

فهرست

صفحه	عنوان
۲.....	مشترکات کمیته‌ها
۶.....	کمیته بهبود کیفیت
۱۱.....	کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی
۱۸.....	کمیته اخلاق پزشکی
۲۰.....	کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات
۲۳.....	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار
۲۶.....	کمیته ایمنی مادر و نوزاد و ترویج تغذیه با شیر مادر
۳۶.....	کمیته بهداشت محیط
۳۸.....	کمیته کنترل عفونت بیمارستانی
۴۳.....	کمیته مرگ و میر، عوارض، آسیب شناسی و نسوج
۵۱.....	کمیته بحران و بلایا
۵۷.....	کمیته اورژانس بیمارستانی
۵۹.....	کمیته طب انتقال خون
۶۲.....	منابع

کمیته های بیمارستانی

(۱) مشترکات کمیته ها

(۱-۱) کمیته های ذیل در بیمارستان فعال می باشند.

(۱-۱-۱) بهبود کیفیت، دارو، درمان و تجهیزات پزشکی، اخلاق پزشکی، مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات، حفاظت فنی و بهداشت کار، ایمنی مادر و نوزاد و ترویج تغذیه با شیر مادر، بهداشت محیط، کنترل عفونت، مرگ و میر و عوارض و آسیب شناسی و نسوج، اورژانس بیمارستانی، بحران و بلایا و طب انتقال خون

سنجه. مستندات نشان می دهند کمیته های فوق الذکر (شامل کمیته ها و زیر کمیته ها) در بیمارستان فعال است.*

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	صورت جلسات کمیته های فوق الذکر	ه		ی		صورت جلسات ۲۰-۰٪ کمیته ها موجود است	صورت جلسات ۲۱-۶۰٪ کمیته ها موجود است	صورت جلسات ۶۱-۱۰۰٪ کمیته ها موجود است	
	ب		و		ک					
	ج	در بیمارستان	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

*تذکر: وجود کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر، در بیمارستان های غیر جنرالی که بخش های مرتبط با این کمیته را ندارند لازم نیست.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۲-۱) کمیته‌های مذکور در فواصل زمانی منظم تشکیل جلسه می‌دهند.

سنجه. کمیته‌های مذکور در فواصل زمانی تعیین شده تشکیل جلسه می‌دهند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	صورت جلسات کمیته‌های مذکور *	ه		ی		۲۰-۰٪ کمیته‌ها در فواصل زمانی تعیین شده تشکیل جلسه می‌دهند	۶۰-۲۱٪ کمیته‌ها در فواصل زمانی تعیین شده تشکیل جلسه می‌دهند	۱۰۰-۶۱٪ کمیته‌ها در فواصل زمانی تعیین شده تشکیل جلسه می‌دهند	
	ب	برگزار شده در فواصل زمانی تعیین شده	و		ک		یا	یا	و	
	ج	در بیمارستان	ز		ل		در ۲۰-۰٪ موارد، صورت جلسات، مشخصات مندرج در تذکر ذیل جدول را دارد.	در ۶۰-۲۱٪ موارد، صورت جلسات، مشخصات مندرج	در ۱۰۰-۶۱٪ موارد، صورت جلسات، مشخصات مندرج	
	د		ح		م					
			ط							

*تذکر: صورت جلسات کمیته‌ها حداقل شامل فهرست اسامی حاضرین، غایبین، مهم‌ترین موضوعات مورد بحث، مصوبات، مسئول پیگیری هر مصوبه، مهلت مقرر جهت اجرا، نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل، تاریخ برگزاری جلسه فعلی و جلسه آتی است.

۳-۱) لیستی از اعضای هر کمیته در اختیار دبیر کمیته است. (در رابطه با کمیته کنترل عفونت این لیست در اختیار روسای تمامی بخش ها و واحدهای بیمارستان است).

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند که بیمارستان با توجه به شرح وظایف کمیته ها، فهرستی از اعضای اصلی، رییس و دبیر کمیته را با ذکر سمت، نام و نام خانوادگی آن ها مشخص نموده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	فهرست تمامی کمیته ها با درج مشخصات اعضای اصلی، رییس و دبیر آن ها	ه		ی		فهرست مذکور موجود نیست	فهرست مذکور موجود است اما کامل نیست	فهرست مذکور موجود و کامل است	
	ب	مشخصات شامل نام، نام خانوادگی و سمت	و		ک					
	ج	در بیمارستان	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

۴-۱) آیین نامه داخلی کمیته ها موجود است.

سنجه. آیین نامه داخلی کمیته ها با مشارکت اعضای آن ها تهیه شده و به تایید مدیران ارشد بیمارستان رسیده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	آیین نامه داخلی کمیته ها	ه		ی		آیین نامه داخلی ۲۰-۰٪ کمیته ها موجود است	آیین نامه داخلی ۶۰-۲۱٪ کمیته ها موجود است	آیین نامه داخلی ۱۰۰-۶۱٪ کمیته ها موجود است	
	ب	مشخصات مندرج در سنجه	و		ک					
	ج	در بیمارستان	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

۵-۱) همه اعضای کمیته‌ها (به ویژه اعضای جدید) در مورد اهداف کمیته و وظایف محوله، به خوبی توجیه شده و آموزش دیده‌اند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند دوره توجیهی برای اعضای جدیدالورود کمیته‌ها انجام می‌شود که حداقل شامل اهداف، شرح وظایف و آیین نامه داخلی آن‌ها می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	مستندات گذراندن دوره توجیهی برای افراد جدیدالورود	ه		ی	از اعضای جدیدالورود کمیته‌ها	۰-۲ نفر از افراد جدیدالورود از محتوای دوره‌ی توجیهی کمیته خود اطلاع دارند	۳-۶ نفر از افراد جدیدالورود از محتوای دوره‌ی توجیهی کمیته خود اطلاع دارند	۷-۱۰ نفر از افراد جدیدالورود از محتوای دوره‌ی توجیهی کمیته خود اطلاع دارند	هیچ فرد جدیدالورودی طی ۶ ماهه اخیر وجود نداشته‌است
	ب	مشخصات مندرج در سنجه و با امضای فرد توجیه شده	و		ک	درخصوص محتوای دوره توجیهی کمیته‌ها				
	ج	در بیمارستان	ز		ل	افراد جدیدالورود کمیته‌ها طی ۶ ماهه گذشته				
	د		ح		م	۱۰ نفر از کمیته‌های مختلف				
			ط							

۲) کمیته بهبود کیفیت

۱-۲) کمیته بهبود کیفیت اقدامات ذیل را انجام می‌دهد:

۱-۱-۲) هماهنگی و یکپارچه‌سازی فعالیت‌های بهبود کیفیت در کل بیمارستان

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته بهبود کیفیت هماهنگی و یکپارچه‌سازی فعالیت‌های بهبود کیفیت در کل بیمارستان را انجام می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	فهرست تمام بخش‌ها/ واحدهای بیمارستان و صورت جلسات و مستندات هماهنگی با تمامی واحدها / بخش‌های مختلف برای تدوین و پیشبرد برنامه بهبود کیفیت بیمارستان و مستندات برنامه یکپارچه و نهایی بهبود کیفیت که بخش‌ها/ واحدهای مختلف در آن دیده شده‌اند	ه		ی	نمایندگان بخش‌ها/ واحدهای مختلف که طبق مستندات در جلسه شرکت کرده‌اند	صورت جلسات و مستندات نشان می‌دهند که تمامی واحدها / بخش‌ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت کل بیمارستان مشارکت نداشته‌اند یا ۰-۱ نفر از نمایندگان بخش‌ها / واحدها اظهار نمایند که در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته‌اند	صورت جلسات و مستندات نشان می‌دهند که تمامی واحدها / بخش‌ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت کل بیمارستان مشارکت داشته‌اند اما ۲-۳ نفر از نمایندگان بخش‌ها / واحدها اظهار نمایند که در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته‌اند	صورت جلسات و مستندات نشان می‌دهند که تمامی واحدها / بخش‌ها در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته‌اند و ۴-۵ نفر از نمایندگان بخش‌ها / واحدها اظهار نمایند که در تدوین برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته‌اند	
	ب	با درج امضا شرکت‌کنندگان و درج بخش / واحد محل خدمت آن‌ها	و		ک	آیا در انجام فعالیت‌های بهبود کیفیت در رابطه با بخش / واحد خودتان از شما نظرخواهی شده و مشارکت داشته‌اید؟				
	ج	در واحد بهبود کیفیت یا نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	از نمایندگان ۵ بخش / واحد که نام آن‌ها در صورت جلسات آمده است				
			ط							

۲-۱-۲) ارائه فهرست اولویت‌ها و شاخص‌های بهبود کیفیت در کل بیمارستان به تیم مدیریت ارشد

