



## ب. مراقبت و درمان

### ب-۱) مراقبت‌های عمومی و بالینی

در نسل سوم استانداردهای اعتباربخشی ملی ایران، وظیفه محوری وجه غالب استانداردها گردیده و با این رویکرد، مراقبت‌های عمومی بالینی در تمامی بخش‌های بیمارستان، ارزیابی می‌شوند. این زیر محور شامل مجموعه انتظارات مشترک در خصوص مراقبت و درمان بیماران بستری در تمامی بخش‌های عادی، ویژه و اورژانس است. لذا انتظار می‌رود تیم حاکمیتی و تیم مدیریت اجرایی بیمارستان در خصوص یکپارچگی کیفیت ارائه مراقبت و درمان بیماران در بخش‌های مختلف عادی، ویژه و اورژانس، برنامه‌ریزی و اقدام نماید.

#### ب ۱ ۱ ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار در محدوده زمانی تعیین شده انجام می‌شود.

##### دستاورد استاندارد

- ساماندهی و یکپارچه سازی فرآیند ارزیابی اولیه بیماران در بدو ورود به بخش‌های مختلف بیمارستان
- اثربخشی بیشتر مراقبت و درمان با استفاده از نتایج ارزیابی استاندارد اولیه پرستار
- آگاهی و تسلط پرستاران به تفاوت‌های فردی تک تک بیماران در حین مراقبت
- تاکید بر ارزیابی اولیه دقیق پرستاری و نقش آن در طرح مراقبت و درمان بیماران

سنجه. کارشناس پرستاری ارزیابی اولیه بیمار را در محدوده زمانی تعیین شده توسط بیمارستان انجام و فرم مربوط را تکمیل می‌نماید.

سطح سنجه □ الزامی □ اساسی □ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	تعیین و ابلاغ حداقل‌های لازم در ارزیابی اولیه پرستاری*	بررسی مستند
۱		تعیین و ابلاغ حداقل‌های لازم در ارزیابی اولیه پرستاری*	بررسی مستند
۲		تعیین و ابلاغ محدوده زمانی جهت انجام ارزیابی اولیه پرستاری**	بررسی مستند
۳		آگاهی پرستاران در بخش‌های بستری از نحوه ارزیابی اولیه و محدوده زمانی تعیین شده	مصاحبه
۴		انجام ارزیابی‌های اولیه پرستاری در محدوده زمانی تعیین شده و با ثبت حداقل موارد مشخص شده توسط کارشناس پرستاری	بررسی مستند
<p>* ارزیابی پرستاری یکی از اجزای مهم مراقبت‌های پرستاری جامع و اساس فرآیند پرستاری است. این اقدام در دو جزء تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی انجام می‌گیرد. حداقل‌های لازم جهت ارزیابی اولیه پرستاری توسط بیمارستان تعیین و نتایج حاصل از ارزیابی اولیه در فرم گزارش پرستاری / فرم تهیه شده از طرف بیمارستان ثبت می‌گردد. همچنین در انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر نیازی به انجام مجدد ارزیابی پرستاری (تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی) نمی‌باشد.</p> <p>❖ در صورت ابلاغ دستورالعمل ارزیابی اولیه پرستاری از سوی وزارت بهداشت، ملاک ارزیابی دستورالعمل ابلاغی خواهد بود.</p> <p>** تا زمان ابلاغ فرم و نحوه ارزیابی اولیه پرستاری از سوی وزارت بهداشت، محدوده زمانی مناسب جهت انجام ثبت ارزیابی اولیه توسط بیمارستان تعیین می‌شود.</p> <p>توصیه. در اولین مراجعه بیمار به بخش‌های سرپایی دیالیز، تالاسمی و شیمی درمانی در مواردی که بیماران بصورت برنامه ریزی شده و منظم به آن مراجعه می‌نمایند، ارزیابی اولیه پرستاری انجام و در پرونده این بیماران ثبت شود.</p> <p>🚑 ارزیابی اولیه پرستاری یکی از مراجع مهم تصمیم‌گیری پزشک معالج در تدوین طرح مراقبت و درمان بیماران است.</p>			توضیحات
مدیریت پرستاری، سرپرستاران			هدایت کننده



**ب ۱ ۲ پرستار بیمار را در بخش پذیرش نموده و برای تداوم مراقبت در گزارش پرستاری موارد مورد انتظار را ثبت می نماید.**

**دستاورد استاندارد**

- رعایت اصول پرونده نویسی و مسئولیت پذیری حقوقی و قانونی کارکنان در مراقبت و درمان
- پیشگیری از بروز چالش های حقوقی برای بیمارستان و کارکنان با توجه به ثبت دقیق وضعیت بیمار در زمان پذیرش
- سازماندهی کار تیمی در طرح مراقبت و درمان
- ایجاد ارتباط موثر پرستار و بیمار در بدو پذیرش به منظور آمادگی و جلب مشارکت بیمار در اجرای طرح مراقبت و درمان

سنجه ۱. ساعت و تاریخ پذیرش در بخش با مهر و امضاء پرستار در فرم گزارش پرستاری ثبت می شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ قید ساعت و تاریخ پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش*
بررسی مستند	۲ مهر و امضا در ذیل هر گزارش پرستاری
توضیحات	*قید ساعت و تاریخ پذیرش بیمار موید زمان آغاز برنامه مراقبت های پرستاری بیمار در هر بخش می باشد. ضروری است گزارش پرستاری توسط فرد ارایه دهنده مراقبت های پرستاری نوشته شده و مهر و امضا گردد.
هدایت کننده	مدیریت پرستاری، سرپرستاران

سنجه ۲. شکایت اصلی علت بستری و نحوه ورود بیمار (مانند صندلی چرخدار) در بدو پذیرش در بخش در گزار ش پرستاری توسط پرستار ثبت می شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ ثبت شکایت اصلی <sup>۱</sup> بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش*
بررسی مستند	۲ ثبت علت بستری بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش**
بررسی مستند	۳ ثبت نحوه ورود بیمار به بخش در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش
توضیحات	* شکایت اصلی بیمار بیان مشکل از زبان بیمار می باشد. ** علت بستری اشاره به تشخیص اولیه پزشک معالج دارد و در مواردی هم انجام اقدام خاصی مورد نظر است مانند انجام بیوپسی.
هدایت کننده	مدیریت پرستاری، سرپرستاران

سنجه ۳. نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت هوشیاری سلامت جسمی و وضعیت روحی بیمار در بدو پذیرش در بخش در گزارش پرستاری توسط پرستار ثبت میشود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ ارزیابی وضعیت هوشیاری* بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و ثبت آن در پرونده بیمار
بررسی مستند	۲ ارزیابی سلامت جسمی** بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و در هر بخش و ثبت آن در پرونده بیمار
بررسی مستند	۳ ارزیابی سلامت روحی** بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و در هر بخش و ثبت آن در پرونده بیمار
توضیحات	*نحوه ارزیابی وضعیت هوشیاری در بخش های بستری و اورژانس با استفاده از یک روش معتبر ، توسط بیمارستان تعیین شود. ** حداقل های لازم در ارزیابی سلامت جسمی و روحی بیمار در بخش های بستری تا زمان ابلاغ وزارت بهداشت، توسط بیمارستان تعیین شود. توصیه . در ارزیابی وضعیت روحی خطر اقدام به خودکشی در بیمار با روش معتبر ارزیابی و در برنامه ریزی مراقبت پرستاری مدنظر قرار گیرد.
هدایت کننده	مدیریت پرستاری ، سرپرستاران

<sup>1</sup> Chief complain



سنجه ۴. برنامه‌های درمانی و تشخیصی درخواست شده از سوی پزشک توسط پرستار پیگیری و در فرم گزارش پرستار ثبت می‌شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ کنترل تعداد دستورات صادره از طرف پزشک، ثبت تاریخ، ساعت و مهر و امضای آن*
بررسی مستند	۲ ثبت نتایج پیگیری برنامه‌های درمانی و تشخیصی درخواست شده در گزارش پرستاری
توضیحات	*دستورات صادره توسط پزشک باید بعد از هر بار ویزیت و در اولین فرصت ممکن توسط پرستار کنترل و برنامه ریزی گردد.
هدایت کننده	مدیریت پرستاری، سرپرستاران

سنجه ۵. در بدو پذیرش توضیحات و آموزش های لازم توسط پرستار به بیمار ارایه شده و در فرم گزارش پرستاری ثبت می‌شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تعیین و ابلاغ حداقل محتوای توضیحات و آموزش‌های لازم جهت ارایه به بیماران در بدو ورود به هر بخش توسط بیمارستان
مصاحبه	۲ اطلاع پرستاران از توضیحات و آموزش‌های لازم جهت ارایه به بیماران در بدو ورود
مصاحبه	۳ ارایه توضیحات و آموزش‌های لازم به بیماران در بدو ورود**
توضیحات	*در انتقال بیمار از یک بخش بستری به بخش بستری آموزش‌ها و توضیحات اختصاصی آن بخش بایستی به بیمار ارائه شود.
هدایت کننده	مدیریت پرستاری ، سرپرستاران

**ب ۱ ۳ ارزیابی اولیه بیمار توسط پزشک در محدوده زمانی تعیین شده انجام می‌شود.**

**دستاورد استاندارد**

- سازماندهی و یکپارچه سازی فرآیند ارزیابی اولیه بیماران در بدو ورود به بخش‌های مختلف بیمارستان
- اثربخشی بیشتر مراقبت و درمان با استفاده از نتایج ارزیابی استاندارد اولیه پزشک
- آگاهی و تسلط پزشکان به تفاوت‌های فردی تک تک بیماران در حین درمان
- شناسایی و مدیریت بیماران پرخطر و اورژانسی در ارزیابی اولیه

سنجه ۱. پزشک ارزیابی اولیه بیمار را در محدوده زمانی تعیین شده توسط بیمارستان انجام و باقید ساعت تاریخ مهر و امضا فرم شرح حال را تکمیل می‌نماید.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تعیین و ابلاغ محدوده زمانی مناسب جهت انجام ارزیابی اولیه بیمار** و تکمیل فرم شرح حال
مصاحبه	۲ آگاهی پزشکان از محدوده زمانی تعیین شده برای انجام ارزیابی اولیه بیمار
بررسی مستند	۳ انجام ارزیابی های اولیه بیماران در محدوده زمانی تعیین شده و تکمیل فرم شرح حال با قید مهر و امضای پزشک***
توضیحات	* محدوده زمانی مناسب جهت انجام ارزیابی اولیه و تکمیل فرم شرح حال توسط بیمارستان تعیین می‌شود. **ارزیابی اولیه پزشک شامل اطلاعات موجود در فرم شرح حال می‌باشد براساس نامه شماره ۱۰۰/۶۲۳۳ مورخ ۸۳/۸/۱۰ سازمان پزشکی قانونی ایران است. *** ارزیابی اولیه پزشک منجر به تشخیص/تشخیص های احتمالی اولیه می‌شود.
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش

سنجه ۲. در صورتی که ارزیابی اولیه پزشکی نشان دهد که بیمار در گروه پر خطر و اورژانس قرارداد، هم زمان با انجام اقدامات درمانی ضروری، ویزیت توسط پزشک از سرویس تخصصی مربوط انجام می شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
<b>روش ارزیابی</b>	<b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>
بررسی مستند	۱ ابلاغ نحوه عملکرد در خصوص بیماران پر خطر* به پزشکان و پرستاران
بررسی مستند	۲ ابلاغ نحوه عملکرد در خصوص بیماران اورژانس** به پزشکان و پرستاران
مصاحبه	۳ اطلاع پزشکان و پرستاران از نحوه عملکرد در خصوص بیماران پر خطر
مصاحبه	۴ اطلاع پزشکان و پرستاران از نحوه عملکرد در خصوص بیماران اورژانس
بررسی مستند	۵ ویزیت بیماران پر خطر توسط سرویس تخصصی*** مربوط در بازه زمانی مشخص****
بررسی مستند	۶ ویزیت بیماران اورژانس توسط سرویس تخصصی مربوط بلافاصله
توضیحات	* بیماران پر خطر، بیمارانی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی و درمانی ویژه در اولین فرصت می باشند، این بیماران به منظور تشخیص و درمان مشکلات فوری و بالقوه با اولویت و تحت نظر منظم و مستمر قرار می گیرند، مانند بیماران دچار دیابت، بیماری های خود ایمن، نقص ایمنی ** بیماران اورژانس به بیمارانی بدحالی اطلاق می شود که به هر دلیل در شرایط تهدید کننده حیات قرار گرفته و ارائه مراقبت های فوری ضرورت پایدار سازی و خروج آنها از شرایط بحرانی است. البته بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس در همه موارد بیمار اورژانسی نیستند. *** منظور از سرویس تخصصی مربوط، پزشک مقیم با تخصص مرتبط/ پزشک آنکال با تخصص مرتبط/ در بیمارستان های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است. **** تعیین بازه زمانی در ابلاغ نحوه عملکرد در خصوص بیماران پر خطر با تشخیص بیمارستان است. فاصله زمانی ثبت درخواست توسط پزشک مسئول ارزیابی اولیه تا زمان انجام ویزیت سرویس تخصصی مرتبط ملاک ارزیابی است. توصیه ۱. لیست بیماران پرخطر و اورژانس در هر بخش تهیه و در دسترس کارکنان بالینی قرار گیرد. توصیه ۲. پیش بینی ساز و کاری برای اطلاع رسانی فوری درخواست ویزیت تخصصی سرویس مربوطه برای بیماران اورژانس
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش، مسئول فنی بیمارستان

