گیری شود
ب- ۸- ۳- ۱ *	مقادیر بحرانی آزمایشها تعیین شده و در معرض دید است و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند.	لازم است به تفکیک گروه ها و شرایط بالینی بیماران از جمله نوزادان، بیماران دیالیزی و سایر موارد مشارکت پزشکان در کمیته مربوط اخذ شود
ب- ۹- ۴- ۱ *	وقایع ناخواسته ناشی از انتقال خون و فرآورده های خونی شناسایی، پیشگیری و مدیریت میشوند	طرح تمامی وقایع ناخواسته ناشی از انتقال خون در کمیته طب انتقال خون * تحلیل ریشه ای وقایع ناخواسته ناشی از انتقال خون * طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود در صورت لزوم در کمیته طب انتقال خون

شماره سنجه	عنوان سنجه	توضیحات
ب- ۹- ۴- ۶	میزان مصرف و خون های برگشتی از بخشهای بالینی به بانک خون پایش و مدیریت میشود	پایش میزان خون های برگشتی به آزمایشگاه بانک خون به تفکیک بخشها/ گروههای تخصصی با محوریت کمیته طب انتقال خون * ارزیابی دمای خون های برگشتی و اقدام اصلاحی در صورت لزوم * گزارش نتایج پایش در کمیته طب انتقال خون و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود در صورت لزوم
ب- ۱۰- ۲- ۳	درمانگاههای سرپایی دارای نظام کارآمد راهنمایی به بیماران است	وجود ایستگاه اطلاعات و راهنمایی بیماران در درمانگاه های با سایز بزرگ با تشخیص کمیته اخلاق بالینی
ب- ۱۰- ۳- ۱ *	تیم احیا برنامه ریزی شده و ترالی اورژانس مطابق ضوابط مربوط در دسترس فوری همه قسمتهای درمانگاه است	تعداد و مکان استقرار ترالی احیا در درمانگاه های بیمارستان بر اساس مصوب کمیته درمان و دارو تجهیزات و منطبق بر آخرین نسخه ابلاغی وزارت متبوع است
ب- ۱۰- ۳- ۲ *	نتایج بحرانی پاراکلینیک بیماران سرپایی، بر اساس روشی مدون اطلاع رسانی میشود	فهرست مقادیر بحرانی بررسیهای پاراکلینیک (تصویربرداری، آزمایشگاه و آسیب شناسی بافت) با اجماع متخصصین بالینی و پاراکلینیک مرتبط تدوین و توسط مسئولان فنی آزمایشگاه/تصویربرداری در کمیته دارو و درمان پیشنهاد شده، پس از تصویب به تمامی بخشهای پاراکلینیک و درمانگاه ابلاغ میگردد. این دستورالعملها با مشارکت مسئول فنی/ایمنی، دفتر پرستاری و مسئولان فنی پاراکلینیک و مسئول درمانگاه تدوین و پس از تصویب در کمیته دارو درمان به بخشها/ واحدهای مرتبط ابلاغ می گردد.
ب- ۱۰- ۴- ۵	خدمات آزمایشگاه برای مراجعین سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و ارائه میشود.	*شناسایی آزمایشهای شایع و مورد نیاز بیماران درمانگاههای تخصصی در کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان *راه اندازی/ عقد قرارداد ارجاع نمونه به منظور ارائه خدمات آزمایشگاهی مورد نیاز بیماران سرپایی طبق مصوبه کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان
ج- ۱- ۱- ۲	خبرهای ناگوار پزشکی با رعایت اصول اخلاق بالینی و روشهای از پیش تعیین شده با بیمار/ ولی قانونی در میان گذاشته میشود	*آموزش نحوه اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران با محوریت کمیته اخلاق بالینی به پزشکان و پرستاران و سایر افراد واجد شرایط * کمیته اخلاق بالینی بایستی با مشارکت تیم مددکاری اجتماعی و دریافت مشاوره از یک روانشناس دستورالعملی مدون در خصوص روشهای اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی تدوین نماید. همچنین افراد/ مشاغل واجد شرایط برای اعلام خبرهای ناگوار به بیمار/ قیم قانونی وی توسط این کمیته شناسایی و در خصوص آموزش آنها برنامه ریزی لازم به عمل آید