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته بهبود کیفیت فهرست اولویت‌ها و شاخص‌های بهبود کیفیت کل بیمارستان را که از سوی واحد بهبود کیفیت با مشارکت نمایندگان بخش/واحدهای مختلف بیمارستان تهیه شده‌است، بررسی و تایید نموده و به تیم مدیریت ارشد ارائه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	مستندات گزارش‌های ارائه شده به تیم مدیریت ارشد با ذکر نام و محل خدمت افرادی که در تهیه آن مشارکت داشته‌اند و صورت جلسات تایید اولویت‌ها و شاخص‌های بهبود کیفیت و فهرست اولویت‌ها و شاخص‌های بهبود کیفیت کل بیمارستان	ه		ی	از نمایندگان بخش‌ها/واحدهای مختلف که در فهرست تهیه‌کنندگان به آن‌ها اشاره شده‌است	فهرست اولویت‌ها و شاخص‌های بهبود کیفیت کل بیمارستان موجود نیست یا اولویت‌ها و شاخص‌های بهبود کیفیت کل بیمارستان با مشارکت نمایندگان بخش/واحدهای مختلف بیمارستان تهیه نشده است	صورت جلسات مذکور موجود است و گزارش به تیم مدیریت ارشد موجود است اما نام و محل خدمت تهیه‌کنندگان در آن ذکر نشده است	صورت جلسات مذکور موجود است و گزارش به تیم مدیریت ارشد با ذکر نام و محل خدمت تهیه‌کنندگان موجود است و ۴-۵ نفر بگویند که در تهیه فهرست مذکور مشارکت داشته‌اند	
	ب	مشخصات مندرج در سنجه	و		ک	آیا شما در تدوین شاخص‌ها و اولویت‌های بهبود کیفیت بیمارستان مشارکت داشته‌اید؟	صورت جلسات مذکور موجود نباشد یا	نام و محل خدمت تهیه‌کنندگان در آن ذکر نشده است یا		
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل	در بخش‌ها/واحدهای مختلف	فهرست اولویت‌ها و شاخص‌های گزارش شده به تیم مدیریت ارشد موجود نباشد یا	۲-۳ نفر بگویند که در تهیه فهرست مذکور مشارکت داشته‌اند		
	د		ح		م	۵ نفر	فهرست اولویت‌ها و شاخص‌های گزارش شده به تیم مدیریت ارشد موجود نباشد یا			
			ط				۱-۰ نفر بگویند که در تهیه فهرست مذکور مشارکت داشته‌اند			

۲-۱-۳) آموزش مباحث مربوط به بهبودکیفیت به تمام کارکنان بیمارستان شامل آموزش‌های مفهومی و کاربردی در زمینه بهبودکیفیت

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته بهبودکیفیت با مشارکت واحد بهبودکیفیت آموزش‌های لازم شامل آموزش‌های مفهومی و کاربردی در زمینه بهبودکیفیت را به تمام کارکنان بیمارستان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان ارائه نموده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	نتایج نیازسنجی آموزشی مبتنی بر کیفیت برای کل کارکنان بیمارستان و فهرست زمان بندی شده دوره‌های آموزشی طراحی شده با ذکر مخاطبان هر دوره و مستندات آموزش‌های انجام شده	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی که در فهرست دوره‌های آموزشی به عنوان مخاطب از آن‌ها یاد شده است	هیچ دوره آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام نشده است یا	برخی از دوره‌های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده است	تمام دوره‌های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده است	
	ب		و		ک	در خصوص برگزاری دوره‌های آموزشی مذکور	۲-۰ نفر اظهارکنند که این دوره برای آنان برگزار شده است	۳-۶ نفر اظهارکنند که این دوره برای آنان برگزار شده است	۱۰-۷ نفر اظهارکنند که این دوره برای آنان برگزار شده است	
	ج	در واحد بهبودکیفیت یا نزد دبیر این کمیته	ز		ل	در بیمارستان				
	د		ح		م	۱۰ نفر از شرکت‌کنندگان مطابق فهرست				
			ط							

۲-۲) پیگیری اجرای مصوبات کمیته‌ها، صورت می‌پذیرد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که واحد بهبود کیفیت جهت اطمینان از پیگیری مصوبات کمیته‌ها به تمامی صورتجلسات کمیته‌ها دسترسی داشته و برنامه پایش مدون و دوره‌ای دارد که براساس آن به صورت تصادفی نحوه پیگیری مصوبات کمیته‌ها را بررسی نموده و نتیجه آن را به کمیته‌ی مرتبط و تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	صورتجلسات کمیته‌ها (کاغذی/ الکترونیک) و برنامه پایش و گزارش ارسالی به کمیته‌های مرتبط و تیم مدیریت اجرایی	ه		ی		دسترسی به صورتجلسات سایر کمیته‌ها وجود ندارد یا برنامه پایش موجود نیست		دسترسی به صورتجلسات سایر کمیته‌ها وجود دارد و برنامه پایش موجود است،	
	ب	مدون و دوره‌ای	و		ک		برنامه پایش اجرا نمی‌شود		برنامه پایش اجرا می‌شود	
	ج	برنامه در واحد بهبود کیفیت و گزارش نزد تیم مدیریت اجرایی، دبیر کمیته‌ها و واحد بهبود کیفیت	ز		ل		یا گزارش نمی‌گردد		و گزارش می‌گردد	
	د		ح		م					
			ط							

۲-۳) کمیته بهبود کیفیت بیمارستان حداقل هر دو ماه یک بار تشکیل جلسه می دهد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند کمیته بهبود کیفیت بیمارستان حداقل هر دو ماه یک بار تشکیل جلسه می دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	صورت جلسات کمیته بهبود کیفیت	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته بهبود کیفیت در بیمارستان تشکیل نمی شود یا ۱-۰ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته بهبود کیفیت در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی شود یا ۳-۲ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته بهبود کیفیت در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می شود و ۵-۴ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	
	ب	حداقل دو ماه یک بار	و		ی	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر				
	ج	در واحد بهبود کیفیت یا نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				

۳) کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی

۳-۱) کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی اقدامات ذیل را انجام می‌دهد:

۳-۱-۱) تدوین فرمولاری بیمارستانی و به روز رسانی آن که در آن لیستی از داروهای خود به خود متوقف شونده، داروهایی که پس از مدت زمان معینی دیگر نباید ادامه یابند و باید به پزشک معالج اطلاع داده شود مشخص شده‌است. (Automatic stop orders)

سنجه. مستندات نشان می‌دهند که کمیته دارو و درمان و تجهیزات پزشکی با مشارکت بخش مدیریت دارویی فرمولاری بیمارستان را براساس الگوی شایع مراجعین شامل شایع‌ترین انواع بیماری‌ها، مقاومت‌های دارویی، گروه‌های مختلف سنی و جنسی و و هم‌چنین انواع تخصص‌ها و خدمات ارائه شده در بیمارستان تنظیم نموده‌است و هم‌چنین فهرستی از داروهای خود به خود متوقف شونده را تهیه و به اطلاع تمامی بخش‌های بالینی رسانده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	مستندات مربوط به الگوی شایع مراجعین بر حسب نوع بیماری، سن، جنس و مقاومت‌های دارویی و فرمولاری تهیه شده برای بیمارستان و صورت جلسات بررسی و تهیه فرمولاری بیمارستان در این کمیته با درج امضا شرکت‌کنندگان و تاریخ شرکت در جلسه فهرست داروهای خود بخود متوقف شونده که به اطلاع بخش‌های بالینی مختلف رسانده شده‌است و صورت جلسات تهیه فهرست دارویی مذکور	ه		ی		مستندات مربوط به الگوی شایع مراجعین موجود نیست یا فرمولاری تهیه نشده‌است یا صورت جلسات بررسی و تهیه فرمولاری و داروهای خودبخود متوقف شونده موجود است یا فهرست داروهای خودبخود متوقف شونده در بیمارستان وجود دارد اما فهرست مذکور در ۲-۳ بخش بالینی موجود است	مستندات مربوط به الگوی شایع مراجعین موجود است و فرمولاری تهیه شده‌است و صورت جلسات بررسی و تهیه فرمولاری و داروهای خودبخود متوقف شونده موجود است و فهرست داروهای خودبخود متوقف شونده در بیمارستان وجود دارد و فهرست مذکور در ۴-۵ بخش بالینی موجود است	مستندات مربوط به الگوی شایع مراجعین موجود است و فرمولاری تهیه شده‌است و صورت جلسات بررسی و تهیه فرمولاری و داروهای خودبخود متوقف شونده موجود است و فهرست داروهای خودبخود متوقف شونده در بیمارستان وجود دارد و فهرست مذکور در ۴-۵ بخش بالینی موجود است	
	ب		و		ک		فهرست داروهای خود به خود متوقف شونده در بیمارستان وجود ندارد یا	فهرست مذکور در ۲-۳ بخش بالینی موجود است	فهرست مذکور در ۲-۳ بخش بالینی موجود است	
	ج	در واحد بهبودکیفیت یا نزد دبیر این کمیته یا مدیریت دارویی	ز		ل		فهرست مذکور در ۰-۱ بخش بالینی موجود است			
	د	در ۵ بخش بالینی	ح		م					
			ط							

۳-۲) تدوین فرایندی برای تعیین، تصویب و تهیه داروهایی که جزو فرمولاری بیمارستانی نیستند. (مثلا در مواردی که بیمارستان به داروی ویژه ای نیاز داشته باشد).