<b>ب</b>	<b>۱</b>	<b>۴</b>	<b>اقدامات مراقبتی و درمانی براساس ارزیابی های اولیه، طراحی و اجرا می شود.</b>
<b>دستاوردها استاندارد</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>اجرای طرح مراقبت و درمان، مبتنی بر شواهد بالینی بیماران</li> <li>ایمن سازی طرح مراقبت و درمان با توجه به وضعیت بیماران</li> <li>توجه به نیاز های اجتماعی بیماران همزمان با اجرای طرح مراقبت و درمان</li> <li>ارتقای سلامت بیماران از طریق اجرای برنامه های خود مراقبتی و باز توانی</li> </ul>			

سنجه ۱. پزشک ضمن آگاهی از نتایج ارزیابی پرستاری تصمیمات درمانی و تشخیصی را اتخاذ می نماید.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
<b>روش ارزیابی</b>	<b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>
مشاهده و مصاحبه	۱ گزارش نتایج حاصل از ارزیابی های پرستاری در ویزیت روزانه*
بررسی مستند	۲ در نظر گرفتن نتایج ارزیابی پرستاری بیمار در طراحی برنامه مراقبتی و درمانی توسط پزشک
بررسی مستند	۳ دستورات مراقبت و درمان توسط پزشک در پایان هر ویزیت در پرونده بیمار ثبت می شود
توضیحات	* با توجه به این که پرستار مسئول بیمار از نیاز های بیمار یک ارزیابی کامل و جامع دارد شرکت ایشان در ویزیت های روزانه و ارائه خلاصه گزارش ارزیابی های پرستاری به صورت شفاهی مربوط به ۲۴ ساعت گذشته ضروری می باشد.
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش، مسئول فنی بیمارستان

سنجه ۲. پزشک دستورات تشخیصی، درمانی و مراقبتی، تسکینی، آرامبخشی را براساس نتایج ارزیابی اولیه و تشخیص/تشخیص های احتمالی اولیه در برگه دستورات پزشکی ثبت می نماید.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ برنامه ریزی مراقبتی، تسکینی و آرام بخشی طراحی شده برای بیمار براساس تشخیص/تشخیص های احتمالی اولیه*
بررسی مستند	۲ ثبت تمامی دستورات تشخیصی، درمانی و مراقبتی، تسکینی و آرامبخشی توسط پزشک**
توضیحات	*مشکلات واقعی یا بالقوه بیمار که در ارزیابی اولیه یا براساس تشخیص / تشخیص های احتمالی اولیه شناسایی شده اند باید در برنامه مراقبتی و درمانی طراحی شده از طرف پزشک لحاظ شوند. پزشک وضعیت بیماران پرخطر، نیازمند مراقبت فوری و نیازمند مراقبت حاد را در اولین ارزیابی بیمار شناسایی و در برنامه مراقبتی درمانی طراحی شده لحاظ می نماید. ** تایید دستورات شفاهی در موارد خاص توسط پزشک در برگه دستورات پزشکی
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش، مسئول فنی بیمارستان

سنجه ۳. پزشک براساس نتایج ارزیابی های اولیه، پس از اخذ تصمیمات بالینی، توضیحاتی را درخصوص تشخیص / تشخیص های احتمالی اولیه، تصمیمات تشخیصی و درمانی اولیه و عوارض احتمالی به بیمار و خانواده ارائه می نماید و با آگاهی و مشارکت آن ها طرح درمان اجرا می شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مصاحبه	۱ مطلع نمودن بیمار / بستگان قانونی از تشخیص/ تشخیص های احتمالی اولیه *
مصاحبه	۲ مطلع نمودن بیمار / بستگان قانونی از تصمیمات تشخیصی و درمانی اولیه
مصاحبه	۳ مطلع نمودن بیمار / بستگان قانونی از عوارض احتمالی
مصاحبه	۴ ارائه طرح مراقبتی و درمانی پیشنهادی پزشک به بیمار/ بستگان قانونی و جلب مشارکت ایشان
توضیحات	*انجام هیچ یک از فعالیت های یاد شده نباید موجب تاخیر در ارائه خدمات حیاتی به بیمار گردد.
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش، مسئول فنی بیمارستان

سنجه ۴. پزشک، داروهای درحال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش، بررسی و در مورد ادامه، قطع داروها و یا انجام مشاوره تصمیم گیری کرده و در صورت تایید تداوم مصرف دارو، در برگه دستورات پزشکی بیمار ثبت می نماید.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مشاهده	۱ ثبت داروهای فعلی مصرفی بیمار در برگ شرح حال
مشاهده/مصاحبه	۲ تصمیم گیری* در خصوص ادامه / قطع داروهای فعلی مصرفی براساس قضاوت بالینی / مشاوره
بررسی مستند	۳ ثبت داروهای مجاز مصرفی بیمار در طی مدت بستری در برگ دستورات پزشک
توضیحات	*تلفیق دارویی به معنی تصمیم گیری در مورد ادامه و یا قطع داروهای مصرفی بیمار می باشد و پزشک از داروهای مصرفی بیمار در مدت بستری وی اعم از مرتبط یا غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار آگاهی دارد.
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش، مسئول فنی بیمارستان



سنجه ۵. شرایط تهدید کننده ایمنی که در ارزیابی اولیه بیمار شناسایی شده است، توسط کارکنان درمانی برنامه ریزی و کنترل می شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تعیین شرایط تهدید کننده ایمنی و ابلاغ آن توسط بیمارستان
۲	برنامه ریزی به منظور کنترل شرایط تهدید کننده ایمنی* بیمار شناسایی شده در ارزیابی اولیه پرستاری و پزشکی
۳	اجرای برنامه پیشگیری و کنترل شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار براساس ارزیابی اولیه
توضیحات	*شرایط تهدید کننده ایمنی: براساس ابلاغیه شماره ۴۰۰/۱۵۳۰۷ مورخ ۹۵/۵/۱۹ وزارت بهداشت با موضوع رسیدگی به و گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات، و بیماران مستعد خودکشی شناسایی می شود. توصیه جهت کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی بیماران لازم است براساس ابلاغیه شماره ۴۰۹۵/۱۰۷۵۷ مورخ ۹۳/۶/۱۲ وزارت بهداشت اقدامات پیشگیرانه به عمل آید.
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش، مسئول فنی بیمارستان، سرپرستار

سنجه ۶. کارکنان درمانی براساس ارزیابی اولیه خدمات خود مراقبتی و بازتوانی مورد نیاز بیماران را شناسایی، و طبق آن اقدام می نمایند.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	شناسایی خدمات خود مراقبتی* مورد نیاز بیماران در ارزیابی اولیه
۲	آموزش اجرای خدمات خود مراقبتی به بیماران
۳	شناسایی خدمات باز توانی مورد نیاز بیماران در ارزیابی اولیه
۴	برنامه ریزی برای فراهم کردن خدمات باز توانی مورد نیاز بیماران
توضیحات	خودمراقبتی مجموعه ای از اعمالی است که فرد به صورت اکتسابی، آگاهانه و هدفدار برای خود، فرزندان و خانواده اش انجام می دهد تا از لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی سالم بماند و همچنین در صورت ابتلا به بیماری و بستری در بیمارستان براساس آموزش های دریافتی در حین بستری و پس از ترخیص از سلامت خود و خانواده اش حفاظت نماید.
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش، مسئول فنی بیمارستان

سنجه ۷. مددکار اجتماعی براساس اطلاعات اخذ شده از سیستم اطلاعات بیمارستان و گزارش پرستاری نیازهای مددجو را شناسایی و اقدامات حمایتی لازم به عمل می آورد.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	امکان وارد کردن نتایج ارزیابی پرستاری که نیازمندی بیمار به مددکاری را مشخص می کند در سیستم HIS
۲	فراهم شدن قابلیت گزارش گیری اطلاعات مورد نیاز مددکاری از فرم پذیرش و نتایج ارزیابی پرستاری در سیستم HIS
۳	بهره مندی بیمار از خدمات حمایتی مددکاری اجتماعی با معیارهای معین*
توضیحات	* بیمارستان ابتدا معیارهای شناسایی بیماران نیازمند دریافت خدمات حمایتی مددکاری اجتماعی را تعیین و ابلاغ نماید. مددکاری اجتماعی با ارزیابی شرایط مادی و معنوی بیماران و در قالب هماهنگی با نهادها، سازمانها و موسسات مرتبط خارج از بیمارستان با ارائه مجموعه ای از فعالیت های حرفه ای زمینه بهره مندی مناسب بیمار از خدمات نظام سلامت را فراهم می کند.
هدایت کننده	سرپرستار، مددکار اجتماعی



ب ۱ ۵ جداسازی بیماران عفونی، روان پزشکی و پر خطر اجتماعی برنامه ریزی و اجرا می شود.

دستاورد استاندارد

- مراقبت از ایمنی بیماران به واسطه جداسازی بیماران عفونی
- ارائه مراقبت های اختصاصی به بیماران روان پزشکی و افزایش ایمنی بیماران روانپزشکی

سنجه ۱. روش اجرایی "جداسازی بیماران روانپزشکی" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند	
سطح سنجه	□ الزامی □ اساسی □ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
۵	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
۶	لحاظ معیارهای جدا سازی، روش های پیشگیری از آسیب به خود و دیگران در روش اجرایی
۷	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
۸	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی جداسازی بیماران روان پزشکی
۹	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۱۰	انطباق عملکرد بخش مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ
هدایت کننده رئیس بخش، سرپرستار بخش	

سنجه ۲. روش اجرایی "جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به سایر بیماران" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.	
سطح سنجه	□ الزامی □ اساسی □ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی شامل معیار های جدا سازی، نوع جداسازی
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
۵	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
۶	لحاظ معیارهای جدا سازی، روش های پیشگیری از سرایت در روش اجرایی
۷	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
۸	آگاهی کارکنان مرتبط از مراحل و شیوه جداسازی
۹	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۱۰	انطباق عملکرد بخش مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ
هدایت کننده کمیته کنترل عفونت، مدیر پرستاری، رئیس بخش و سرپرستار	

سنجه ۳. روش اجرایی "جداسازی بیماران با رفتار پرخطر اجتماعی" با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
۵	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
۶	لحاظ معیارهای جدا سازی، روش های پیشگیری از آسیب به خود و دیگران* در روش اجرایی
۷	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
۸	آگاهی کارکنان مرتبط از مراحل و شیوه جداسازی
۹	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۱۰	انطباق عملکرد بخش مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ
توضیحات	*از جمله استفاده از مشاوره روانپزشکی و پزشکی قانونی در شناسایی این گونه بیماران لازم است. همچنین براساس اصول حرفه ای و اخلاق پزشکی رعایت شان و منزلت و رعایت محرمانگی پرونده همه بیماران از جمله بیماران با احتمال رفتارهای پرخطر اجتماعی الزامی است. بیماران با سابقه رفتارهای اجتماعی پرخطر مانند شرارت های اخلاقی و ناهنجاری شخصیتی حاد و ... رفتار پر خطر به رفتاری گفته می شود که تاثیرات مستقیم و غیر مستقیم در سلامت فرد و جامعه دارد و عواقب منفی در آن ها به جا می گذارد. اما در این استاندارد تاثیرات مستقیم در سلامت جسمی و روحی سایر بیماران بستری در بخش مد نظر است.
هدایت کننده	مددکار اجتماعی، مدیر پرستاری، رئیس بخش و سرپرستار

ب ۱ ۶	قبل از انجام هرگونه اقدام مراقبتی، تشخیصی، درمانی هویت بیمار حداقل با دو شناسه احراز می شود.
دستاورد استاندارد	
<ul style="list-style-type: none"> <li>پیشگیری از هرگونه خطای پزشکی</li> <li>ارائه خدمات منطبق بر طرح مراقبت و درمان به هریک از بیماران با مدیریت احراز هویت در حین بستری</li> <li>امکان ردیابی سوابق مراجعات قبلی و پیگیری ادامه مراقبت و درمان پس از ترخیص</li> <li>مدیریت اطلاعات سلامت بیماران</li> </ul>	

سنجه. قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی- درمانی شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه مطابق بخش نامه ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد.	
سطح سنجه	<input checked="" type="checkbox"/> الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	آگاهی کارکنان از نحوه شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی
۲	تعیین حداقل دو شناسه معین براساس دستورالعمل ابلاغی*
۳	شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی توسط کارکنان بالینی طبق دستورالعمل ابلاغی**
۴	استفاده از دستبند شناسایی برای تمامی بیماران بستری در بخش های عادی، ویژه و بخش اورژانس***
توضیحات	*شناسه بیماران شامل نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و توصیه می شود، کد رایانه ای پذیرش (ID.Code) بیمار در دست شناسایی بیماران قید شود. ** طبق دستورالعمل راهنمایی شناسایی صحیح بیماران در ابلاغیه شماره ۱۰۷۵۷/۴۰۹۵ مورخ ۹۳/۶/۱۲ *** به منظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند(دست بند) شناسایی جهت دریافت اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی باشند.
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سرپرستار



ب ۱ ۷ مراقبت های پزشکی مورد نیاز بیماران بستری به صورت مستمر و بدون وقفه ارائه می شود.