شماره سنجه	عنوان سنجه	توضیحات
ج- ۱- ۱- ۷	هر گونه خسارت جسمی، روحی روانی و مالی ناشی از ارائه خدمات، به اطلاع بیمار/ خانواده رسیده و در صورت لزوم جبران میشود	* تعیین مسئولان و کارکنانی که لازم است فرایند توضیح به مراجعین/بیمار/همراهان را انجام دهند از سوی کمیته اخلاق بیمارستان * تعیین مسئولان و کارکنانی که لازم است فرایند اظهار پشیمانی و عذرخواهی از مراجعین/بیمار/همراهان را انجام دهند از سوی کمیته اخلاق بیمارستان * برقراری ارتباط به موقع و صادقانه طی ۲۴ ساعت اولیه بعد از وقوع حادثه و با تشریح کامل رخداد به صورت باز و شفاف توضیح واقعه باری مراجعین/بیمار/همراهان و اظهار پشیمانی / عذرخواهی توسط مسئولان و کارکنان تعیین شده از سوی کمیته اخلاق. * بیمارستان طبق خط مشی و روش اجرایی دارای ساز و کار تعریف شده برای جبران خسارتهای وارده(اعم از جسمی، مالی، روحی و روانی) به بیمار/ مراجعین از ناحیه وقایع ناخواسته میباشد. تشخیص موارد خسارت جسمی، روحی روانی در کمیته مورتالیتی و موریبیدی صورت میگیرد * در خصوص نحوه جبران خسارت -وارده، به صورت موردی در کمیته اخلاق بیمارستان تصمیم گیری خواهد شد * تعیین مصادیق مشمول جبران با محوریت کمیته اخلاق بیمارستان و حداقل شامل موارد ۱۵ گانه وقایع تهدید کننده حیات است * دسته بندی ذیل از منظر میزان و شدت آسیب وارده به بیمار/ مراجعین ناشی از وقایع ناخواسته میباشد که میتواند در تعیین مصادیق مشمول جبران با محوریت کمیته اخلاق بیمارستان مورد استفاده قرار گیرد
ج- ۱- ۶- ۲	بیمارستان در تامین دارو، تجهیزات و ملزومات مورد نیاز بیماران متعهد و پاسخگو است.	تهیه داروها و تجهیزات گرانقیمت طبق مصوبه کمیته دارو و تجهیزات بیمارستان صورت میپذیرد
ج- ۲- ۱- ۳	برنامه های آموزشی در زمینه اخلاق بالینی و منشور حقوق بیماران برنامه ریزی و اجرا میشود	نظارت کمیته اخلاق بالینی بر رعایت صحیح منشور حقوق بیمار در بیمارستان
ج- ۲- ۳- ۲	شکایتهای وارده اعم از کتبی و شفاهی، رسیدگی و ضمن ارائه بازخورد به متقاضی در صورت لزوم، جبران خسارت میشود.	* دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت/ حداقل در بازه زمانی(سه ماهه) مجموع پیشنهادات و شکایات واصله را به صورت سیستماتیک تحلیل نموده و نتایج در جلسه مشترک کمیته اخلاق بالینی و کمیته پایش سنجش کیفیت مطرح و پیشنهادات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت تصویب و برای تایید نهایی و تامین منابع احتمالی مورد نیاز به تیم رهبری و مدیریت گزارش میشود. * بررسی گزارش تحلیلی در کمیته پایش سنجش کیفیت و اخلاق بالینی و ارائه پیشنهادات اصلاحی/تدوین برنامه بهبود کیفیت به تیم رهبری و مدیریت * ارائه گزارش تحلیلی و جمع بندی نتایج موارد شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان به کمیته پایش سنجش کیفیت و اخلاق بالینی

شماره سنجه	عنوان سنجه	توضیحات
ج- ۲ - ۴ - ۱	رضایت گیرندگان خدمت به صورت فصلی و با فاصله سه ماه، ارزیابی و بر اساس نتایج آن اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر اجرا میشود	روایی و پایایی پرسشنامه مذکور توسط دفتر بهبود کیفیت بررسی و در کمیته پایش و سنجش کیفیت تصویب شود. رضایت سنجی از مراجعین، بیماران و خانواده همراهان حداقل سه ماه یک بار با محوریت دفتر بهبود کیفیت انجام شود و نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان در جلسه مشترک کمیته اخلاق بالینی و در کمیته پایش و سنجش کیفیت بررسی و موارد معنی دار اعم از موارد بحرانی و موفق، شناسایی و گزارش نهایی به تیم رهبری و مدیریت ارائه و اقدام اصلاحی/ تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت توسط تیم رهبری و مدیریت صورت پذیرد.