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی با مشارکت بخش مدیریت دارویی فرایندی را برای تعیین، تصویب و تهیه داروهایی که جزو فرمولاری بیمارستانی نیستند را تدوین نموده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	فرایند مکتوب تعیین و تصویب داروهایی که جزو فرمولاری بیمارستانی نیستند با تایید کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی	ه		ی		فرایند مکتوب با تایید کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی وجود ندارد		فرایند مکتوب با تایید کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی وجود دارد	
	ب		و		ک					
	ج	در واحد مدیریت دارویی یا نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

۳-۱-۳) تدوین خط مشی های مصرف صحیح داروهای مهم و شایع (مثلا آنتی بیوتیک ها)

سنجه. خط مشی و روش اطمینان از مصرف صحیح داروهای مهم و شایع، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	
	ب	حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک					
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
			ط							

۳-۴) تدوین خط مشی‌ها و روش‌هایی برای کاهش اشتباهات تجویزی داروها و عوارض جانبی ناخواسته آن‌ها (اشتباهات دارویی از ابتدای تجویز پزشک تا تحویل به بیمار)

سنجه. خط مشی و روش کاهش اشتباهات تجویزی داروها و عوارض جانبی ناخواسته آن‌ها با مشارکت بخش مدیریت دارویی، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از مستندات موجود باشد	یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا تمام مستندات موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	غ.ق.۱
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک‌پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	۶-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۶-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند		
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
			ط							

۳-۱-۵) تدوین لیست داروهای ضروری که باید در داروخانه یا هریک از بخش‌ها موجود باشند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی با مشارکت بخش مدیریت دارویی فهرستی از داروهای ضروری که باید در داروخانه یا هریک از بخش‌ها موجود باشند را تهیه و در اختیار قسمت‌های مربوطه قرار داده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	فهرستی از داروهای ضروری مورد تایید کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان برای بخش‌های مختلف بالینی ابلاغ شده به بخش‌های مربوطه	ه	موجودی داروهای ضروری بخش‌های بالینی	ی		فهرست داروهای مذکور وجود ندارد یا		فهرست داروهای مذکور وجود دارد و	
	ب		و	در بخش‌های مربوطه	ک		در اختیار داروخانه و بخش‌های مختلف مرتبط قرار داده نشده است		در اختیار داروخانه و بخش‌های مختلف مرتبط قرار داده شده است	
	ج	در داروخانه یا بخش‌های مربوطه مختلف	ز	۵ دارو در یک بخش که به صورت تصادفی انتخاب شده است	ل		یا		و	
	د		ح	مطابق با فهرست ابلاغی	م		حتی یکی از داروهای فهرست در بخش مربوطه موجود نباشد		همه داروهای فهرست در بخش مربوطه موجود باشد	
			ط							

۳-۱-۶) تهیه فهرستی از داروهای پرخطر یا داروهای با احتمال خطر بالا و داروهای دارای تشابه اسمی (آوایی) یا تشابه ظاهری

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی با مشارکت بخش مدیریت دارویی فهرستی از داروهای پرخطر یا داروهای با احتمال خطر بالا و داروهای دارای تشابه اسمی یا تشابه ظاهری مورد استفاده در بیمارستان را تهیه نموده و در اختیار بخش‌های مختلف قرار داده است و خط مشی و روش استفاده ایمن از آن را با مشارکت صاحبان فرایند تدوین نموده و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	فهرستی از داروهای پرخطر یا داروهای با احتمال خطر بالا و داروهای دارای تشابه اسمی یا تشابه ظاهری مورد استفاده در بیمارستان با تایید کمیته دارو و درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان ابلاغ شده به بخش‌های مختلف و خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۳ هدایت یک‌پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند		
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
			ط							

۲-۳) خرید تجهیزات پزشکی غیرمصرفی و مصرفی، با تایید کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان انجام می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمام موارد مرتبط با خرید تجهیزات پزشکی غیرمصرفی و مصرفی به تایید کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان می‌رسد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	صورت جلسات مربوط به خرید موارد مندرج در سنجه	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسه براساس صورت جلسات	صورت جلسات مذکور موجود نباشند	صورت جلسات مذکور موجود است	صورت جلسات مذکور موجود است	
	ب	با تایید کمیته	و		ک	در خصوص موضوع جلسه و نظرات طرح شده از جانب ایشان	یا	اما	و	
	ج	در بیمارستان	ز		ل		اظهاریات ۰-۱ نفر مطابق صورت جلسه باشد	اظهاریات ۲-۳ نفر مطابق صورت جلسه باشد	اظهاریات ۴-۵ نفر مطابق صورت جلسه باشد	
	د		ح		م	۵ نفر				
			ط							

۳-۳) کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان حداقل هر سه ماه یکبار تشکیل جلسه می‌دهد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند کمیته دارو و درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان حداقل هر سه ماه یکبار تشکیل جلسه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	صورت جلسات کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی در بیمارستان تشکیل نمی‌شود	کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود	کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود	
	ب	حداقل سه ماه یکبار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر	یا	یا	و	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		۰-۱ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۲-۳ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۴-۵ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
			ط							

۴) کمیته اخلاق پزشکی

۴-۱) کمیته اخلاق پزشکی هماهنگی و پیگیری اجرای استانداردهای حقوق گیرنده خدمت و رعایت اخلاق پزشکی (شامل تمامی گروه‌های مراقبتی) را انجام می‌دهد.

سنجه. خط مشی و روش اطمینان از اجرای استانداردهای حقوق گیرنده خدمت و رعایت اخلاق پزشکی (شامل تمامی گروه‌های مراقبتی)، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک‌پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک					
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۴-۲) آموزش مباحث مربوط به حقوق گیرندگان خدمت و اخلاق پزشکی به تمام کارکنان بیمارستان شامل آموزش‌های مفهومی و کاربردی در زمینه رعایت موارد مذکور توسط این کمیته صورت می‌گیرد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته اخلاق پزشکی با مشارکت واحد بهبود کیفیت (با توجه به ضروری بودن این آموزش‌ها در محور آموزش و توانمندسازی)، آموزش‌های لازم شامل آموزش‌های مفهومی و کاربردی در زمینه رعایت موارد مذکور و موارد بحث انگیز مانند ارائه یا توقف درمان‌های حمایت کننده حیات و... را به کارکنان بیمارستان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان ارائه می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	نتایج نیازسنجی آموزشی مبتنی بر حقوق گیرندگان خدمت و اخلاق پزشکی برای کل کارکنان بیمارستان و فهرست زمان بندی شده دوره‌های آموزشی طراحی شده با ذکر مخاطبان هر دوره و مستندات آموزش‌های انجام شده	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی که در فهرست دوره‌های آموزشی به عنوان مخاطب از آن‌ها یاد شده است	هیچ دوره آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام نشده است یا ۲-۰ نفر اظهارکنند که این دوره برای آنان برگزار شده است	برخی از دوره‌های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده است با ۶-۳ نفر اظهارکنند که این دوره برای آنان برگزار شده است	تمام دوره‌های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده است و ۱۰-۷ نفر اظهارکنند که این دوره برای آنان برگزار شده است	
	ب		و		ک	در خصوص برگزاری دوره‌های مذکور				
	ج	در بیمارستان	ز		ل	در بیمارستان				
	د		ح		م	۱۰ نفر از شرکت کنندگان مطابق فهرست				
			ط							

۳-۴) کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان حداقل یکبار در ماه تشکیل جلسه می دهد.