دستاورد استاندارد

- دسترسی به موقع بیماران به پزشک ذیصلاح در تمام ساعات شبانه روز
- ارائه مراقبت و درمان پیوسته در قالب کارگروهی پزشکان معالج، مقیم و آنکال
- ارائه خدمات پزشکان مقیم و آنکال برابر وظایف محوله در مقررات

سنجه ۱. پزشکان متخصص مقیم بیمارستان براساس برنامه تحول نظام سلامت به صورت شبانه روزی در بیمارستان حضور دارند و طبق وظایف محوله و براساس دستورالعمل ابلاغی فعالیت می نمایند.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	تنظیم برنامه شبانه روزی جهت حضور پزشکان متخصص مقیم
مصاحبه	اطلاع پزشکان متخصص مقیم از برنامه مقیمی خود
مصاحبه و مشاهده	حضور پزشکان متخصص مقیم طبق برنامه تنظیمی
بررسی مستند و مصاحبه	فعالیت پزشکان متخصص مقیم طبق وظایف محوله*
توضیحات *ضوابط بسته مقیمی برنامه تحول نظام سلامت در تنظیم برنامه مقیمی در بیمارستان های وابسته به دانشگاه رعایت می شود و در بیمارستانهای غیرمشمول بسته مقیمی طرح تحول نظام سلامت.	
هدایت کننده رئیس/مدیرعامل بیمارستان، رئیس بخش	

سنجه ۲. برنامه مراقبت و درمان در تمامی روزهای هفته اعم از تعطیل و غیرتعطیل توسط پزشک مقیم/آنکال با هدایت پزشک معالج استمرار داشته و تغییرات وضعیت بیمار و برنامه مراقبت، در پرونده بیمار ثبت می شود.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	تنظیم برنامه* برای پوشش روزهای تعطیل/مرخصی پزشک متخصص معالج
بررسی مستند	انجام ویزیت توسط پزشک متخصص حداقل یک بار در هر ۲۴ ساعت و ثبت آن در پرونده بیمار
بررسی مستند و مصاحبه	استمرار مراقبت و درمان در موارد عدم دسترسی به پزشک معالج توسط پزشک مقیم** / آنکال و گزارش آن به پزشک معالج
بررسی مستند و مصاحبه	ثبت تغییرات وضعیت بیمار و برنامه مراقبت توسط پزشک مقیم/آنکال/جانشین در پرونده بیمار
توضیحات * فراهم ساختن امکان ویزیت از سرویس تخصصی جایگزین (مثلا داخلی به جای قلب) در موارد ضروری که به هر دلیل امکان دسترسی به تخصص اصلی مربوط وجود نداشته باشد. **پزشکان مقیم به پزشکان متخصصی اطلاق می گردد که طبق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت جهت ارائه خدمات به صورت شبانه روزی حضور دارند.	
هدایت کننده رئیس/مدیرعامل بیمارستان، رئیس بخش	

سنجه ۳. پزشکان متخصص آنکال به صورت شبانه روزی در دسترس بوده و براساس وظایف محوله ارائه خدمت می نمایند.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	تنظیم برنامه شبانه روزی جهت پزشکان متخصص آنکال
مصاحبه	اطلاع پزشکان متخصص از برنامه تنظیمی
بررسی مستند و مصاحبه	حضور پزشکان متخصص آنکال در مهلت مقرر*
مصاحبه	ارایه خدمت توسط پزشکان متخصص آنکال به صورت شبانه روزی
توضیحات *مهلت تعیین شده برای حضور پزشکان آنکال در هر رشته تخصصی مطابق با آخرین دستورالعمل ارسالی وزارت بهداشت خواهد بود.	
هدایت کننده رئیس/مدیرعامل، رئیس بخش	



سنجه ۴. دستیابی بیماران به پزشکان دارای صلاحیت به ایام تعطیل، روزهای هفته یا ساعت خاصی از شبانه روز بستگی ندارد.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	ویزیت بیماران توسط پزشک معالج/جانشین ذیصلاح*
۲	امکان بهره‌مندی شبانه روزی و مستمر بیمار از خدمات پزشک مقیم/ آنکال هم رشته با پزشک متخصص معالج
توضیحات	* پزشک جانشین ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص با تخصص مرتبط/ پزشک آنکال با تخصص مرتبط/ در بیمارستان های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل، رئیس بخش

<b>ب ۱ ۸</b> مراقبت‌های پرستاری برای بیماران بستری به صورت مستمر و بدون وقفه ارائه می‌شود.	
دستاورد استاندارد	
<ul style="list-style-type: none"> <li>کسب اطمینان از تداوم مراقبت از بیماران در تمام ساعات شبانه روز</li> <li>پیشگیری از بروز مشکلات مراقبتی در ساعات تحویل شیفت های سه گانه</li> </ul>	

سنجه ۱. در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل شیفت، مراقبت از بیماران توسط پرستاران تداوم دارد.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	در نظر گرفتن مهلت مقرر جهت هم پوشانی هنگام تحویل بخش‌ها براساس قانون ارتقا بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت
۲	حضور پرستاران تحویل دهنده و تحویل گیرنده شیفت در مدت زمان هم پوشانی شیفت‌ها
۳	عدم تاخیر در ارایه مراقبت‌ها در ساعات تغییر شیفت*
توضیحات	* ساعات کار کارکنان بالینی باید طوری تنظیم شود که امکان تحویل بیماران با حضور پرسنل هر دو شیفت بر بالین بیمار فراهم شود و براساس دستورالعمل ارتباط صحیح کارکنان در زمان تحویل بیماران، نامه شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷ مورخ ۹۳/۶/۱۲ اقدام شود.
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستاران

سنجه ۲. در مواردی که پرستار حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید با تعیین جانشین، مراقبت از بیماران تداوم دارد	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	حضور پرستار مسئول بیمار در بخش در کلیه ساعات شبانه روز
۲	تحویل بیماران از طرف پرستار ترک کننده شیفت به پرستار جانشین قبل از ترک بخش محل کار*
۳	ثبت تغییر مراقبت در گزارش پرستاری
توضیحات	* پرستار جانشین بایستی ضمن ارائه مراقبت‌های لازم، گزارش اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت نماید.
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار بخش



ب ۱ ۹ مراقبت‌های پرستاری به شیوه موردی<sup>۱</sup> برنامه ریزی و ارائه می شود.

دستاورد استاندارد

- ارائه مراقبت‌های پرستاری براساس روش های علمی و به روز
- مدیریت و یکپارچه سازی مراقبت‌های پرستاری هریک از بیماران توسط یک پرستار معین
- بهبود گردش اطلاعات بیمار با محور پرستار مسئول

سنجه ۱. در هر نوبت کاری برای هر بیمار، پرستار مسئول مشخصی تعیین شده و خدمات و مراقبت‌های پرستاری مورد نیاز هر بیمار، با مسئولیت پرستار بیمار و کمک سایر اعضای تیم مراقبت تامین می‌شود.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
بررسی مستند و مصاحبه	تعیین پرستار مسئول در هر نوبت کاری برای هر بیمار	۱
بررسی مستند	تقسیم متوازن بیماران بین پرسنل پرستاری در هر شیفت	۲
بررسی مستند و مصاحبه	تقسیم بیمار بین تمامی پرستاران حاضر براساس برنامه کاری به غیر از سر پرستار**	۳
بررسی مستند	ثبت گزارش پرستاری توسط پرستار ارائه دهنده خدمت	۴
توضیحات		**سایر اعضا تیم مراقبت: بهیار/کمک پرستار **توزیع متوازن نیروی انسانی پرستاری در بخش‌های مختلف بیمارستان به نحوی که غیر از سرپرستار سایر نیروهای پرستاری به میزان یکسان در مراقبت از بیماران مشارکت داشته باشند و از تعریف پست‌های غیر رسمی مانند استف خودداری شود. تعیین مسئول شیفت در شیفت های عصر و شب ضروری است.
هدایت کننده		مدیر پرستاری، سرپرستار

سنجه ۲. در هر نوبت کاری پرستار مسئول بیمار، خود را به بیمار معرفی کرده و در پرونده و تابلوی مشخصات بیمار، نام پرستار زیر نام پزشک معالج قید می‌شود.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
مصاحبه	معرفی پرستار مسئول مراقبت در شروع هر شیفت کاری به بیمار / همراه	۱
مشاهده	ثبت نام پرستار مسئول مراقبت از بیمار در پرونده** و تابلوی مشخصات بالای سر بیمار**	۲
توضیحات		**در فرم گزارش پرستاری پرونده بالینی بیمار **تابلوی بالای سر بیمار فقط شامل اطلاعات مربوط به شماره تخت ، نام پزشک و نام پرستار می باشد و با توجه به اصل محرمانگی از ذکر نام بیمار و تشخیص بیماری خودداری شود. منظور از تابلوی مشخصات بیمار، نام و تشخیص بیماری وی نیست. مشخصات این تابلو شامل نام پزشک معالج و پرستار است.
هدایت کننده		مدیر پرستاری، سرپرستار

<sup>1</sup> Case method

ب ۱ ۱۰ ارتباط با بیمار براساس اصول اخلاق حرفه ای و روش های ارتباطی موثر است.

دستاورد استاندارد

- ترویج فرهنگ بیمارمحوری
- تکریم بیماران و افزایش رضایت آنان
- رعایت اصول حرفه ای و اخلاقی پزشکی در ارتباط با بیماران
- افزایش اعتماد و اطمینان بیماران به بیمارستان و مشارکت بیشتر آنها در فرآیندهای خود مراقبتی
- ایجاد آرامش بیشتر در بخش های بالینی و پیشگیری از نارضایتی های ذهنی بیماران و همراهان به واسطه نداشتن اطلاعات کافی
- کاهش آمار شکایات و تنش های میان بیمار/همراهان با کارکنان بالینی

سنجه ۱. پزشکان با روی گشاده، ضمن معرفی خود با بیماران ارتباط اطمینان بخش برقرار نموده و پرسش های بیماران را پاسخگو هستند.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	نمره
مصاحبه	برقراری ارتباط مناسب و اطمینان بخش پزشک با بیمار / بستگان قانونی*	۱
مصاحبه	معرفی پزشک به بیمار/ بستگان قانونی با برخورد مشفقانه و احترام آمیز	۲
مصاحبه	اختصاص وقت کافی جهت پاسخ گویی به پرسش های بیماران**	۳
توضیحات		*رضایت و اعتماد بیمار به پزشک درخصوص ارائه توضیحات و پاسخ به پرسش هایش موید ارتباط موثر او با بیمار است. **در صورتی که تیمی متشکل از چندین پزشک مسئول درمان بیمار است، بیمارستان پزشک/پزشکان مجاز و مسئول پاسخگویی به بیمار را تعیین می نماید. همچنین در هیچ شرایطی نبایستی جهت پاسخ گویی به سوالات، پزشک معالج، بیمار /همراه را به کلینیک ارجاع بدهد.
هدایت کننده		معاون درمان، رئیس بخش

سنجه ۲. پرستاران با روی گشاده، ضمن معرفی خود با بیماران ارتباط اطمینان بخش برقرار کرده و پرسش های بیماران را پاسخگو هستند.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	نمره
مصاحبه	برقراری ارتباط موثر و اطمینان بخش* پرستار با بیمار / بستگان قانونی	۱
مصاحبه	اختصاص وقت کافی جهت پاسخ گویی به پرسش های بیماران	۲
توضیحات		*رضایت و اعتماد بیمار به پرستار درخصوص ارائه توضیحات و پاسخ به پرسش هایش موید ارتباط موثر او با بیمار است.
هدایت کننده		مدیر پرستاری، سرپرستار

سنجه ۳. در حین ارائه خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، حریم شخصی، محرمانگی اطلاعات و ارزش های مورد قبول بیماران رعایت می شود.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	نمره
مصاحبه و مشاهده	حفظ حریم شخصی هنگام ارائه خدمات*	۱
مصاحبه و مشاهده	حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار در تمامی بخش ها/واحدها**	۲
مصاحبه	رعایت ارزش های مورد قبول بیماران***	۳
توضیحات		* پوشیدگی بدن بیماران و وجود حریم های خصوصی ** تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به پرونده بیماران در بخش اورژانس، عدم درج تشخیص بیماری در تابلوی بالای سر بیمار، جلوگیری از عکاسی از فضاهای درمانی بدون اخذ موافقت بیماران حاضر در اتاق بیماران. *** مانند رعایت اصول شرعی مطابق دین و مذهب بیمار مانند ارائه خدمات توسط کادر همگن در صورتی که موجب به مخاطره افتادن حیات بیمار نگردد.
هدایت کننده		کمیته اخلاق پزشکی، رئیس بخش، سرپرستار