سنجه. مستندات نشان می دهند کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان حداقل یکبار در ماه تشکیل جلسه می دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
الف	ب	حداقل یک ماه یکبار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر	کمیته اخلاق پزشکی در بیمارستان تشکیل نمی شود	کمیته اخلاق پزشکی در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی شود	کمیته اخلاق پزشکی در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می شود	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		یا	یا	و	
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی	۱-۰ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۳-۲ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۵-۴ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	
			ط							

۵) کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات

۱-۵) کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات اقدامات ذیل را انجام می دهد:

۵-۱-۱) تایید فرم های بیمارستانی طراحی شده توسط واحدها و بخش ها (علاوه بر ۱۸ برگ اصلی پرونده)

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند که کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات تایید فرم های بیمارستانی طراحی شده توسط واحدها و بخش ها (علاوه بر ۱۸ برگ اصلی پرونده) را با مشخص کردن ترتیب قرارگیری آنها در بین سایر اوراق پرونده بیمار، انجام می دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
الف	ب	با مشخص کردن ترتیب قرارگیری در پرونده	و		ک		تایید فرم های بیمارستانی توسط این کمیته انجام می شود	تایید فرم های بیمارستانی توسط این کمیته انجام می شود	تایید فرم های بیمارستانی توسط این کمیته انجام می شود	
	ج		ز		ل		اما	اما	و	
	د		ح		م		ترتیب قرارگیری آنها در بین سایر اوراق پرونده مشخص نشده است	ترتیب قرارگیری آنها در بین سایر اوراق پرونده مشخص نشده است	ترتیب قرارگیری آنها در بین سایر اوراق پرونده مشخص شده است	
			ط							

۵-۲) هماهنگی و پیگیری رفع نقایص اعلام شده از واحدهای مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در خصوص اجرای استانداردهای اعتبار بخشی مربوطه در کل بیمارستان

سنجه. خط مشی و روش هماهنگی و پیگیری نقایص اعلام شده از واحدهای مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در خصوص اجرای استانداردهای اعتبار بخشی مربوطه در کل بیمارستان با رعایت حداقل‌های مورد انتظار، تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک					
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
			ط							

۵-۲) کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بیمارستان حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می دهد.

سنجه. مستندات نشان می دهند کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بیمارستان حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	صورت جلسات کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در بیمارستان تشکیل نمی شود	کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی شود	کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می شود	
	ب	حداقل یک ماه یک بار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر	یا	یا	و	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
			ط				۱-۰ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۳-۲ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۵-۴ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	

۶) کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار:

۶-۱) کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار اقدامات ذیل را انجام می‌دهد:

۶-۱-۱) تدوین برنامه آموزشی کارکنان در زمینه ایمنی و سلامت کارکنان، آموزش مباحث مفهومی و کاربردی مربوط به ایمنی و سلامت کارکنان به تمام کارکنان بیمارستان

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار با مشارکت واحد بهبود کیفیت آموزش‌های لازم شامل آموزش‌های مفهومی و کاربردی در زمینه ایمنی و سلامت کارکنان را به تمام کارکنان بیمارستان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان ارائه می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	نتایج نیازسنجی آموزشی مبتنی بر ایمنی و سلامت کارکنان برای کل کارکنان بیمارستان و فهرست زمان‌بندی شده دوره‌های آموزشی طراحی شده با ذکر مخاطبان هر دوره و مستندات آموزش‌های انجام شده	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی که در فهرست دوره‌های آموزشی به عنوان مخاطب از آن‌ها یاد شده‌است	هیچ دوره آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام نشده‌است یا ۲-۰ نفر اظهارکنند که این دوره برای آنان برگزار شده‌است	برخی از دوره‌های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی انجام شده‌است با ۶-۳ نفر اظهارکنند که این دوره برای آنان برگزار شده‌است	تمام دوره‌های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده‌است و ۱۰-۷ نفر اظهارکنند که این دوره برای آنان برگزار شده‌است	
	ب		و		ک	در خصوص برگزاری دوره‌های آموزشی مذکور				
	ج	دبیر این کمیته	ز		ل	در بیمارستان				
	د		ح		م	۱۰ نفر از شرکت‌کنندگان مطابق فهرست				
			ط							

۶-۱-۲) تصویب و اجرایی نمودن مداخلات مناسب جهت رفع مشکلات شناسایی شده

سنجه. کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار مداخلات مناسب به منظور رفع مشکلات شناسایی شده در زمینه ایمنی و سلامت کارکنان را مصوب و اجرا می نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا.
	الف	مستندات طراحی مداخلات اصلاحی جهت رفع مشکلات شناسایی شده و برنامه پایش مستمر و تصادفی انجام مداخلات اصلاحی و گزارش پایش انجام شده به افراد مرتبط			ی		مشکلات شناسایی نشده اند یا مداخلات اصلاحی طراحی نشده است	مشکلات شناسایی شده اند و مداخلات اصلاحی طراحی شده اند اما پایش یا گزارش نمی شوند	مشکلات شناسایی شده اند و مداخلات اصلاحی طراحی شده اند و پایش و گزارش انجام می شود	
	ب				ک					
	ج				ل					
	د				م					

۲-۶) کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار بیمارستان حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار بیمارستان حداقل یک‌بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	صورت جلسات کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار	ه		ی	شرکت‌کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار در بیمارستان تشکیل نمی‌شود	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود	
	ب	حداقل ماه یک‌بار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر	یا	یا	و	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		۰-۱ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۲-۳ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۴-۵ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
			ط							

۷) کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر

۷-۱) کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر اقدامات ذیل را براساس مصوبات وزارت متبوع انجام می‌دهد:

۷-۱-۱) برنامه‌ریزی آموزش استاندارد کارکنان مرتبط با مراقبت‌های مادر و کودک به صورت شرکت در کارگاه‌های ۲۰ ساعته با صدور گواهی

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر برنامه ریزی آموزش استاندارد کارکنان مرتبط با مراقبت‌های مادر و کودک را به صورت شرکت در کارگاه‌های ۲۰ ساعته تدوین، اجرا و برای شرکت کنندگان گواهی‌نامه صادر می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	مستندات برنامه ریزی آموزش کارکنان مرتبط و برگزاری کارگاه‌ها	ه		ی	از کارکنان مرتبط	برنامه ریزی آموزشی موجود نیست	برنامه ریزی آموزشی موجود است	برنامه ریزی آموزشی موجود است	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب	به شیوه استاندارد و به صورت کارگاه‌های ۲۰ ساعته با صدور گواهی	و		ک	آیا برای شما آموزش مرتبط با مراقبت‌های مادر و کودک برگزار شده‌است یا خیر؟ به چه صورت؟	یا کارگاه‌های استاندارد برای ۲۰-۰٪ افراد واجد شرایط برگزار شده‌است	کارگاه‌های استاندارد برای ۶۰-۲۱٪ افراد واجد شرایط برگزار شده‌است	و کارگاه‌های استاندارد برای ۱۰۰-۶۱٪ افراد واجد شرایط برگزار شده‌است	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		یا ۱-۰ نفر اظهارکنند که کارگاه‌های ۲۰ ساعته با صدور گواهی برای آن‌ها برگزار شده‌است	و ۳-۲ نفر اظهارکنند که کارگاه‌های ۲۰ ساعته با صدور گواهی برای آن‌ها برگزار شده‌است	و ۵-۴ نفر اظهارکنند که کارگاه‌های ۲۰ ساعته با صدور گواهی برای آن‌ها برگزار شده‌است	
	د		ح		م	۵ نفر از کارکنان مرتبط				
			ط							

۷-۲) تشکیل دوره‌های بازآموزی برای کارکنان و نیز توجیه کارکنان جدیدالورود

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر دوره‌های بازآموزی و کلاس‌های توجیهی کارکنان جدیدالورود را تشکیل می‌دهند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	مستندات ارزیابی و نیاز سنجی کارکنان قبلی و جدید الورود مستندات برگزاری دوره‌های بازآموزی و توجیه	ه		ی	از کارکنان واجد شرایط	مستندات ارزیابی و نیاز سنجی وجود ندارد یا دوره‌های مذکور برای ۲۰-۶۰٪ کارکنان واجد شرایط برگزار شده‌است یا ۱-۰ نفر اظهارکنند که دوره‌ها برای آن‌ها برگزار شده‌است	مستندات ارزیابی و نیاز سنجی وجود دارد و دوره‌های مذکور برای ۶۰-۲۱٪ کارکنان واجد شرایط برگزار شده‌است یا ۳-۲ نفر اظهارکنند که دوره‌ها برای آن‌ها برگزار شده‌است	مستندات ارزیابی و نیاز سنجی وجود دارد و دوره‌های مذکور برای ۱۰۰-۶۱٪ کارکنان واجد شرایط برگزار شده‌است و ۵-۴ نفر اظهارکنند که دوره‌ها برای آن‌ها برگزار شده‌است	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب	برای کارکنان واجد شرایط در راستای کارگاه‌های ۲۰ ساعته و کتاب حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان‌ها	و		ک	آیا دوره‌های بازآموزی و کلاس‌های توجیهی برای آن‌ها برگزار شده‌است یا خیر؟				
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	۵ نفر				
			ط							

۷-۳) شرکت در دوره‌های بازآموزی و سمینارهای برگزار شده از سوی کمیته دانشگاهی و کشوری

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که اعضای کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر در دوره‌های بازآموزی و سمینارهای برگزار شده از سوی کمیته دانشگاهی و کشوری در رابطه با ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر شرکت می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	فهرست دوره‌های بازآموزی و سمینارهای برگزار شده از سوی کمیته‌های دانشگاهی و کشوری در این زمینه و گواهی یا مستندات حضور اعضای کمیته در این سمینارها	ه		ی		فهرست دوره‌های مذکور موجود نیست یا ۲۰-۰٪ دربرخی از دوره‌های مذکور شرکت کرده‌اند	فهرست دوره‌های مذکور موجود است یا ۶۰-۲۱٪ دربرخی از دوره‌های مذکور شرکت کرده‌اند	فهرست دوره‌های مذکور موجود است و ۱۰۰-۶۱٪ دربرخی از دوره‌های مذکور شرکت کرده‌اند	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب		و		ک					
	ج	فهرست نزد دبیر کمیته و گواهی در پرونده پرسنلی افراد شرکت کننده	وز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

۷-۴) نظارت مستمر و منظم بر عملکرد کارکنان در زمینه رعایت دستورالعمل‌های مراقبت‌های مادر و کودک و آموزش مادران و اجرای اقدامات ده‌گانه توسط یکی از اعضای کمیته در تمام نوبت‌ها: در اتاق زایمان، بخش پس از زایمان، بخش مراقبت ویژه، کلینیک مراقبت‌های دوران بارداری و مشاوره شیردهی، داروخانه و...

سنجه. خط مشی و روش نظارت بر عملکرد کارکنان در زمینه رعایت دستورالعمل‌های مراقبت‌های مادر و کودک و آموزش مادران و اجرای اقدامات ده‌گانه با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین و اجرا شده‌است که توسط یکی از اعضای کمیته در تمام نوبت‌ها در اتاق زایمان، بخش پس از زایمان، بخش مراقبت ویژه، کلینیک مراقبت‌های دوران بارداری و مشاوره شیردهی، داروخانه و ... نظارت مستمر و منظم دارد، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشد یا امکانات موجود نباشند یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد ۰-۲	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد ۳-۶	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و		ک	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند		
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
			ط							

۷-۵) فراهم نمودن تسهیلات لازم برای اقامت مادرانی که شیرخواران‌شان در بخش بستری هستند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر فهرست تسهیلات لازم برای اقامت مادرانی که شیرخواران‌شان در بخش بستری هستند را تهیه نموده و با استفاده از چک لیست مربوطه و کنترل آن در فواصل زمانی تعیین شده، از فراهم بودن آن‌ها اطمینان حاصل می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	فهرست لوازم و تسهیلات مورد نیاز برای اقامت مادرانی که شیرخواران‌شان در بخش بستری هستند و چک لیست‌های تکمیل شده در فواصل زمانی تعیین شده	ه		ی	از مادرانی که شیرخواران‌شان در بخش بستری هستند	فهرست مذکور وجود ندارد یا چک لیست تکمیل شده وجود ندارد یا	فهرست مذکور وجود دارد و چک لیست تکمیل شده وجود دارد اما	فهرست مذکور وجود دارد و چک لیست تکمیل شده وجود دارد و
	ب		و		ک	آیا لوازم و تسهیلات برای شما فراهم است؟	۰-۱ نفر از تسهیلات موجود اظهار رضایت نمایند	۲-۳ نفر از تسهیلات موجود اظهار رضایت نمایند	۴-۵ نفر از تسهیلات موجود اظهار رضایت نمایند
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل				
	د		ح		م	۵ نفر			
			ط						
									در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان

۷-۶) نظارت بر ترخیص هم زمان مادران و شیرخواران

سنجه. خط مشی و روش اطمینان از ترخیص هم زمان مادران و شیرخواران با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک‌پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک					
	ج	در بیمارستان	ز	۵ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۵ مورد				
			ط							

۷-۱-۷) نظارت بر اجرای قانون شیر مادر و کد بین‌المللی بازاریابی جانشین شونده‌های شیرمادر در زمینه حمایت از کارکنان شاغل شیرده و منع تبلیغات شیرمصنوعی و شیشه و گول‌زنک

سنجه. خط مشی و روش نظارت بر اجرای قانون شیرمادر و کد بین‌المللی بازاریابی جانشین شونده‌های شیرمادر در زمینه حمایت از کارکنان شاغل شیرده و منع تبلیغات شیرمصنوعی و شیشه و گول‌زنک، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک‌پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ج	در بیمارستان	ز	۵ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۵ مورد				
			ط							

۷-۸) اجرا و نظارت بر پایش‌های دوره‌ای بیمارستان، پیگیری دریافت نتایج و برنامه‌ریزی برای مداخلات لازم با زمان‌بندی مشخص، حفظ مستندات در زونکن مخصوص برنامه شیرمادر و همکاری با مرکز بهداشت شهرستان و استان در انجام ارزیابی مجدد بیمارستان

سنجه. خط مشی و روش نظارت بر موارد مندرج در استاندارد ۷-۸-۱، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۱ هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و		ک	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	۱-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۱-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	۱-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	ج	در بیمارستان	ز	۵ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۵ مورد				
			ط							

۷-۹) تهیه نشریات آموزشی برای مادران و نظارت بر توزیع آن‌ها

سنجه. خط مشی و روش تهیه نشریات آموزشی برای مادران و روش توزیع آن‌ها، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیت را ندارند بخش زنان و زایمان - کودکان و نوزادان
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک					
	ج	در بیمارستان	ز	۵ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۵ مورد				
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۷-۲) کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر بیمارستان حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند که کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر بیمارستان حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	صورت جلسات کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر در بیمارستان تشکیل نمی‌شود	کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود	کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر ر در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب	حداقل یک ماه یک بار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر	یا	یا	و	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		۱-۰ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۳-۲ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۵-۴ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
			ط							

۸) کمیته بهداشت محیط

۸-۱) کمیته بهداشت محیط، هماهنگی و پیگیری اجرای استانداردهای واحد بهداشت محیط در کل بیمارستان را انجام می دهد.

سنجه. خط مشی و روش هماهنگی و پیگیری اجرای استانداردهای واحد بهداشت محیط در کل بیمارستان با رعایت حداقل های مورد انتظار، تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه های هدف مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند	
	ب	حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک					
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۸-۲) کمیته بهداشت محیط حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند که کمیته بهداشت محیط، حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	صورت جلسات کمیته بهداشت محیط	ه		ی	شرکت‌کنندگان در جلسات براساس صورت‌جلسات موجود	کمیته بهداشت محیط در بیمارستان تشکیل نمی‌شود یا ۱-۰ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته بهداشت محیط در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود یا ۳-۲ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته بهداشت محیط در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود و ۵-۴ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	
	ب	حداقل یک ماه یک‌بار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر				
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
			ط							

۹) کمیته کنترل عفونت بیمارستانی

۹-۱) کمیته کنترل عفونت اقدامات ذیل را انجام می دهد:

۹-۱-۱) جمع آوری منظم و تحلیل داده های نظام مراقبت عفونت های کسب شده از بیمارستان و اثربخشی برنامه

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند که کمیته کنترل عفونت با مشارکت واحد کنترل عفونت داده های نظام مراقبت عفونت های بیمارستان را به طور منظم جمع آوری و تحلیل کرده و اثر بخشی برنامه مذکور را می سنجد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	جمع آوری، تحلیل و اثر بخشی برنامه داده های عفونت بیمارستانی با استفاده از نرم افزار مراقبت عفونت های بیمارستانی ارائه شده از سوی مرکز مدیریت بیماری ها	ه		ی	کارکنان واحد کنترل عفونت	جمع آوری، تحلیل و بررسی اثر بخشی داده های مذکور انجام نمی گیرد	جمع آوری، تحلیل و بررسی اثر بخشی داده های مذکور انجام می گیرد	جمع آوری، تحلیل و بررسی اثر بخشی داده های مذکور انجام می گیرد	
	ب	به طور منظم و با مشارکت واحد کنترل عفونت بیمارستان	و		ک	در خصوص همکاری و مشارکت شان با این کمیته	یا ۱-۰ نفر اظهار کنند که در این زمینه مشارکت داشته اند	در فواصل منظم نیست	در فواصل منظم است	
	ج		ز		ل			یا		
	د		ح		م	۵ نفر		۳-۲ نفر اظهار کنند که در این زمینه مشارکت داشته اند	۵-۴ نفر اظهار کنند که در این زمینه مشارکت داشته اند	
			ط							