ب ۱ ۱۱ خدمات پاراکلینیکی و دارویی مورد نیاز بیماران بستری به صورت مستمر و بدون وقفه ارائه می شود

دستاورد استاندارد

- ارائه خدمات پاراکلینیکی روتین و اورژانس هماهنگ با خدمات مراقبت و درمان در تمام ساعات شبانه روز
- تامین دارو و تجهیزات مورد نیاز بیماران بصورت برنامه ریزی شده و در قالب کارگروهی در تمام ساعات شبانه روز
- پیشگیری از هرگونه وقفه در تشخیص و درمان بیماران براساس برنامه ریزی های منسجم بین گروه های بالینی، مدیریت دارویی و پاراکلینیک

سنجه ۱. خدمات پاراکلینیکی مورد نیاز بیماران به صورت برنامه ریزی شده در تمام ساعات شبانه روز ارائه می شود.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	توضیحات	هدایت کننده
بررسی مستند	تدوین لیست خدمات پاراکلینیکی اورژانس** و غیر اورژانس متناسب با خدمات تخصصی ارائه شده توسط بیمارستان	*خدمات پاراکلینیکی شامل هر گونه اقدامات تشخیصی یا بازتوانی بیمار است. **خدمات پاراکلینیکی اورژانس در بخش اورژانس در کمیته اورژانس برنامه ریزی و هدایت می شود. ***تنظیم برنامه براساس روزها و ساعات ارائه خدمات متناسب با وضعیت اورژانسی و غیر اورژانسی خدمت، حجم بیماران نیازمند خدمت، سطح بیمارستان از لحاظ سطح بندی، تعداد پرسنل ارائه دهنده خدمت پاراکلینیک ****خدمات پاراکلینیکی که در بیمارستان ارائه نمی گردد با مسئولیت و هماهنگی بیمارستان در مراکز طرف قرارداد انجام و همراهان بیمار مسئولیتی در این زمینه ندارند.	معاون درمان، مدیرپرستاری، مدیر بیمارستان، روسای بخش های پاراکلینیکی
بررسی مستند	برنامه ریزی*** به منظور ارائه خدمات پاراکلینیکی به صورت شبانه روزی		
مصاحبه	تامین شبانه روزی خدمات پاراکلینیکی غیر قابل ارائه**** توسط بیمارستان از سایر مراکز تشخیصی با عقد قرارداد		

سنجه ۲. خدمات دارویی مورد نیاز بیماران به صورت برنامه ریزی شده در تمام ساعات شبانه روز ارائه می شود.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	توضیحات	هدایت کننده
مشاهده	تامین داروهای تعیین شده در فارماکوپه بیمارستان به صورت شبانه روزی*	*بیمارستان در خصوص تامین داروهای مورد نیاز حسب شرایط داروخانه برنامه ریزی می کند اما نتیجه هر نوع برنامه ریزی بایستی به نحوی باشد که هیچ بیمار بستری برای تامین داروی مورد نیاز به علت غیر فعال بودن داروخانه معطل نباشد. **خدمات دارویی که در بیمارستان ارائه نمی گردد با مسئولیت و هماهنگی بیمارستان از مراکز طرف قرارداد تامین می شود و همراهان بیمار مسئولیتی در این زمینه ندارند.	معاون درمان، رئیس بخش مراقبت های دارویی
مصاحبه	تامین شبانه روزی خدمات دارویی غیر قابل ارائه توسط بیمارستان از سایر مراکز با هماهنگی بیمارستان**		

ب ۱ ۱۲ مراقبت‌های مستمر و یکپارچه با محوریت پزشک معالج ارائه می‌شود.

دستاورد استاندارد

- رهبری بالینی منسجم توسط پزشک معالج و اثربخشی بهتر مراقبت و درمان
- پیشگیری از قصور و یا ارائه خدمات مازاد بر نیاز بیماران
- سازماندهی طرح مراقبت و درمان توسط پزشک معالج
- مدیریت دستورات پزشکی برابر موازین قانونی و اصول مستندات پزشکی

سنجه ۱. تمامی اقدامات تشخیصی، درمانی و مشاوره‌ها با محوریت و هماهنگی پزشک معالج صورت گرفته و نتایج به ایشان اطلاع رسانی می‌شود.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	شماره
مصاحبه و بررسی مستند	اطلاع اقدامات تشخیصی، درمانی درخواستی از طرف سایر اعضا تیم درمان و دستورات پزشک مشاور به پزشک معالج*	۱
بررسی مستند	انجام تمامی اقدامات تشخیصی و درمانی با تایید پزشک معالج**	۲
بررسی مستند	ثبت ساعت و تاریخ اطلاع نتایج اقدامات تشخیصی به پزشک معالج در پرونده	۳
<p>*پزشک معالج به عنوان مسئول اصلی و رهبر بالینی بیمار بوده و کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی بایستی تحت نظر ایشان انجام می‌شود. ** اقدامات تشخیصی، درمانی درخواستی از طرف سایر اعضا تیم درمان و دستورات پزشک مشاور حالت توصیه‌ای داشته و تنها بعد از موافقت پزشک معالج و ثبت دستورات یاد شده در برگ دستورات پزشک قابلیت اجرا دارند. بجز در مواردی که تاخیر در انجام اقدامات تشخیصی و درمانی به دستور سایر اعضای تیم پزشکی موجب به مخاطره افتادن حیات بیمار شود که پزشکان ذیصلاح مقیم یا آنکال در این خصوص تصمیم‌گیری می‌نمایند.</p>		توضیحات
معاون درمان، رئیس بخش		هدایت کننده

سنجه ۲. در صورت بروز شرایط اورژانسی برای بیماران و عدم دسترسی به پزشک معالج، پزشک دارای صلاحیت، اقدامات اولیه مراقبتی را انجام و سایر اقدامات با محوریت و هدایت پزشک معالج پیگیری می‌شود.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	شماره
مصاحبه و بررسی مستند	انجام فوری اقدامات ضروری در شرایط اورژانس توسط پزشک دارای صلاحیت* در دسترس	۱
مصاحبه	گزارش وضعیت بیمار به پزشک معالج بلافاصله بعد از فراهم شدن امکان دسترسی به ایشان	۲
مصاحبه و بررسی مستند	هدایت اقدامات بعدی توسط پزشک معالج	۳
<p>* پزشک جانشین ذیصلاح، با اولویت ۱- پزشک متخصص مقیم مرتبط با سرویس تخصصی مربوط ۲- پزشک آنکال متخصص مرتبط با سرویس مربوط و در بیمارستانهای آموزشی دستیار ارشد تخصصی است.</p>		توضیحات
معاون درمان، رئیس بخش		هدایت کننده



سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
سنجه ۳. خط مشی و روش "دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری" با حداقل‌های مورد انتظار و مشارکت صاحبان فرآیند تدوین و همه کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.				
<b>روش ارزیابی</b>	<b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>			
بررسی مستند	۱	تدوین خط مشی و روش دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری		
بررسی مستند	۲	شناسایی صاحبان فرآیند و ذینفعان * در تدوین خط مشی و روش		
بررسی مستند	۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان		
بررسی مستند	۴	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط		
بررسی مستند	۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی		
بررسی مستند	۶	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی		
بررسی مستند	۷	لحاظ شرایط محدود کننده صدور دستور تلفنی در روش اجرایی		
بررسی مستند	۸	تعیین محدوده دستورات قابل اجرا از طریق تلفن در روش اجرایی		
بررسی مستند	۹	پیش بینی نحوه دریافت- اجرا - ثبت و تایید دستورات تلفنی در روش اجرایی		
بررسی مستند	۱۰	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش		
مصاحبه	۱۱	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش		
مصاحبه	۱۲	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط		
مصاحبه و مشاهده	۱۳	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ		
<b>توضیحات</b>				
*صاحبان فرآیند و ذینفعان مشارکت کننده در تدوین خط مشی و روش با تشخیص بیمارستان است. توصیه دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی تنها در موارد اورژانس که تاخیر ممکن است موجب آسیب به بیمار شود قابلیت اجرایی دارد.				
<b>هدایت کننده</b>				
معاون درمان، مسئول فنی، روسای بخش‌ها				

**ب ۱ ۱۳ بازنگری مستمر برنامه‌های مراقبتی، درمانی، تشخیصی براساس پاسخ بیمار به روند مراقبت و درمان صورت می‌پذیرد.**

**دستاورد استاندارد**

- پیشگیری از قصور و یا ارائه خدمات مازاد بر نیاز بیمار
- اطمینان از عوارض و اثربخشی مراقبت و درمان براساس پاسخ بیمار
- ارائه طرح مراقبت و درمان انعطاف پذیر و هوشمند براساس پاسخ بیمار به مراقبت‌ها و درمان های دریافت شده

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
سنجه ۱. پزشک حداقل روزانه وضعیت و پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه‌های مراقبتی و درمانی را در برگه سیر بیماری ثبت می‌نماید.				
<b>روش ارزیابی</b>	<b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>			
بررسی مستند	۱	ثبت سیر بیماری / بهبودی حداقل به صورت روزانه* در برگ سیر بیماری		
بررسی مستند	۲	ثبت پاسخ بیمار به برنامه‌های مراقبتی و درمانی**		
<b>توضیحات</b>				
* براساس نتایج ویزیت روزانه پزشک ** در صورت پاسخ مناسب بیمار و استمرار برنامه طبق دستور قبلی ادامه دارد. توصیه . سیر بیماری باید با یکی از روش های مبتنی بر وضعیت یا مبتنی بر مشکل (POM) صورت گیرد.				
<b>هدایت کننده</b>				
معاون درمان، رئیس بخش				



سنجه ۲. پزشک براساس پاسخ بیمار به برنامه‌های مراقبتی و درمانی، ارزیابی مجدد به عمل آورده و در صورت لزوم دستورات جدید را در برگه دستورات پزشک ثبت می‌نماید.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	ثبت ارزیابی‌های ادواری بیمار به شکل روزانه در برگ سیر بیماری *
بررسی مستند	بازنگری حداقل روزانه طرح درمان و مراقبت یا تداوم آنها براساس پاسخ بیمار در ارزیابی مجدد**
بررسی مستند	ثبت دستورات دارویی و مراقبتی و تشخیصی درمانی در برگه دستورات پزشک و در صورت لزوم تغییر برنامه مراقبت و درمان در برگه سیر بیماری
توضیحات	* ارزیابی‌های ادواری شامل ارزیابی وضعیت و پاسخ بیمار به اجرای طرح درمان و مراقبت است مانند وضعیت هوشیاری ** ارزیابی مجدد بیمار به منظور بررسی میزان تناسب و کارایی تصمیمات درمانی / مراقبتی کلیدی به طوری که ارزیابی مجدد موید تایید تشخیص اولیه یا تغییر تشخیص بیماری می‌شود.
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش

سنجه ۳. پرستار حداقل در پایان هر شیفت وضعیت و پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه‌های مراقبتی را در فرم گزارش پرستاری ثبت می‌نمایند.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	تعیین و ابلاغ حداقل‌های لازم برای ثبت در گزارش پرستاری
بررسی مستند	ثبت وضعیت بیمار براساس حداقل‌های ابلاغ شده در گزارش پرستاری
بررسی مستند	ثبت پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه‌های مراقبتی پرستاری
توضیحات	مثال: طرح مراقبت پرستاری برای بیمار براساس مشکلاتی مانند قرمزی پوست به اندازه ۲ در ۲ در ناحیه پاشنه پا در اثر بی‌حرکتی بیمار، برنامه مراقبت شامل تغییر وضعیت و رفع فشار و ماساژ اطراف ناحیه قرمز شده می‌باشد. در پایان شیفت صبح پرستار در گزارش پرستاری قید می‌کند که پس از تغییر وضعیت و برطرف کردن فشار، رنگ پوست ناحیه پاشنه پا طبیعی می‌باشد.
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار

سنجه ۴. پرستار براساس پاسخ بیمار به برنامه‌های مراقبتی و درمانی، ارزیابی مجدد را به عمل آورده و در گزارش پرستاری ثبت می‌نمایند.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مصاحبه و بررسی مستند	طراحی و اجرای برنامه مراقبتی پرستار در هر شیفت براساس ارزیابی مجدد بیمار و پاسخ بیمار به مراقبت‌های پرستاری
بررسی مستند	ثبت نتایج ارزیابی‌های مستمر بیمار در گزارش پرستاری
توضیحات	مثال: ارزیابی پاسخ بیمار در فواصل زمانی منظم به برنامه مراقبتی و درمانی برطرف کردن درد در فواصل زمانی منظم و ثبت نتایج در گزارش پرستاری.
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستاران





ب ۱ ۱۴ مراقبت های بالینی با رویکرد مبتنی بر شواهد ارائه می شود.