۹-۲) نظارت بر اجرای خط مشی‌ها و روش‌های تایید شده در کمیته، در تمامی بخش‌ها / واحدهای مربوطه

سنجه . خط مشی و روش نظارت، بر اجرای تمامی خط مشی‌ها و روش‌های تایید شده در کمیته، در تمامی بخش‌ها / واحدهای مربوطه با رعایت حداقل‌های مورد انتظار، تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یکپارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و		ک	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح		م	۱۰ مورد				
			ط	مستقیم و غیرمستقیم						

۹-۲) نظارت بر انتقال نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته کنترل عفونت با مشارکت واحد کنترل عفونت، نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها/ واحدهای مربوطه گزارش می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	مستندات ارایه نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه	ه		ی	مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه	نتایج به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه گزارش نمی‌شود	نتایج به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه گزارش می‌شود	نتایج به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه گزارش می‌شود	
	ب		و		ک	آیا نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی از طرف کمیته مربوطه به شما گزارش می‌شود	یا	اما	و	
	ج		ز		ل		۱-۰ نفر اظهارکنند که گزارش به آنان ارائه می‌شود	۳-۲ نفر اظهارکنند که گزارش به آنان ارائه می‌شود	۵-۴ نفر اظهار کنند که گزارش به آنان ارائه می‌شود	
	د		ح		م	۵ نفر از مسئولین				
			ط							

۹-۳) گزارش عفونت‌های بیمارستانی به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان (در چارچوب قوانین و مقررات)

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته کنترل عفونت، گزارش وضعیت عفونت‌های بیمارستانی را به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان مطابق با قوانین و مقررات ارائه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	فهرست سازمان‌هایی که نتایج عفونت‌های بیمارستانی باید به آن‌ها گزارش شود با ذکر فواصل زمانی مربوطه و مستندات ارایه گزارش عفونت‌های بیمارستانی به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان	ه		ی		فهرست مذکور موجود نیست یا گزارش به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان انجام نمی‌شود	فهرست مذکور موجود است اما گزارش به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان در فواصل زمانی تعیین شده انجام نمی‌شود	فهرست مذکور موجود است و گزارش به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان در فواصل زمانی تعیین شده انجام می‌شود	
	ب		و		ک					
	ج		ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

۹-۴) گزارش بیماری‌های واگیر، غیر واگیر و موارد جدید، مطابق دستورالعمل وزارت متبوع

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته کنترل عفونت، با مشارکت واحد کنترل عفونت مواردی که گزارش بیماری‌های واگیر و غیرواگیر مطابق مقررات الزامی شده‌است را شناسایی نموده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	فهرست بیماری‌هایی که باید گزارش شود با ذکر نام سازمان‌های مربوطه و فواصل زمانی و مستندات گزارش بیماری‌های واگیر و غیرواگیر	ه		ی		فهرست موجود نیست یا گزارش هیچ بیماری واگیر و غیرواگیر انجام نمی‌شود	فهرست موجود است اما گزارش برخی از بیماری واگیر و غیرواگیر در فواصل زمانی تعیین شده انجام می‌شود	فهرست موجود است و گزارش تمام بیماری واگیر و غیرواگیر در فواصل زمانی تعیین شده انجام می‌شود	
	ب		و		ک					
	ج		ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

۹-۵) کمیته کنترل عفونت بیمارستانی حداقل یک‌بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند کمیته کنترل عفونت بیمارستانی حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	صورت جلسات کمیته کنترل عفونت بیمارستانی	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته کنترل عفونت بیمارستانی در بیمارستان تشکیل نمی‌شود	کمیته کنترل عفونت بیمارستانی در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود	کمیته کنترل عفونت بیمارستانی در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود	
	ب	حداقل یک‌بار در ماه	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر	یا	یا	و	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		۰-۱ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۲-۳ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۴-۵ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
			ط							

۱۰) کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج

۱۰-۱) کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی اقدامات ذیل را انجام می‌دهد:

۱۰-۱-۱) بررسی منظم همه موارد مرگ و میر (به ویژه موارد مرگ و میر غیرمنتظره)

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، تمامی موارد مرگ و میر را (به ویژه موارد مرگ و میر غیرمنتظره) را در فاصله زمانی که توسط کمیته مذکور مشخص شده است، بررسی می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۱	الف	فهرست مرگ و میر بیمارستان در ۶ ماهه اخیر و مستندات تعیین مرگ و میرها به ویژه مرگ و میرهای غیر منتظره	ه		ی		مستندات تعیین مرگ و میرهای غیرمنتظره وجود ندارد یا		مستندات تعیین مرگ و میرهای غیرمنتظره وجود دارد و
	ب	در فاصله زمانی تعیین شده توسط کمیته	و		ک		حتی یک مورد از مرگ ومیرها در فاصله زمانی تعیین شده بررسی نشده باشد		تمام موارد مرگ ومیرها در فاصله زمانی تعیین شده بررسی شده باشد
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه که طی نامه شماره ۳۳۶۳۵/س مورخ ۳/۱۷/۸۵ ابلاغ شده است به عنوان زیرمجموعه‌ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۲	الف	صورت جلسات کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه در بیمارستان تشکیل نمی‌شود یا ۱-۰ نفر آگاهی لازم را دارند	کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه با فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود	کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب	هر سه ماه یک‌بار و مطابق با ابلاغیه مذکور	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر		یا	و	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل			مفاد ابلاغیه مذکور به طور کامل رعایت نمی‌شود	مفاد ابلاغیه مذکور به طور کامل رعایت می‌شود	
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی		یا	و	
			ط					۲-۳ نفر آگاهی لازم را دارند	۴-۵ نفر آگاهی لازم را دارند	

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته مرگ مادران که طی نامه شماره ۲۱۱۶۰۸ مورخ ۸۴/۹/۱ به عنوان نظام مراقبت مرگ مادری ابلاغ شده است به عنوان زیرمجموعه‌ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۳	الف	صورت جلسات کمیته مرگ مادران	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته مرگ مادران در بیمارستان تشکیل نمی‌شود یا ۱-۰ نفر آگاهی لازم را دارند	کمیته مرگ مادران در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود	کمیته مرگ مادران در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب	مطابق با نظام کشوری مراقبت مرگ مادران به ویژه (صفحات ۴۳-۳۷) و ماهانه	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر		دستورالعمل برگزاری کمیته در نظام مذکور به طور کامل رعایت نمی‌شود	دستورالعمل برگزاری کمیته در نظام مذکور به طور کامل رعایت می‌شود	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل			یا	و	
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی		یا	و	
			ط					۲-۳ نفر آگاهی لازم را دارند	۴-۵ نفر آگاهی لازم را دارند	

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته مرگ پرینتال prinaltal که طی نامه شماره ۸۵/۹۳۰۲/پ/س مورخ ۱۸/۱۰/۸۴ ابلاغ شده است به عنوان زیر مجموعه‌ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۴	الف	صورت جلسات کمیته مرگ پرینتال	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته مرگ پرینتال در بیمارستان تشکیل نمی‌شود یا ۰-۱ نفر آگاهی لازم را دارند	کمیته مرگ پرینتال در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود	کمیته مرگ پرینتال در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب	هر ماه یک‌بار و مطابق دستورالعمل مربوطه	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر		یا	و	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل			مفاد دستورالعمل مذکور به طور کامل رعایت می‌شود	مفاد دستورالعمل مذکور به طور کامل رعایت می‌شود	
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی		یا	و	
			ط					۲-۳ نفر آگاهی لازم را دارند	۴-۵ نفر آگاهی لازم را دارند	

سنجه ۵. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته احیا نوزادان مطابق با بسته خدمتی احیا نوزاد که طی نامه شماره ۲۱۱۲۱۲ مورخ ۷/۶/۸۹ ابلاغ شده است به عنوان زیرمجموعه‌ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۵	الف	صورت جلسات کمیته احیا نوزادان	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته احیا نوزادان در بیمارستان تشکیل نمی‌شود یا ۰-۱ نفر آگاهی لازم را دارند	کمیته احیا نوزادان در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود	کمیته احیا نوزادان در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود	در بیمارستان‌های غیرجنرالی که بخش‌های مرتبط با این کمیته را ندارند مانند بخش زنان و زایمان- کودکان و نوزادان
	ب	مطابق با فصل پنجم بسته خدمتی احیا نوزادان و در فواصل زمانی ۲ بار در ماه	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر		یا	و	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل			مفاد فصل پنجم بسته خدمتی مذکور به طور کامل رعایت می‌شود	مفاد فصل پنجم بسته خدمتی مذکور به طور کامل رعایت می‌شود	
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی		یا	و	
			ط					۲-۳ نفر آگاهی لازم را دارند	۴-۵ نفر آگاهی لازم را دارند	