دستاورد استاندارد

- یکسان سازی روش های مراقبت و درمان در مواجهه با حالات شایع و حاد در مراجعه کنندگان
- ترویج و توسعه پزشکی مبتنی بر شواهد و ارتقای کیفی مراقبت و درمان مبتنی بر شواهد علمی
- ایجاد هماهنگی و کارگروهی و تدوین راهنمای طبابت بالینی و راهنمای مراقبت پرستاری با مشارکت کادر درمانی
- ایجاد فرصت آموزشی و کسب دانش و مهارن بالینی برای همکاران کم سابقه و دارای تجربه کمتر

سنجه ۱. حداقل پنج مورد از حالات شایع حاد در مراجعه کنندگان به بیمارستان شناسایی و راهنماهای طبابت بالینی براساس منابع معتبر علمی و اجماع متخصصان بیمارستان انتخاب شده و در دسترس پزشکان و پرستاران قرار گرفته و پزشکان از آن آگاهی دارند و طبق آن عمل می نمایند.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	انتخاب پنج مورد از حالات / بیماری های شایع حاد* با استفاده از اطلاعات سیستم HIS درکل بیمارستان
بررسی مستند	بررسی منابع علمی و مطالعات پژوهشی مرتبط و انتخاب/تدوین راهنمای طبابت بالینی براساس اجماع نظر متخصصین
بررسی مستند	انتخاب/تدوین حداقل پنج مورد راهنمای طبابت بالینی از حالات شایع حاد درمراجعه کنندگان به بیمارستان**
مشاهده	در دسترس بودن راهنماهای طبابت بالینی برای پزشکان و پرستاران
مصاحبه	آگاهی پزشکان از راهنماهای طبابت بالینی مصوب
بررسی مستند و مشاهده	مدیریت بیماران براساس راهنمای طبابت بالینی مصوب
توضیحات	* پنج مورد از حالات / بیماری های شایع (با استفاده از اطلاعات سیستم HIS) و حاد (نیازمند اقدامات فوری) که یکی از آنها بایستی حتما در خصوص احیا قلبی و ریوی باشد. **راهنمای طبابت بالینی باید مطابق با الگوی راهنمای ملی طبابت بالینی ابلاغی از طرف وزارت بهداشت تهیه شده باشد.
هدایت کننده	معاون درمان و روسای بخش ها

سنجه ۲. حداقل پنج مورد از حالات شایع حاد در مراجعه کنندگان به بیمارستان شناسایی و راهنماهای مراقبت پرستاری براساس منابع معتبر علمی و اجماع پرستاران خبره، انتخاب شده و در دسترس پرستاران و پزشکان قرار گرفته و پرستاران از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	انتخاب پنج مورد از حالات شایع حاد* درکل بیمارستان
بررسی مستند	بررسی منابع علمی و مطالعات پژوهشی مرتبط و انتخاب/تدوین راهنمای مراقبت پرستاری براساس اجماع نظر پرستاران خبره
بررسی مستند	تدوین راهنمای عملکرد مبتنی بر شواهد براساس اجماع نظر کارشناسان
مشاهده	در دسترس بودن راهنماهای عملکرد مبتنی بر شواهد برای پرستاران و پزشکان
مصاحبه	آگاهی پرستاران از راهنماهای عملکرد مبتنی بر شواهد
بررسی مستند و مشاهده	ارایه مراقبت های پرستاری براساس عملکرد مبتنی بر شواهد
توضیحات	* پنج مورد از حالات شایع حاد (نیازمند اقدامات فوری) مانند هایپر ترمی و درد.
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، سرپرستاران



**ب ۱ ۱۵ جابجایی، انتقال و اعزام به سایر مراکز جهت بیماران با رعایت الزامات و به صورت برنامه ریزی شده انجام می شود.**

**دستاورد استاندارد**

- روشمند سازی انتقال بیماران
- ایمن سازی هرگونه انتقال بیماران
- پیشگیری از هرگونه خطا، قصور و یا اتفاقات غیر مترقبه مغایر قوانین در جابجایی بیماران

سنجه ۱. دستورالعمل " نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران " با رعایت اصول ایمنی و سایر الزامات و اولویت ها توسط بیمارستان تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	تدوین دستورالعمل *
بررسی مستند		۱
بررسی مستند		۲
مشاهده		۳
بررسی مستند		۴
بررسی مستند و مصاحبه		۵
مشاهده		۶
*حداقل شامل نحوه اخذ پذیرش از بخش/واحد مقصد و گزارش وضعیت بیمار، رعایت طرح انطباق، تجهیزات مورد نیاز هنگام انتقال ایمن بیماران، شرایط کادر همراه، مشخص ساختن مدارک بالینی نیازمند به انتقال همراه بیمار حداقل شامل پرونده بیمار و گرافی ها بر اساس دستورالعمل ابلاغی نحوه تحویل بیمار طبق راهنمای ارتباط صحیح کارکنان درمانی در انتقال بیمار می باشد.		توضیحات
منظور از جا به جایی درون بخشی انتقال بیمار از یک تخت/اتاق به تخت/اتاق دیگر در همان بخش می باشد.		هدایت کننده
		مدیریت پرستاری، سرپرستار

سنجه ۲. دستورالعمل " نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان " با رعایت اصول ایمنی و سایر الزامات و اولویت ها توسط بیمارستان تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	تدوین دستورالعمل *
بررسی مستند		۱
بررسی مستند		۲
مشاهده		۳
بررسی مستند		۴
بررسی مستند و مصاحبه		۵
مشاهده		۶
*حداقل شامل نحوه اخذ پذیرش از بخش/واحد/ مرکز مقصد و گزارش وضعیت بیمار، رعایت طرح انطباق، تجهیزات مورد نیاز هنگام انتقال ایمن، شرایط کادر همراه، مشخص ساختن مدارک بالینی نیازمند به انتقال همراه بیمار، حداقل شامل پرونده بیمار و گرافی ها بر اساس دستورالعمل ابلاغی نحوه تحویل بیمار طبق راهنمای ارتباط صحیح کارکنان درمانی در انتقال بیمار و نحوه عودت بیمار در انتقال موقت بیمار بعد از دریافت خدمات تشخیصی یا درمانی پیش بینی شده به بیمارستان مبدا می باشد.		توضیحات
		هدایت کننده
		معاون درمان، مدیریت پرستاری، سرپرستار

سنجه ۳. اعزام بیماران به سایر مراکز براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت انجام می شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مصاحبه	۲ آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل ابلاغی وزارت/دانشگاه در خصوص اعزام بیماران با هماهنگی ستاد هدایت دانشگاه
مشاهده	۳ تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند مشاهده	۴ انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ *
توضیحات	*در اعزام بیماران حتما گزارش وضعیت بیمار از طرف پزشک معالج به پزشک پذیرش دهنده باید صورت پذیرد و گزارش از طرف سوپروایزر یا پرستار همراهی کننده بیمار نمی تواند جایگزین آن شود. نحوه تحویل بیمار طبق راهنمای ارتباط صحیح کارکنان درمانی در انتقال بیمار، ابلاغی وزارت بهداشت مورد رعایت می شود. توصیه . نحوه اخذ پذیرش از بخش/واحد/ مرکز مقصد و گزارش وضعیت بیمار، رعایت طرح انطباق، تجهیزات مورد نیاز هنگام انتقال، شرایط کادر همراه، مشخص ساختن مدارک بالینی( حداقل شامل فرم اعزام و کپی آزمایشات و کپی گزارش گرافی ها و در صورت نیاز اصل گرافی ها)
هدایت کننده	مسئول فنی، مدیر پرستاری، سرپرستار

**ب ۱ ۱۶ توضیحات و آموزش های اثربخش به بیمار و خانواده ارائه می شود.**

**دستاورد استاندارد**

- اخذ مشارکت از بیماران در اجرای طرح مراقبت و درمان
- افزایش اعتماد بیمار و خانواده او به کادر پزشکی و پرستاری و تسهیل روند مراقبت و درمان
- اطمینان از اثربخشی آموزش های خود مراقبتی و ارتقای سلامت بیمار

سنجه ۱. دستورالعمل " آموزش خود مراقبتی به بیماران در بخش های بالینی " با مشارکت پزشکان و پرستاران تدوین شده و کارکنان مربوط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input checked="" type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تدوین دستورالعمل *
بررسی مستند	۲ شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مشاهده	۳ تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۴ اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
بررسی مستند و مصاحبه	۵ آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل
مشاهده و مصاحبه	۶ انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ
توضیحات	*حداقل شامل نوع آموزش (چهره به چهره- کارگروهی- فیلم و پوستر- پمفلت یا سایر رسانه های آموزشی و ...)، روش ارزیابی آموزش های ارائه شده و شیوه بررسی اثر بخشی آموزش به بیمار در بازه زمانی معین است. خودمراقبتی مجموعه ای از اعمالی است که فرد به صورت اکتسابی، آگاهانه و هدف دار برای خود، فرزندان و خانواده اش انجام می دهد تا از لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی سالم بمانند و همچنین در صورت ابتلا به بیماری و بستری در بیمارستان براساس آموزش های دریافتی در حین بستری و پس از ترخیص از سلامت خود و خانواده اش حفاظت نماید.
هدایت کننده	مدیر پرستاری، رئیس بخش، سوپروایزر آموزشی، سرپرستار، مسئول آموزش بیمار



سنجه ۲. توضیحات و آموزش های لازم توسط پزشک در طول بستری و مراحل تشخیص و درمان به بیمار/خانواده ارائه می شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input checked="" type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تعیین و ابلاغ حداقل موارد آموزشی* به بیمار در طول بستری توسط پزشک، برای هر بخش
مصاحبه	۲ ارائه توضیحات و آموزش های لازم به صورت شفاهی توسط پزشک در طول بستری به بیمار / بستگان**
توضیحات	**توضیحات و آموزش ها در دوران بستری حداقل شامل موارد زیر می باشد: اطلاعات قابل فهم در باره بیماری و نحوه درمان، مراحل و طول احتمالی درمان، درمان های جایگزین، عوارض درمان یا عدم درمان، پیش آگهی، داروهای مصرفی و عوارض احتمالی، تغذیه و رژیم درمانی، خودمراقبتی و بازتوانی **نیاز به ثبت در پرونده نیست.
هدایت کننده	معاون درمان، رئیس بخش

سنجه ۳. توضیحات و آموزش های لازم توسط پرستار در طول بستری و مراحل تشخیص و درمان به بیمار/خانواده ارائه می شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input checked="" type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تعیین و ابلاغ حداقل موارد آموزشی* پرستار* به بیمار در طول بستری برای هر بخش
مصاحبه	۲ ارائه توضیحات و آموزش های لازم توسط پرستار به بیمار
بررسی مستند	۳ ثبت آموزش ها در فرم گزارش پرستاری
توضیحات	**آموزش ها در دوران بستری حداقل شامل: افزایش آگاهی بیماران در مورد عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد با عوارض، پوزیشن مناسب، نحوه مراقبت از خود و مدیریت درد و سایر موارد براساس نیازسنجی آموزشی توسط مسئول آموزش بخش و تایید و ابلاغ مدیر پرستاری.
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستاران، مسئول آموزش بیمار

سنجه ۴. توضیحات و آموزش های لازم توسط سایر کارکنان بالینی در طول بستری و مراحل ارائه خدمات مرتبط به بیمار و خانواده ارائه می شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input checked="" type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مصاحبه	۱ ارائه توضیحات و آموزش های لازم توسط کارکنان بالینی غیر پزشک و پرستار* قبل از انجام اقدامات تشخیصی یا بازتوانی
بررسی مستند و مشاهده	۲ ثبت آموزش های ارائه داده شده در برگ مشاوره در موارد بازتوانی
توضیحات	**سایر کارکنان بالینی شامل فیزیوتراپی، کارشناس تغذیه، رسپیراتورریست و سایر کارکنان می باشد.
هدایت کننده	معاون درمان، روسای بخش های پاراکلینیک

سنجه ۵. مسئول آموزش بیمار در سطح بیمارستان تعیین شده و اثربخشی آموزش های خود مراقبتی ارائه شده به بیماران را سنجیده و گزارش ارزیابی آموزش بیماران را به تیم مدیریت اجرایی ارائه و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تدوین، ابلاغ و اجرا می شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input checked="" type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
<b>روش ارزیابی</b>	<b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>
بررسی مستند	۱ تعیین مسئول آموزش به بیمار در هر یک از بخش های بالینی و صدور ابلاغ، توسط مدیر پرستاری*
مصاحبه	۲ نظارت مسئول آموزش بر اجرای آموزش برنامه های خود مراقبتی توسط کارکنان بالینی**
بررسی مستند	۳ ارزیابی عملکرد صحیح بیماران در زمینه آموزش های دریافتی از طریق بازدید های روزانه مسئول آموزش بیمار
بررسی مستند	۴ بررسی میزان اثر بخشی آموزش های ارائه شده با استفاده از روش های استاندارد***
بررسی مستند	۵ ارسال گزارش به مدیریت پرستاری در خصوص میزان اثربخشی برنامه های آموزش خود مراقبتی ارائه شده به بیماران توسط سرپرستار
بررسی مستند	۶ ارائه گزارش نتایج سنجش اثربخشی آموزش های ارائه شده به بیماران در بخش های بالینی توسط مدیر پرستاری به تیم مدیریت اجرایی
بررسی مستند	۷ اخذ تصمیمات اصلاحی / تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی براساس گزارش مدیر پرستاری
بررسی مستند	۸ بررسی مجدد اثربخشی اقدامات اصلاحی و برنامه بهبود کیفیت تدوین شده در خصوص ارتقای برنامه های آموزش خود مراقبتی بیماران
<p>*فرایند آموزش به بیماران با محوریت و برنامه ریزی مدیریت پرستاری و تحت نظارت و سیاست گذاری مستقیم مدیر پرستاری اجرا می شود. اما به منظور مشارکت کارکنان در امر آموزش بیماران و ارتقای کیفی این فرایند مهم، از بین کارکنان پرستاری بیمارستان مسئول آموزش بیمار در هر بخش بالینی در سطح بیمارستان تعیین می شود. (مسئول آموزش بیماران همان رابط آموزشی بخش است .</p> <p>** اهم وظایف مسئول آموزش بیمار در بخش</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>انجام هماهنگی مستمر برای تمامی اقدامات مرتبط با آموزش بیماران با سرپرستار و سوپروایزر آموزشی بیمارستان</li> <li>برنامه ریزی و انجام نیازسنجی آموزشی از بیماران بخش</li> <li>اولویت بندی نیازهای آموزشی بیماران بخش</li> <li>طراحی برنامه های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده</li> <li>پیشنهاد برنامه های آموزشی بخش توسط سرپرستار به مدیریت پرستاری</li> <li>اجرای برنامه های آموزشی بیماران براساس نیازسنجی انجام شده پس از تایید و ابلاغ مدیر پرستاری</li> <li>برنامه ریزی و مشارکت در زمینه طراحی پمفلت های و جزوات آموزشی براساس استانداردها و تهیه بانک اطلاعاتی آموزشی</li> <li>پیش بینی منابع مالی و تسهیلات آموزشی مورد نیاز براساس اولویت ها</li> <li>مشارکت و نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی بیماران در بخش</li> <li>ارزیابی و تعیین میزان اثربخشی بودن آموزش های ارائه شد(حداقل سه ماه یکبار)</li> </ol> <p>*** اثر بخشی آموزشی در موضوع خود مراقبتی، براساس روش های معتبر ارزیابی می شود. به عنوان مثال اثربخشی آموزش در حیطه دانشی با پرسش مبانی آموزش داده شده و مقایسه پاسخ بیمار با اهداف آموزشی، ارزیابی می شود و در حیطه های مهارتی و عملکردی تغییر رفتار بیمار ملاک ارزیابی اثربخشی آموزش های خود مراقبتی به بیماران می باشد.(مثال، مصاحبه با بیمار و تکرار آموزش های ارائه شده درخصوص میزان فعالیت و راه رفتن بیمار پس از عمل جراحی و مشاهده رفتار بیمار در خصوص رعایت عملی این آموزش )</p> <p>توصیه ۱. تشکیل کارگروه آموزش به بیمار در هر یک از بخش های بالینی متشکل</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>رئیس بخش (یا یکی از پزشکان به نمایندگی از طرف ایشان)</li> <li>سرپرستار بخش</li> <li>سوپروایزر آموزشی</li> <li>مسئول آموزش به بیمار</li> </ol> <p>توصیه ۲. نیازهای آموزشی بیماران با توجه به نوع فعالیت تخصصی و سطوح دانش گیرندگان خدمت و مراقبت های پرستاری مورد نیاز در بخش های مختلف براساس بیماری های شایع هر بخش، توسط کارگروه آموزش به بیمار شناسایی و اولویت بندی شده و پس از تایید مدیر پرستاری، ضمن تامین امکانات اجرایی شود.</p> <p>❖ مسئولیت آموزش بیماران در بخش ناقص انجام سایر وظایف محوله نمی باشد.</p> <p>🚦 انواع روش های آموزش به بیمار شامل چهره به چهره، استفاده از پمفلت و جزوات آموزشی، نمایش فیلم آموزشی و برگزاری کلاس های آموزشی است.</p>	
اهدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مدیر پرستاری، سرپرستاران، مسئول آموزش بیمار



ب ۱ ۱۷ اصول صحیح دارو دهی به بیمار رعایت می شود.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از خطاهای پزشکی از طریق مدیریت داروهای پرخطر
- انطباق فرآیند مهم و کلیدی داروهای منطبق بر استانداردهای بین المللی

سنجه ۱. دارو دهی به بیماران بارعایت اصول صحیح دارو دهی طبق آخرین روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی صورت می پذیرد.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ ابلاغ اصول صحیح دارو دهی به بیمار براساس 8 Rights * به بخش ها
مصاحبه	۲ آگاهی کارکنان از اصول صحیح دارو دهی
مشاهده	۳ دارو دهی** با رعایت 8 Rights
توضیحات	**8 Rights شامل: بیمار صحیح <sup>۱</sup> - داروی صحیح <sup>۲</sup> - راه مصرف صحیح <sup>۳</sup> - زمان صحیح <sup>۴</sup> - دوز مصرف صحیح <sup>۵</sup> - ثبت صحیح <sup>۶</sup> - تجویز صحیح <sup>۷</sup> - پاسخ مناسب به دارو <sup>۸</sup> ، هفت مورد اول الزامی و رعایت پاسخ مناسب به دارو توصیه می شود. **این سنجه در هر محلی که دارو برای بیمار استفاده می شود قابلیت سنجش دارد.
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار

سنجه ۲. نحوه شناسایی و نگهداری داروهای با "شکل، نام و تلفظ مشابه" طبق روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی صورت می پذیرد.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مصاحبه	۱ اطلاع کارکنان از نحوه شناسایی و نگهداری داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه براساس ۹ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی*
مشاهده	۲ شناسایی داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه براساس مجموعه ۹ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی
مشاهده	۳ نگهداری داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه براساس مجموعه ۹ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی**
توضیحات	** یکی از ۹ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی است. **برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به رنگ زرد است و بایستی به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد و جعبه محتوی ویال ها و آمپول های دارویی با اسامی و اشکال مشابه در تالی اورژانس را با برچسب زرد نشان گذاری شود.
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار

1 Right Patient  
2 Right Drug  
3 Right Route  
4 Right Time  
5 Right Dose  
6 Right Documentation  
7 Right Reason  
8 Right Response



سنجه ۳. شناسایی، انبارش، نسخه نویسی و دارو دهی " داروهای پر خطر " طبق روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی صورت می پذیرد.	
سطح سنجه	<input checked="" type="checkbox"/> الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مصاحبه	۱ اطلاع کارکنان از نحوه شناسایی داروهای پرخطر* براساس مجموعه ۹ راه حل ایمنی <sup>۱</sup> سازمان بهداشت جهانی
مشاهده	۲ شناسایی داروهای پرخطر براساس مجموعه ۹ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی
مشاهده	۳ نگهداری داروهای پرخطر براساس مجموعه ۹ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی
توضیحات	*داروهای پرخطر یا داروهای با هشدار بالا، داروهایی هستند که چنانچه اشتباه مصرف شوند موجب آسیب های جبران ناپذیر می شوند. توصیه ۱. ویال پتاسیم را دور از سایر داروها و در جایگاه مجزایی نگه داری نمایید. توصیه ۲. محدودیت در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی توصیه ۳. تجویز ( دارو دهی) و آماده سازی داروهای با هشدار بالا توسط دو نفر از کادر حرفه ای بالینی توصیه ۴. در انبارها، قفسه دارویی و تالی اورژانس با برچسب قرمز رنگ " داروهای با هشدار بالا" توجه کاربران به خطر بالقوه آنها جلب شود.
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار

ب ۱ ۱۸ عملکرد تجهیزات پزشکی در بخش ها قبل از استفاده، ارزیابی می شود.

دستاورد استاندارد

- کسب اطمینان از بکارگیری تجهیزات با کارایی صحیح و دقیق
- امکان ارائه خدمات تشخیصی و درمانی اثربخش وابسته به تجهیزات پزشکی
- پیشگیری از خطاهای تجهیزاتی در روند تشخیص و درمان

سنجه. کارکنان بالینی با هماهنگی واحد تجهیزات پزشکی، قبل از استفاده، از سالم و آماده به کار بودن تجهیزات، اطمینان حاصل می نمایند.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مشاهده	۱ نصب راهنمای* کنترل عملکرد صحیح تجهیزات پزشکی قبل از استفاده**
مصاحبه	۲ آگاهی کارکنان از نحوه کنترل عملکرد صحیح تجهیزات پزشکی قبل از استفاده
مشاهده	۳ عملکرد کارکنان براساس دستورالعمل کنترل صحیح تجهیزات پزشکی قبل از استفاده
توضیحات	*تهیه شده توسط واحد تجهیزات پزشکی (مطابق با راهنمای ارزیابی تجهیزات ابلاغ شده از طرف وزارت بهداشت) بر روی تجهیزات. **کنترل عملکرد صحیح تجهیزات پزشکی باید در تمام مواردی که عملکرد آنها بر کیفیت فرایند تاثیرگذار می باشد صورت پذیرد.
هدایت کننده	سرپرستار، مسئول واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی

- ۱- راه حل های ۹ گانه سازمان بهداشت جهانی در موضوع ایمنی بیمار شامل :
- ۱- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
  - ۲- شناسایی بیمار
  - ۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
  - ۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
  - ۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت
  - ۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات
  - ۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
  - ۸- استفاده یکبار مصرف از وسایل تزریقات
  - ۹- بهبود بهداشت دست



ب ۱ ۱۹ بیمارستان از انجام مراقبت‌های پیشگیرانه برای عوارض ناشی از بی‌حرکی طولانی مدت بیماران اطمینان حاصل می‌کند.

**دستاورد استاندارد**

- پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی بیماران بستری و کم تحرک
- کسب اطمینان و روشمند نمودن مراقبت‌های پیشگیری از زخم بستر
- کسب اطمینان و روشمند نمودن مراقبت‌های پیشگیری از ترمبواMBOLی

سنجه ۱. روش اجرایی "مراقبت‌های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> لازمی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط		<input type="checkbox"/> آموزش	<input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار	<input type="checkbox"/> هتلینگ
		<input type="checkbox"/> دوستدار مادر	<input type="checkbox"/> دوستدار کودک	<input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت
		<input type="checkbox"/> سایر		
<b>روش ارزیابی</b>	<b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>			
بررسی مستند	۱	تدوین روش اجرایی		
مصاحبه	۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی		
بررسی مستند	۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط		
بررسی مستند	۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی		
بررسی مستند	۵	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی		
بررسی مستند	۶	لحاظ معیارهای شناسایی بیماران در معرض خطر در روش اجرایی		
بررسی مستند	۷	لحاظ نحوه مراقبت‌های پوست و پیشگیری از ابتلا بیماران در روش اجرایی		
بررسی مستند	۸	لحاظ نحوه درجه بندی زخم و نحوه پانسمان در روش اجرایی		
بررسی مستند	۱۰	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی		
مصاحبه	۱۱	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی		
مصاحبه و مشاهده	۱۲	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط		
مشاهده	۱۳	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ		
هدایت کننده		مدیر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، سرپرستار		





سنجه ۲. روش اجرایی " پیشگیری از ترومبو آمبولی وریدی و آمبولی ریوی " با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> لازمی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط		<input type="checkbox"/> آموزش	<input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار	<input type="checkbox"/> هتلینگ
		<input type="checkbox"/> دوستدار مادر	<input type="checkbox"/> دوستدار کودک	<input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت
		<input type="checkbox"/> سایر		
<b>روش ارزیابی</b>	<b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>			
بررسی مستند	۱	تدوین روش اجرایی		
مصاحبه	۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی		
بررسی مستند	۳	شامل معیارهای شناسایی بیماران در معرض خطر، و روش های پیشگیری از ابتلا بیماران،		
مشاهده	۴	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط		
بررسی مستند	۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی		
بررسی مستند	۶	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی		
بررسی مستند	۷	لحاظ معیارهای شناسایی بیماران در معرض خطر در روش اجرایی		
بررسی مستند	۸	لحاظ نحوه پیشگیری از ابتلا بیماران در روش اجرایی		
بررسی مستند	۹	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی		
بررسی مستند و مصاحبه	۱۰	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی		
مصاحبه	۱۱	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط		
مشاهده	۱۲	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ		
		مدیر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، سرپرستار		
		هدایت کننده		



ب ۱ ۲۰ بیمارستان از استفاده صحیح مهار فیزیکی و شیمیایی برای بیماران اطمینان حاصل می نماید.