۱۰-۲) بررسی دوره‌ای عوارض

سنجه. خط مشی و روش پیگیری و بررسی دوره‌ای عوارض ایجاد شده برای بیماران، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۰-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۰-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و		ک	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه				
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
			ط							

۱۰-۳ پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی

سنجه. خط مشی و روش پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد ۰-۲	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد ۳-۶	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد ۷-۱۰	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ... هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد ۳-۶ یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
			ط							

۱۰-۱-۴) اتخاذ تدابیر به منظور کاهش عوارض و مرگ و میر در بیمارستان

سنجه. این کمیت‌ها با مشارکت افراد ذیربط، اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه جهت جلوگیری از تکرار عوارض مرگ و میرهای قابل اجتناب شناسایی شده را طراحی نموده و کارکنان براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	مستندات اقدامات اصلاحی لازم و پیشگیرانه و برنامه پایش مستمر و تصادفی انجام مداخلات اصلاحی توسط این کمیت‌ها و گزارش پایش‌های انجام شده به افراد ذیربط	ه		ی		مداخلات اصلاحی طراحی نشده‌است	مداخلات اصلاحی طراحی شده‌است اما بدون مشارکت افراد ذیربط یا برنامه پایش مستمر و تصادفی وجود ندارد یا گزارش پایش‌ها به افراد ذیربط انجام نمی‌شود	مداخلات اصلاحی با مشارکت افراد ذیربط طراحی شده‌است و برنامه پایش مستمر و تصادفی وجود دارد و گزارش پایش‌ها به افراد ذیربط انجام می‌شود	
	ب	مشارکت افراد ذیربط	و		ک					
	ج		ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

۱۰-۱-۵) برگزاری کنفرانس‌های مرتبط

سنجه. مستندات نشان می‌دهند که کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، کنفرانس‌های مرتبط با مرگ و میر و عوارض بیمارستانی را با هدف اطلاع‌رسانی و آگاه ساختن کارکنان در این زمینه، در بیمارستان برگزار می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	مستندات برگزاری کنفرانس‌های مرتبط با مرگ و میر و عوارض بیمارستانی و فهرست اعضای شرکت کننده	ه		ی	شرکت کنندگان	مستندات برگزاری کنفرانس‌های مذکور موجود نیست	مستندات برگزاری کنفرانس‌های مذکور موجود است	مستندات برگزاری کنفرانس‌های مذکور موجود است	
	ب		و		ک	در خصوص برگزاری کنفرانس‌های مذکور	۱-۰ نفر اظهار کنند که	۲-۳ نفر اظهار کنند که	۴-۵ نفر اظهار کنند که	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		کنفرانس‌های مذکور برگزار شده است	کنفرانس‌های مذکور برگزار شده است	کنفرانس‌های مذکور برگزار شده است	
	د		ح		م	۵ نفر				
			ط							

۱۰-۱-۶) گزارش نمونه‌های بیوپسی و اتوپسی و نکروپسی

سنجه. مستندات نشان می‌دهند که کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، گزارش نمونه‌های بیوپسی و اتوپسی و نکروپسی مورد نیاز را دریافت نموده و بررسی می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	صورت‌جلسات مربوط به بررسی موارد اتوپسی و بیوپسی و نکروپسی گزارش شده	ه		ی		صورت‌جلسه‌ای در زمینه بررسی هیچ‌یک از موارد مذکور در این کمیته وجود ندارد		صورت‌جلسه بررسی موارد اتوپسی و بیوپسی موجود است*	در این بیمارستان بیوپسی، اتوپسی و نکروپسی انجام نمی‌شود
	ب		و		ک					
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

*تذکر: وجود بررسی موارد نکروپسی برای اخذ امتیاز ۲ ضروری نیست و بر حسب مورد و نیاز براساس صلاحدید اعضای کمیته، بررسی‌های لازم انجام خواهند شد.

۱۰-۲) کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج حداقل هر ماه یکبار به طور منظم تشکیل جلسه می دهد.

سنجه. مستندات نشان می دهند کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج حداقل هر ماه یکبار به طور منظم تشکیل جلسه می دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	صورت جلسات کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج در بیمارستان تشکیل نمی شود یا ۱-۰ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی شود یا ۳-۲ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می شود و ۵-۴ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	
	ب	حداقل یک ماه یکبار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر				
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
			ط							

۱۱) کمیته بحران و بلایا:

۱۱-۱) کمیته بحران و بلایا موارد ذیل را انجام می‌دهد:

۱۱-۱-۱) بررسی و تعیین بحران‌ها و بلایا محتمل در منطقه و تدوین برنامه مستند جهت مقابله با بحران و بلایا

سنجه. مستندات نشان می‌دهند که کمیته بحران و بلایا، بحران‌ها و بلایای محتمل در منطقه را شناسایی و مستند نموده‌است و با هماهنگی مدیران ارشد، برنامه مقابله با بحران‌ها و بلایای محتمل شناسایی شده را تدوین نموده و به تایید مدیران ارشد رسانده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	مستندات مربوط به شناسایی بحران‌ها و بلایای محتمل در منطقه و برنامه مدون مقابله با بحران‌ها و بلایای محتمل شناسایی شده	ه		ی		بحران‌ها و بلایای محتمل شناسایی نشده‌اند	بحران‌ها و بلایای محتمل شناسایی شده‌اند اما	بحران‌ها و بلایای محتمل شناسایی شده‌اند	
	ب	با تایید مدیران ارشد	و		ک		برنامه مذکور تدوین نشده‌است	برنامه مذکور برای برخی از بحران‌های شناسایی شده تدوین شده‌است	برنامه مذکور برای تمام بحران‌های شناسایی شده تدوین شده‌است	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		یا			
	د		ح		م		به تایید مدیران ارشد نرسیده‌است	و	به تایید مدیران ارشد رسیده‌است	
			ط							

۱۱-۲) تدوین برنامه فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین‌های تعیین شده

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته بحران و بلایا برنامه فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین‌های آنان را تدوین نموده و به افراد مرتبط اطلاع رسانی کرده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	برنامه فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین‌های آنان	ه		ی	از کارکنان مرتبط	برنامه مذکور تدوین نشده است	برنامه مذکور تدوین شده است	برنامه مذکور تدوین شده است	
	ب		و		ک	درخصوص نحوه فراخوانی آنان	یا	اما	و	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		۱-۰ از افراد از آن اطلاع دارند	۳-۲ از افراد از آن اطلاع دارند	۵-۴ از افراد از آن اطلاع دارند	
	د		ح		م	۵ نفر				
			ط							

۱۱-۳) نظارت بر انجام وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات اعضای تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز بحران

سنجه. خط مشی و روش نظارت بر انجام وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات اعضای تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز بحران، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد ۰-۲	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد ۳-۶	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و		ک	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند		
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
			ط							

۱۱-۴) فعال سازی برنامه در زمان بروز بحران

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کارکنان مرتبط از نحوه فعال سازی برنامه در زمان بروز بحران اطلاع دارند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	برنامه فعال سازی	ه		ی	از کارکنان مرتبط	برنامه وجود ندارد یا	برنامه وجود دارد اما	برنامه وجود دارد و	
	ب		و		ک	در خصوص نحوه فعال سازی برنامه در زمان بروز بحران	۰-۱ نفر از افراد از برنامه اطلاع دارند	۲-۳ نفر از افراد از برنامه اطلاع دارند	۴-۵ نفر از افراد از برنامه اطلاع دارند	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	۵ نفر				
			ط							

۱۱-۵) نظارت بر برگزاری مانورهای فرضی، مانور آتش نشانی و تخلیه

سنجه. خط مشی و روش نظارت بر برگزاری مانورهای فرضی، مانور آتش نشانی و تخلیه، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ هدایت یک‌پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و		ک	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه				
	ج	دربیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	دربیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
			ط							

۱۱-۶) نظارت بر آموزش کامل تمامی کارکنان بیمارستان به تناسب نقش‌ها و مسئولیت‌ها در برنامه مربوطه

سنجه. خط مشی و روش نظارت بر آموزش کامل تمامی کارکنان بیمارستان در زمینه پیش‌گیری و مقابله با بحران، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای رده‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای رده‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ... هدایت یک‌پارچه سازمانی و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک					
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
			ط							