دستاورد استاندارد

- پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی بیماران بستری
- رفع موانع عرضه و تسهیل مراقبت و درمان

سنجه ۱. روش اجرایی " استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی " با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

استاندارد مرتبط  آموزش  ایمنی بیمار  هتلینگ  دوستدار مادر  دوستدار کودک  ارتقاء سلامت  سایر

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
بررسی مستند	تدوین روش اجرایی	۱
مصاحبه	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	۲
مشاهده	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۳
بررسی مستند	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	۴
بررسی مستند	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی	۵
بررسی مستند	لحاظ شرایط استفاده از مهار فیزیکی در روش اجرایی	۶
بررسی مستند	لحاظ الزامات قانونی و نحوه رعایت آن در روش اجرایی	۷
بررسی مستند	لحاظ نحوه کنترل بیماران تحت مهار فیزیکی** و نحوه ثبت آن در گزارش پرستاری در روش اجرایی	۸
بررسی مستند	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	۹
مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	۱۰
مصاحبه و مشاهده	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۱۱
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	۱۲
	*مهار فیزیکی با دستور پزشک معالج و به مدت بسیار محدود که در دستور پزشک ذکر می گردد قابل اجرا است و تمدید آن برای مدت محدود دیگر نیاز به دستور پزشک معالج دارد. ** زمان شروع، چک مجدد و حذف مهار فیزیکی	توضیحات
	مدیر پرستاری، روسای بخش ها و سرپرستار	هدایت کننده



سنگه ۲. روش اجرایی " استفاده صحیح از روش های مهار شیمیایی " با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.	
سطح سنگه	<input type="checkbox"/> لزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
۵	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
۶	لحاظ شرایط استفاده از مهار شیمیایی در روش اجرایی
۷	لحاظ الزامات قانونی و نحوه کنترل بیماران تحت مهار شیمیایی** و نحوه ثبت در گزارش پرستاری در روش اجرایی
۸	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
۹	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
۱۰	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۱۱	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ
توضیحات	*مهار شیمیایی(دارویی) با دستور پزشک معالج قابل اجرا است و تمدید آن برای مدت محدود دیگر نیاز به دستور پزشک معالج دارد. ** در زمان شروع و چک مجدد و بررسی عوارض احتمالی
هدایت کننده	مدیر پرستاری، روسای بخش های ویژه ، سرپرستاران

**ب ۱ ۲۱ بیمارستان از آمادگی بیمار و تداوم مراقبت قبل و پس از مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی اطمینان حاصل می نماید.**

**دستاورد استاندارد**

- برنامه ریزی و یکسان سازی مراقبت و پایش مستمر بیماران پس از مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی
- کاهش عوارض احتمالی پس از مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی در بیماران
- مدیریت مخاطره های بارداری پرخطر براساس دستورالعمل های معین
- حمایت و مراقبت مستمر از بیماران تحت شیمی درمانی و دیالیز براساس دستورالعمل های معین
- اطمینان از آمادگی بیماران برای درمان های تهاجمی و نیمه تهاجمی به منظور مدیریت بهینه منابع و امکانات و جلوگیری از لغو این اقدامات.

سنجه ۱. دستورالعمل " اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی " تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین دستورالعمل*			بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط			بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط			مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی			بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل			بررسی مستند و مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ			مشاهده
توضیحات		*دستورالعمل حداقل شامل فهرست اقدامات لازم به منظور فراهم ساختن آمادگی های عمومی قبل از عمل و نحوه و مدت مراقبت و پایش مستمر بعد از اعمال جراحی در ریکاوری و بخش بستری است. توصیه ۱. به منظور استفاده بهینه از تخت های بستری، باید به نحوی برنامه ریزی گردد که تا حد ممکن آمادگی های قبل از اعمال جراحی پیش از بستری بیمار صورت پذیرد. توصیه ۲. برای تدوین دستورالعمل از راهنمای جراحی. ایمن استفاده شود.		
هدایت کننده		معاون درمان، روسای بخش ها، مدیر پرستاری و سرپرستاران		

سنجه ۲. دستورالعمل " اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی " تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین دستورالعمل			بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط			بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط			مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی			مشاهده
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل			بررسی مستند
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ			بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات		*دستورالعمل حداقل شامل فهرست اقدامات لازم به منظور فراهم ساختن آمادگی های عمومی قبل از آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی و مداخلات الکتروفیزیولوژیک و نحوه و مدت مراقبت و پایش مستمر بعد از عمل در آنژیوگرافی و بخش بستری از جمله بررسی وجود نبض های اندام تحتانی و کنترل مناسب خونریزی از محل تعبیه ابزار انجام پروسیجر می باشد		
هدایت کننده		معاون درمان، روسای بخش ها، مدیر پرستاری و سرپرستاران		

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
سنجه ۳. دستورالعمل "اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز" تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.				
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
بررسی مستند	۱	تدوین دستورالعمل *		
بررسی مستند	۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط		
مشاهده	۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط		
بررسی مستند	۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی		
بررسی مستند و مصاحبه	۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل		
مشاهده	۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ		
*دستورالعمل حداقل شامل:				
توضیحات				
۱. لیست آمادگی قبل از دیالیز از قبیل توزین بیمار و اطمینان از کارکرد اکسس (شنت -شالدون - فیستول، گورتکس) و اطمینان از بررسی وجود عوامل مستعد کننده بیمار به اختلالات الکترولیتی مانند اسهال اخیر، بررسی وجود علائم اختلالات همودینامیک مانند افت شدید فشارخون				
۲. پایش مستمر حین دیالیز از قبیل عدم ایجاد اختلالات همودینامیک مانند افت شدید فشارخون، اختلال عملکرد اعضا بعلت کاهش شدید حجم در گردش مانند بروز آنژین صدری، عدم خروج سوزن های شریانی و وریدی،				
۳. پایش پس از دیالیز از قبیل توزین مجدد، دستیابی بیمار به وزن خشک مناسب و کنترل و انعقاد مناسب محل خارج کردن سوزن های شریانی و وریدی، عدم وجود اختلالات همودینامیک				
هدایت کننده				
معاون درمان، روسای بخش ها، مدیر پرستاری و سرپرستاران				

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
سنجه ۴. دستورالعمل "اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از شیمی درمانی و پرتو درمانی" تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.				
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
بررسی مستند	۱	تدوین دستورالعمل *		
مشاهده	۲	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط		
بررسی مستند	۳	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی		
بررسی مستند و مصاحبه	۴	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل		
مشاهده	۵	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ		
*دستورالعمل حداقل شامل: شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط شامل بررسی های پاراکلینیکی مورد نیاز قبل از انجام پروسیجر و رژیم غذایی و نحوه مراقبت از پوست و مخاط بعد از اتمام پروسیجر				
توضیحات				
هدایت کننده				
معاون درمان، روسای بخش ها، مدیر پرستاری و سرپرستاران				



سنجه ۵. دستورالعمل " اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکوپپی ها" تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تدوین دستورالعمل *
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ
توضیحات	*دستورالعمل حداقل شامل آمادگی های مورد نیاز و مراقبت های پس از اسکوپپی به تفکیک هر پروسیجر
هدایت کننده	معاون درمان، روسای بخش ها، مدیر پرستاری و سرپرستاران

سنجه ۶. دستورالعمل " اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری" تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تدوین دستورالعمل *
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ **
توضیحات	* دستورالعمل توسط بیمارستان تدوین می شود و از کتاب " راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان بازنگری دوم بخشنامه شماره ۴۰۰۵/۱۱۰۵۶ مورخ ۹۱/۸/۲۳ استفاده می شود. **این سنجه در ارتباط با مراقبت و پایش مادران باردار پرخطر قبل از ورود به بلوک زایمان و پس از خروج از آن بوده و لذا پس از ورود مادر باردار به بلوک زایمان ، مراقبت و پایش مادر براساس خط مشی و روش مراقبت و مدیریت مادران باردار در بلوک زایمان سنجه شماره ۲ از استاندارد ب-۵-۳ ارزشیابی می گردد.
هدایت کننده	معاون درمان، مدیر پرستاری، رئیس بخش زنان و بلوک زایمان، ماما مسئول



ب ۱ ۲۲ خدمات مراقبتی و درمانی به بیماران بستری در بخش های بالینی به طور یکسان ارایه می شود.

دستاورد استاندارد

- دسترسی متوازن و قابل مقایسه بیماران به مراقبت های پرستاری در سطح بیمارستان
- دسترسی متوازن و قابل مقایسه بیماران به مراقبت و درمان های پزشکی در سطح بیمارستان
- ترویج اخلاق حرفه ای و حمایت از بیماران

سنجه ۱. در بخش های مختلف بیمارستان با سطوح قابل مقایسه نیازهای بیماران مراقبت های پرستاری از سطح یکسانی برخوردار است.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	توزیع متوازن منابع انسانی و تجهیزات مورد نیاز برای ارایه خدمات پرستاری در بخش ها
۲	اجرای یکسان و متوازن روش های اجرایی و دستورالعمل های مرتبط با ارایه خدمات پرستاری / مراقبت ها در بخش ها
۳	ارائه سطوح قابل مقایسه مراقبت های پرستاری متناسب با نیاز بیماران در بخش های مختلف*
توضیحات	*در بخش ها و مراقبت های قابل مقایسه ارزیابی می شود.
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستاران

سنجه ۲. در بخش های مختلف بیمارستان با سطوح قابل مقایسه نیازهای بیماران مراقبت و درمان های پزشکی از سطح یکسانی برخوردار است.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	توزیع متوازن منابع انسانی و تجهیزات مورد نیاز برای ارایه خدمات پزشکی در بخش ها
۲	ارائه مراقبت های درمانی پزشکی متناسب با نیاز بیماران در بخش های مختلف*
توضیحات	*در بخش ها و مراقبت های قابل مقایسه ارزیابی می شود.
هدایت کننده	معاون درمان، مسئول فنی، روسای بخش های بالینی

سنجه ۳. ادامه مراقبت و درمان بیماران بستری در بیمارستان به تامین هزینه و قدرت پرداخت وی بستگی ندارد.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تداوم و عدم تاخیر در ارایه خدمات براساس تشخیص پزشک ، به دلیل تامین هزینه از طرف بیمار / همراه*
۲	عدم وابستگی کمیت و کیفیت مراقبت و درمان به میزان پرداختی بیمار
توضیحات	*در صورت ایجاد هزینه های جدید بیمار بیش از هزینه های برآورد شده که در زمان پذیرش به بیمار اعلام شده بیمار و همراه بیمار با استفاده از روش توقف ادامه درمان تحت فشار قرار نمی گیرند.
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، مسئول فنی بیمارستان، مدیر بیمارستان



ب | ۱ | ۲۳ | ارزیابی تخصصی تغذیه بیماران براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد.

دستاورد استاندارد

- ارزیابی وضعیت تغذیه بیماران و غربال بیماران از نظر نیاز به رژیم غذایی خاص
- سرو غذای رژیمی ویژه بیماران براساس ویزیت و ارزیابی تغذیه ای

سنجه ۱. پزشک براساس ارزیابی اولیه بیمار، دستور غذایی را تعیین و در صورت لزوم درخواست مشاوره تغذیه را در پرونده بیمار ثبت می نماید.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ انجام ارزیابی اولیه تغذیه ای بیماران در ارزیابی اولیه پرستاری
بررسی مستند	۲ تعیین دستور غذایی بیمار با توجه به ارزیابی اولیه پرستاری و شرح حال و معاینه بالینی توسط پزشک
بررسی مستند و مصاحبه	۳ ثبت مشاوره ارزیابی تخصصی تغذیه ای به تشخیص پزشک در پرونده بیماران
توضیحات	توصیه . آموزش و اطلاع رسانی به پزشکان در خصوص دستورالعمل شماره ۴۰۹/۲۶۹۳۶ د مورخ ۹۳/۱۲/۱۰ در خصوص ضرورت ارزیابی تخصصی تغذیه ای با در نظر گرفتن ۱۸ بیماری ملزم به ارزیابی تخصصی
هدایت کننده	رئیس و سرپرستار بخش

سنجه ۲. کارشناس تغذیه حداقل برای بیماران سوء تغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند و سرطان، رژیم غذایی تنظیم و براساس آن برنامه ریزی و بر اجرای آن نظارت می نماید	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند و مصاحبه	۱ شناسایی بیماران در معرض خطر سوء تغذیه در ارزیابی اولیه پرستار/پزشک و تنظیم رژیم غذایی توسط کارشناس تغذیه
بررسی مستند و مصاحبه	۲ تنظیم رژیم غذایی برای بیماران مبتلا به سوختگی، توسط کارشناس تغذیه، با دستور پزشک معالج در پرونده بیمار
بررسی مستند و مصاحبه	۳ تنظیم رژیم غذایی برای بیماران دیالیزی، توسط کارشناس تغذیه، با دستور پزشک معالج در پرونده بیمار
بررسی مستند و مصاحبه	۴ تنظیم رژیم غذایی برای بیماران پیوند، توسط کارشناس تغذیه، با دستور پزشک معالج در پرونده بیمار
بررسی مستند و مصاحبه	۵ تنظیم رژیم غذایی برای بیماران مبتلا به سرطان، توسط کارشناس تغذیه، با دستور پزشک معالج در پرونده بیمار
بررسی مستند	۶ بررسی / تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده بیمار با ثبت مهر و امضای پزشک
مشاهده و مصاحبه	۷ نظارت کارشناس تغذیه و پرستار بر اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک
هدایت کننده	سرپرستار، مسئول واحد تغذیه

سنجه ۳. ارزیابی تخصصی تغذیه ای براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت برای بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه با اقامت بیش از ۲۴ ساعت، توسط کارشناس تغذیه انجام و براساس رژیم غذایی تنظیم شده، اقدام می شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند و مصاحبه	۱ تنظیم رژیم غذایی برای بیمارانی که بیش از ۲۴ ساعت در بخش مراقبت های ویژه بستری هستند توسط کارشناس تغذیه*
بررسی مستند	۲ تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه ای در پرونده بیمار با ثبت مهر و امضا در پایین فرم ارزیابی مربوط توسط پزشک
مشاهده	۳ نظارت کارشناس تغذیه و پرستار بر اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده
بررسی مستند	۴ ارزیابی مجدد** تغذیه بیماران در فواصل زمانی معین و نظارت کارشناس تغذیه بر اجرای رژیم غذایی تنظیم شده ***
توضیحات	*در اولین فرصت پس از اولین ویزیت پزشک معالج ** در قالب فرم پیگیری وضعیت تغذیه ای بیمار *** کارشناس تغذیه در ارزیابی های مجدد، رژیم غذایی تنظیم شده را در صورت لزوم و مبتنی بر دستور غذایی پزشک بازنگری می نماید.
هدایت کننده	رئیس بخش های مراقبت ویژه، مسئول واحد تغذیه



سنجه ۴. ارزیابی وضعیت تغذیه مادران باردار حداقل در موارد دیابت، اکلامپسی و پره اکلامپسی و در سایر موارد به تشخیص پزشک معالج براساس منحنی های وزن گیری توسط کارشناس تغذیه صورت پذیرفته و در پرونده وی ثبت می شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند و مصاحبه	۱ اطلاع رسانی حضور مادران باردار مبتلا به دیابت، پره اکلامپسی و اکلامپسی به کارشناس تغذیه توسط پرستار / ماما
بررسی مستند و مصاحبه	۲ استفاده از منحنی های استاندارد وزن گیری مادران باردار جهت تعیین وضعیت ابتلا به سوء تغذیه توسط کارشناس تغذیه
بررسی مستند و مصاحبه	۳ تنظیم رژیم غذایی برای مادران باردار در موارد دیابت، اکلامپسی و پره اکلامپسی توسط کارشناس تغذیه
بررسی مستند و مصاحبه	۴ تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده بیمار
بررسی مستند و مصاحبه	۵ نظارت کارشناس تغذیه و ماما بر اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده برای مادرانی که ارزیابی تخصصی تغذیه شده اند
توضیحات	* جهت تنظیم رژیم غذایی پس از تایید پزشک معالج
هدایت کننده	رئیس، مسئول بخش بلوک رایمان، مسئول واحد تغذیه

سنجه ۵. ارزیابی وضعیت تغذیه اطفال، براساس منحنی های رشد، توسط کارشناس تغذیه صورت پذیرفته و در پرونده وی ثبت می شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند و مصاحبه	۱ ارزیابی و تنظیم رژیم غذایی برای اطفال* با استفاده از منحنی های رشد توسط کارشناس تغذیه**
بررسی مستند و مصاحبه	۲ تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک با ثبت و مهر و امضا در پرونده بیمار
بررسی مستند و مصاحبه	۳ نظارت کارشناس تغذیه و پرستار بر اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده برای اطفال
توضیحات	*محدوده سنی اطفال از ۱ ماهگی تا ۱۵ سال تمام می باشد. ** برای تمام کودکان مبتلا به سوء تغذیه، سرطان، سوختگی، بیماریهای کلیوی، سلیاک و بیماریهای مادرزادی و متابولیک و در سایر موارد با تشخیص پزشک معالج، رژیم غذایی تنظیم می شود.
هدایت کننده	مسئول واحد تغذیه، رئیس و سرپرستار بخش

سنجه ۶ کارشناس تغذیه پاسخ بیمار به مراقبت های تغذیه ای را بررسی نموده و در صورت نیاز به تغییر رژیم غذایی بیمار، فرم پیگیری وضعیت تغذیه را تکمیل می نماید.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ بررسی پاسخ بیمار* به مراقبت های تغذیه ای در فواصل منظم، توسط کارشناس تغذیه
بررسی مستند	۲ کنترل شاخص های تن سنجی و تکمیل فرم های پیگیری وضعیت تغذیه براساس تغییر وضعیت تغذیه بیمار طبق دستور پزشک**
توضیحات	*صرفاً در بیمارانی که پس از دستور پزشک برای مشاوره تغذیه، ارزیابی تخصصی تغذیه انجام شده و پزشک رژیم غذایی تنظیم شده را تایید و اجرا شده است این برنامه برای بیمار اجرا می شود. ** توسط کارشناس تغذیه
هدایت کننده	مسئول واحد تغذیه

ب ۱ | ۲۴ | غذای بیمار براساس رژیم تنظیم شده، تهیه و سرو می شود.

دستاورد استاندارد

- مدیریت تغذیه بیماران با انجام یک کارگروهی موثر توسط پرستار، پزشک، کارشناس تغذیه
- تسریع و تسهیل در بهبود بیماران با رعایت تغذیه مناسب و تخصصی

سنجه. پرستار در هر نوبت کاری براساس دستور پزشک، فهرست بیماران نیازمند به رژیم غذایی خاص را تهیه و پس از مطابقت با رژیم غذایی تنظیم شده، در سامانه اطلاعات بیمارستان ثبت می نماید و غذای بیمار براساس آن سرو می شود.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ ثبت لیست غذایی بیماران براساس رژیم های غذایی تنظیم شده* مورد تایید پزشک* در سامانه اطلاعات بیمارستان
مشاهده	۲ سرو غذای بیماران مطابق لیست غذاهای رژیمی ارسال شده از بخش
توضیحات	*توسط کارشناس تغذیه در فرم های ارزیابی تخصصی تغذیه ای *رژیم غذایی در پرونده بیمار ثبت و توسط پزشک معالج تایید و امضا می شود.
هدایت کننده	سرپرستار بخش، مسئول واحد تغذیه

ب ۱ | ۲۵ | توضیحات، آموزش و اطلاعات لازم در زمان ترخیص به بیمار و همراه او ارائه می شود.

دستاورد استاندارد

- تکمیل روند درمان و بهبود بیماران پس از ترخیص
- مشارکت در ارتقای سلامت جامعه
- کاهش موارد بستری مجدد بیماران
- مسئولیت پذیری بیمارستان پس از ترخیص بیماران

سنجه ۱. پزشک در زمان ترخیص، توضیحات و آموزش های لازم رابه صورت شفاهی و به زبان قابل درک، به صورت جداگانه، به هریک از بیماران و همراه ایشان ارائه می نماید و آموزش های ارائه شده دریک فرم با امضای بیمار و با مهر و امضای پزشک و پرستار در پرونده بیمار نگهداری و نسخه دوم یا کپی خوانای آن تحویل بیمار می شود.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تهیه فرم آموزش زمان ترخیص بیمار
بررسی مستند و مصاحبه	۲ ارائه آموزش های لازم حداقل شامل رژیم غذایی، داروهای مصرفی در منزل، وضعیت حرکتی بیماران در منزل، زمان و مکان مراجعه بعدی بیمار به پزشک،
مصاحبه	۳ ارائه آموزش های زمان ترخیص توسط پزشک ذیصلاح به بیمار به صورت شفاهی
مصاحبه	۴ ارائه آموزش ها به صورت انفرادی و به زبان قابل درک
بررسی مستند	۵ ثبت آموزش ها در ستون آموزش های ارائه شده توسط پزشک و مهر و امضاء آن
بررسی مستند	۶ خوانا بودن آموزش های ثبت شده
مصاحبه	۷ تحویل نسخه دوم به بیمار
توضیحات	* تا زمان ابلاغ فرم کشوری آموزش به بیمار، فرم مذکور توسط بیمارستان تنظیم می شود. در بخش های پس از زایمان/NICU/نوزادان، آموزش مادران برای مراقبت نوزاد سالم و نوزاد بیمار مطابق برنامه های مراقبت نوزاد سالم و نارس (ابلاغیه شماره ۱۰۰/۱۱۳۰ مورخ ۹۰/۸/۹) می باشد.
هدایت کننده	معاون درمان، روسای بخش ها

سنجه ۲. در زمان ترخیص، پرستار توضیحات و آموزش های لازم به صورت شفاهی به زبان قابل درک، به صورت جداگانه، به هریک از بیماران و همراه ایشان ارائه می نماید و آموزش های ارائه شده در یک فرم با امضای بیمار و با مهر و امضای پزشک و پرستار در پرونده بیمار نگهداری و نسخه دوم یا کپی خوانای آن تحویل بیمار می شود.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	ردیف
بررسی مستند	تهیه فرم آموزش * زمان ترخیص بیمار	۱
بررسی مستند	آموزش های لازم حداقل شامل رژیم غذایی، داروهای مصرفی در منزل، وضعیت حرکتی بیماران در منزل، زمان و مکان مراجعه بعدی بیمار به پزشک، می باشد. **	۲
مصاحبه	ارائه آموزش های زمان ترخیص به بیمار به صورت شفاهی	۳
مصاحبه	ارائه آموزش ها به صورت انفرادی و به زبان قابل درک	۴
بررسی مستند	ثبت آموزش ها در ستون آموزش های ارائه شده توسط پرستار و مهر و امضاء آن	۵
بررسی مستند	خوانا بودن آموزش های ثبت شده	۶
مصاحبه	تحویل نسخه دوم به بیمار	۷

توضیحات: \* فرم آموزش زمان ترخیص به صورت واحد بوده و کلیه کارکنان بالینی اعم از پزشک، پرستار و ... آموزش های ارائه شده را در ستون مربوطه تکمیل خواهند نمود.  
\*\* نحوه مراقبت و پانسمان زخم ها در صورت اقدامات جراحی و نمونه برداری

هدایت کننده: مدیر پرستاری و سرپرستاران

سنجه ۳. پزشک معالج در خصوص داروهای مصرفی غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار تصمیم گیری و یا در خصوص مراجعه به پزشک متخصص مربوط راهنمایی نموده و گزارش اقدامات را در فرم خلاصه پرونده ثبت می نماید.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

استاندارد مرتبط  آموزش  ایمنی بیمار  هتلینگ  دوستدار مادر  دوستدار کودک  ارتقاء سلامت  سایر

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	ردیف
مصاحبه	در نظر گرفتن تلفیق دارویی * هنگام ترخیص بیمار	۱
مصاحبه	تصمیم گیری در مورد نحوه مصرف هم زمان داروهای مرتبط و غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار	۲
مصاحبه	ارجاع بیمار به پزشک متخصص در خصوص ادامه مصرف داروهای غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار در صورت لزوم	۳
مشاهده	ثبت گزارش اقدامات انجام شده در خلاصه پرونده	۴

توضیحات: \* بایستی قبل از تلفیق دارویی از مصرف داروهای غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار با دستور پزشک اطمینان حاصل گردد و در صورت هر گونه ابهام در این خصوص بیمار باید به سرویس تخصصی مرتبط ارجاع گردد.  
توصیه ۱. اقدام براساس دستورالعمل صحت دارویی نامه شماره ۵۴۰۹/۱۰۷۵۷ د تاریخ ۹۳/۶/۱۲ صورت گیرد.

هدایت کننده: معاونت درمان و روسای بخش ها

سنجه ۴. خلاصه پرونده شامل حداقل‌های مورد انتظار به صورت کامل، در زمان ترخیص تکمیل و نسخه دوم یا کپی خوانای آن تحویل بیمار می‌شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تکمیل کلیه بندهای فرم خلاصه پرونده توسط پزشک ذیصلاح
بررسی مستند	۲ تکمیل فرم خلاصه پرونده در زمان ترخیص
بررسی مستند	۳ خوانا بودن فرم خلاصه پرونده
بررسی مستند	۴ ارائه نسخه دوم به بیمار / بستگان قانونی هم زمان با ترخیص*
توضیحات	*خلاصه پرونده همزمان با ترخیص بیمار تحویل ایشان می‌گردد. (به استثنای بیماران سطح ۴ و ۵ تریاژ اورژانس که فرم تریاژ کفایت می‌نماید.) و به هیچ دلیلی از جمله ترخیص با رضایت شخصی و ... نباید تحویل خلاصه پرونده به بعد موکول گردد. توصیه . خلاصه پرونده به صورت تایپ شده در اختیار بیمار قرار گیرد.
هدایت کننده	معاونت درمان و روسای بخش‌ها

**ب ۱ ۲۶ نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص اعلام می‌شود.**

**دستاوردها استاندارد**

- مسئولیت پذیری بیمارستان پس از ترخیص بیماران
- امکان استفاده بیماران از همه اطلاعات پرونده بالینی خود

سنجه. دستورالعمل اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیمار/ همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان، تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تدوین دستورالعمل اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیمار/ همراه او بعد از ترخیص*
بررسی مستند	۲ شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مشاهده	۳ تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۴ اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
بررسی مستند و مصاحبه	۵ آگاهی کارکنان مرتبط* از دستورالعمل
مشاهده	۶ انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ
توضیحات	*حداقل شامل نحوه شناسایی تست های معوقه، فرد مسئول اطلاع رسانی، نحوه اطلاع، دفعات تماس و چگونگی ثبت اقدامات می‌باشد در بخش افراد مجاز برای دریافت نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک حتما باید ضوابط قانونی و اصل محرمانه بودن رعایت شود.
هدایت کننده	معاون درمان و روسای بخش‌های پاراکلینیکی