(۱۱-۲) کمیته کنترل بحران و بلایا حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند کمیته کنترل بحران و بلایا حداقل یک‌بار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	صورت‌جلسات کمیته کنترل بحران و بلایا	ه		ی	شرکت‌کنندگان در جلسات براساس صورت‌جلسات موجود	کمیته کنترل بحران و بلایا در بیمارستان تشکیل نمی‌شود	کمیته کنترل بحران و بلایا در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود	کمیته کنترل بحران و بلایا در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود	
	ب	حداقل یک‌ماه یک‌بار	و		ی	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر	تشکیل نمی‌شود	تشکیل نمی‌شود	تشکیل می‌شود	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		یا	یا	و	
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی	۰-۱ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۲-۳ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۴-۵ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	
			ط							

(۱۲) کمیته اورژانسی بیمارستانی

(۱۲-۱) کمیته تعیین تکلیف بیماران، براساس ضوابط ابلاغی، فعالیت می‌نماید.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته تعیین تکلیف بیماران مطابق با بخش‌نامه شماره ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵، فعالیت می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	صورت‌جلسات کمیته تعیین تکلیف بیماران	ه		ی	شرکت‌کنندگان در جلسات براساس صورت‌جلسات موجود	کمیته تعیین تکلیف بیماران تشکیل نمی‌شود	کمیته تعیین تکلیف بیماران در فواصل زمانی ۱-۳ ماه تشکیل می‌شود	کمیته تعیین تکلیف بیماران در فواصل زمانی ۱ ماه تشکیل می‌شود	
	ب	مطابق با بخش‌نامه و برحسب ضرورت حداقل ۳ ماه یک‌بار تشکیل می‌شود (تشکیل ماهانه کمیته مذکور مطلوب می‌باشد)	و		ی	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر	یا	یا	و	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		یا	یا	و	
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی	۰-۱ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۲-۳ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۴-۵ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	
			ط							

۱۲-۲) کمیته تریاژ بیمارستانی، براساس ضوابط ابلاغی، فعالیت می نماید.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند کمیته تریاژ بیمارستانی مطابق با بخش نامه ۱۰۰/۵۸۲ مورخ ۹۰/۴/۲۱، فعالیت می نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	صورت جلسات کمیته تریاژ	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته تریاژ در بیمارستان تشکیل نمی شود یا ۱-۰ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته تریاژ در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی شود	کمیته تریاژ در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می شود	
	ب	مطابق با بخش نامه و ماهانه	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر		یا	و	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل			مفاد بخش نامه مذکور به طور کامل رعایت نمی گردد	مفاد بخش نامه مذکور به طور کامل رعایت می گردد	
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی		یا	و	
			ط					۲-۳ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۴-۵ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	

۱۳) کمیته طب انتقال خون

۱۳-۱) همه عوارض ناخواسته انتقال خون و فراورده‌های خونی، ثبت شده و به کمیته طب انتقال خون بیمارستانی گزارش می‌شود.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند ثبت عوارض ناخواسته انتقال خون و فراورده‌های خونی که با شیوه‌ای معین و مدون از سوی کمیته طب انتقال خون و با همکاری بخش طب انتقال خون تهیه شده‌است، از سوی بخش‌های مرتبط اجرا می‌گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	برنامه ثبت و گزارش‌دهی عوارض ناخواسته تزریق خون و فراورده‌های خونی و مستندات ارسال آن به کمیته طب انتقال خون	ه		ی	پرستاران	برنامه ثبت و گزارش‌دهی وجود ندارد یا مستندات ارسال آن به کمیته وجود ندارد	گزارش‌دهی وجود دارد و مستندات ارسال آن به کمیته وجود دارد	گزارش‌دهی وجود دارد و مستندات ارسال آن به کمیته وجود دارد	در بیمارستان‌هایی که با توجه به نوع تخصص آن‌ها احتمال تزریق خون بسیار محدود می‌باشد مانند روان‌پزشکی
	ب		و		ک	چگونه عوارض ناخواسته تزریق خون و فراورده‌های خونی را گزارش می‌کنید؟	یا ۱-۰ نفر از این برنامه مطلع هستند	اما ۲-۳ نفر از این برنامه مطلع هستند	و ۴-۵ نفر از این برنامه مطلع هستند	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل					
	د		ح		م	۵ نفر				
			ط							

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند گزارش عوارض نا خواسته انتقال خون و فراورده‌های خونی، در کمیته طب انتقال خون بیمارستان بررسی شده و اقدامات اصلاحی و پیش‌گیرانه با مشارکت افراد ذی‌ربط، تدوین می‌گردد و کارکنان براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۲	الف	مستندات مربوط به بررسی عوارض نا خواسته انتقال خون و فراورده‌های خونی و تدوین اقدامات اصلاحی و پیش‌گیرانه با مشارکت افراد ذی‌ربط و برنامه پایش تصادفی مداخلات اصلاحی گزارش نتایج پایش به افراد و قسمت‌های مرتبط	ه		ی	از کارکنان مرتبط که باید به آن‌ها گزارش شود	عوارض ناخواسته تزریق خون و فراورده‌های خونی بررسی می‌شود و اقدامات اصلاحی با مشارکت افراد ذی‌ربط طراحی و ابلاغ می‌شود اما برنامه پایش تصادفی وجود ندارد یا گزارش نتایج پایش به افراد و قسمت‌های ذی‌ربط داده نمی‌شود یا ۲-۳ نفر اظهارکنند که گزارش نتایج پایش را دریافت کرده‌اند	عوارض ناخواسته تزریق خون و فراورده‌های خونی بررسی می‌شود و اقدامات اصلاحی با مشارکت افراد ذی‌ربط طراحی و ابلاغ می‌شود و برنامه پایش تصادفی وجود دارد و گزارش نتایج پایش به افراد و قسمت‌های ذی‌ربط داده می‌شود و ۴-۵ نفر اظهارکنند که گزارش نتایج پایش را دریافت کرده‌اند		در بیمارستان‌هایی که با توجه به نوع تخصص آن‌ها احتمال تزریق خون بسیار محدود می‌باشد مانند روان‌پزشکی
	ب		و		ک	آیا گزارش نتایج پایش را دریافت کرده‌اید				
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل	در بخش‌های مختلف				
	د		ح		م	۵ نفر				
			ط							

۱۳-۲) کمیته طب انتقال خون حداقل هر ۲ ماه یکبار (ترجیحا ماهانه) تشکیل جلسه می‌دهد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند کمیته طب انتقال خون حداقل هر ۲ ماه یکبار (ترجیحا ماهانه) تشکیل جلسه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	صورت جلسات کمیته طب انتقال خون	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت جلسات موجود	کمیته طب انتقال خون در بیمارستان تشکیل نمی‌شود	کمیته طب انتقال خون در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود	کمیته طب انتقال خون در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود	در بیمارستان‌هایی که با توجه به نوع تخصص آن‌ها احتمال تزریق خون بسیار محدود می باشد مانند روان پزشکی
	ب	حداقل دو ماه یکبار	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر	یا	یا	و	
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل		۱-۰ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۳-۲ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	۵-۴ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی				
			ط							

منابع

1. Joint Commission International; Accreditation Standards For Hospital ; Fourth Edition; 2010.
2. Tehewy M, Hussaainy N, Kassous SA, et al. (Arab work team of experts). Arab Accreditation tool for Healthcare Organization.2008 .
3. Ravaghi H, Sadat SM, Mostofian F, Vazirian S, Heydarpoor p, translators. Assessment of Patient Safety in Hospitals: a manual for evaluation. Ministry of health and medical education of Iran, Medical affairs deputy, Hospital management and clinical excellence office. 2nd edition; 2012.
4. Un Resident Coordinator System In Lebanon; Hospital Accreditation Standards ; 2009.
5. United States Agency International Development; Egyptian Hospital Accreditation Program: Standards; 2006.
6. Direction De 1 Amelioration De La Qualite Et De La Securite Des Soins; Manuel De Certification Des Etablissements De Santé ; V2010, November 2008
7. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards In Malaysia ; 2003.
8. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards In Malaysia ; 5 March; 2011.
9. Comprehensive accreditation manual for hospital (CAMH); 2012
10. Joint Commission On The Accreditation Of Healthcare Organizations (JCAHO); Hospital Accreditation Standards: Accreditation Policies, Standards, Elements Of Performance (HAS) ;2010 Edition.
11. Evidence And Information For Policy Department Of Health Service Provision(OSD), World Health Organization. Quality And Accreditation In Health Care Service, Switzerland ; Geneva;2003 .
12. Anne L. Rooney; Paul R . Van Ostenberg. Licensure; Accreditation, And Certification: Approaches To Health Service Quality ; Center For Human Services (CHS); 1999.
13. Cerqueira, Marcos; A Literature Review On The Benefits; Challenges And Trends In Accreditation As A Quality Assurance System ; Ministry Of Children And Family Development Contact, P:1-66.