

# راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی

بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران



## زیر نظر:

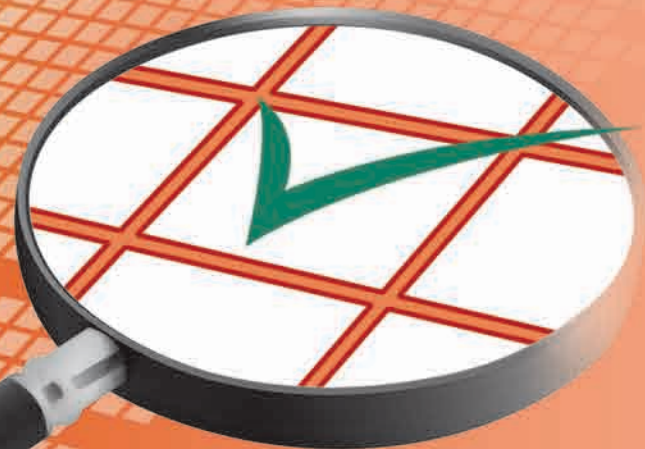
دکتر مرضیه وحیددستجردی - دکتر سید حسن امامی رضوی - دکتر سیدسجاد رضوی

## مشاوران فنی و اجرایی:

دکتر سید محمدصادق مهدوی - دکتر محمودرضا محقق

## مؤلفان:

دکتر مژده رضائی - دکتر حمید مهربانی فر - نعمت اله عباس گودرزی -  
غلامعلی جعفری - صمد خلیفه گری - خدیجه دانایی  
دکتر پریسا دولتشاهی - مهندس راحله روح پرور - عطیه صباغیان پیرو -  
پرستو عابدینی سلیم آبادی - دکتر لیلا کیکاوسی آرانی





## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

### زیر نظر:

دکتر مرضیه وحید دستجردی - دکتر سید حسن امامی رضوی - دکتر سید سجاد رضوی

### مشاوران فنی و اجرایی:

دکتر سید محمد صادق مهدوی - دکتر محمود رضا محقق

### مؤلفان:

دکتر مزده رضانی - دکتر حمید مهربانی - نعمت اله عباس گودرزی - غلامعلی جعفری - صمد خلیفه گری - خدیجه دانایی  
دکتر پریسا دولتشاهی - مهندس راحله روح پرور - عطیه صباغیان پیرو - پرستو عابدینی سلیم آبادی - دکتر لیلا کیکاووسی آرانی

### همکاران امور اجرایی:

فرشته بابایی - بهمن اعتصامی - رضا رضایی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت درمان - دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان - اداره ارزیابی مراکز درمانی

وضعیت نمایه‌سازی: فیپا.

شماره کتابشناسی ملی: ۲۹۱۶۴۰۹

عنوان و نام پدیدآور: راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران [منابع الکترونیکی] / زیر نظر مرضیه وحیددستجردی، سیدحسن امامی‌رضوی، سیدسجاد رضوی؛ مشاوران فنی و اجرایی سیدمحمدصادق مهدوی، محمودرضا محقق؛ مولفان مزده رضانی... [و دیگران]؛ همکاران امور اجرایی فرشته بابایی، بهمن اعتصامی، رضا رضایی؛ [بہسفارش] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت درمان، دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان، اداره ارزشیابی مراکز درمانی. وضعیت نشر: تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۱.

مشخصات ظاهری: ۱ لوح فشرده؛ بی‌کلام، ۱۲ س.م.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۵۲۸-۶۵-۷

یادداشت: مولفان مزده رضانی - حمید مهربانی فر - نعمت اله عباس‌گودرزی - غلامعلی جعفری - صمد خلیفه‌گری - خدیجه دانایی - پریسا دولت‌شاهی - راحله روح‌پرور - عطیه صباغیان‌پیرو - پرستو عابدینی سلیم‌آبادی - لیلا کیکاوسی‌آرانی.

توصیفگر: ارزشیابی

انتقال خون

بخش‌های بیمارستان

گزارش‌های تخصصی

استانداردها

توصیفگر: ایران

شناسه افزوده: وحید دستجردی، مرضیه، ۱۳۳۸ -

امامی رضوی، سیدحسن، ۱۳۳۸ -

رضوی، سیدسجاد، ۱۳۴۶ -

مهدوی، سیدمحمدصادق، ۱۳۳۹ -

محقق، محمودرضا، ۱۳۴۹ -

رضایی، رضا، ۱۳۴۸ -

اعتصامی، بهمن، ۱۳۴۲ -

بابایی، فرشته، ۱۳۵۰ -

رضانی، مزده، ۱۳۴۹ -

شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان. اداره ارزشیابی مراکز درمانی

ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت درمان

ناشر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

با همکاری کانون آگهی و تبلیغاتی چکامه آوا

صفحه آرایشی: گروه هنری چکامه آوا

طرح جلد: شیما خوشکار

شمارگان: ۲۰۰۰ عدد

قیمت: ندارد

ISBN: 978-600-5528-65-7

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۵۲۸-۶۵-۷

«حق چاپ برای دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان محفوظ است»

## با تقدیر و تشکر از راهنمایی‌ها و همکاری‌های

سرکار خانم دکتر سهیلا ناسی زاده - سرکار خانم دکتر آرزیتا چگینی - سرکار خانم دکتر فریده جلالی فراهانی - سرکار خانم دکتر هما رضانی - جناب آقای مصطفی مقدم  
سرکار خانم پونه مازیار - جناب آقای دکتر علی‌رضا مظهری - جناب آقای دکتر حمید رواقی - جناب آقای دکتر سید محمد سادات - سرکار خانم فرناز مستوفیان -  
سرکار خانم دکتر پیغام حیدر پور

سازمان انتقال خون کشور

دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی - اداره حاکمیت بالینی

دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور

## فهرست

صفحه	عنوان
۱۳	برنامه استراتژیک.....
۱۸	رییس بخش (مسئول فنی آزمایشگاه).....
۱۹	مدیر اجرایی بخش.....
۲۰	پرونده پرسنلی.....
۲۳	لیست کارکنان.....
۲۸	دوره توجیهی بدو ورود.....
۳۰	آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان.....
۳۷	آموزش و توانمندسازی کارکنان.....
۵۳	کتابچه/ مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط.....
۵۷	خطمشی ها و روش ها.....
۶۳	امکانات و ملزومات.....
۷۸	آزمایش ها.....
۸۰	بهبود کیفیت.....
۸۳	جمع آوری و تحلیل داده ها.....
۹۰	سیستم مراقبت از خون (هموویتزاسن).....
۹۷	منابع.....

## سخن وزیر

حفظ و ارتقای سلامت، هدفی است ارزشمند که دستیابی به آن نیازمند به کارگیری توأمان دانش و درایت است. تنوع ساختار و شیوه‌های عملکردی نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف جهان نشانگر رویکردهای متفاوت برای رسیدن به اهداف مشابه بوده و نتایج موفق یا ناموفق حاصله نیز بیانگر آن است که با وجود دامنه گسترده اطلاعات در دهکده جهانی، هوشمندی در انتخاب راه کار مناسب از این دریای بیکران دانش بشری، شرطی اساسی برای رسیدن به موفقیت به شمار می‌رود.

بیمارستان‌ها به عنوان سرمایه‌های عظیم ملی، علاوه بر تجهیزات و منابع فراوان، بسیاری از نخبگان کشور را در خود جای داده‌اند که هر یک به نوبه خود منشاء خدمات بی‌شمار برای جامعه هستند اما سیاستگذاری مناسب، موجب جهت دهی و هدایت صحیح آن‌ها در مسیر اهداف کلان سلامت خواهد شد و یکی از مهم‌ترین ابزارهای راهبری و رفتارسازی در سطح فردی و سازمانی، استفاده از روش‌های مناسب ارزشیابی است. روش‌هایی که علاوه بر تناسب با موضوع و محتوای مورد سنجش، از صحت و دقت مناسب برخوردار بوده و امکان شناسایی نقاط قوت و فرصت‌های بهبود را در سطح سازمانی، دانشگاهی و ملی فراهم آورده و با تکیه بر اصول و اولویت‌ها، سیاستگذاران و مجریان را در توزیع و تخصیص مناسب و اثربخش منابع محدود برای پاسخ به نیازهای نامحدود، یاری رسانند.

در همین راستا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اعتباربخشی و حاکمیت بالینی را به عنوان شیوه‌هایی مکمل در زمینه ارتقای کیفیت و ایمنی مراکز ارائه خدمات سلامت، در دستور کار خود قرار داده است و خداوند را سپاس می‌گوییم که به دنبال ابلاغ استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها در اسفند ماه سال ۱۳۸۹ و برگزاری نخستین جشنواره حاکمیت بالینی در سال ۱۳۹۰، اکنون در پی تلاش‌های بی‌وقفه و همت والای همکاران معاونت درمان، توفیق آن حاصل شده‌است که شاهد تدوین راهنمای ارزیابی استانداردهای مذکور به عنوان ابزاری ارزشمند در جهت سنجش ایمنی و کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های کشور باشیم و انتظار می‌رود دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور با التزام و تعهد در به کارگیری دقیق و مسئولانه این ابزار، گام‌های جدی در جهت ارتقای روز افزون کیفیت و ایمنی مراکز مذکور برداشته و اطمینان داشته باشند که وزارت متبوع و معاونت‌های مختلف آن نیز از طریق شورایی اعتباربخشی که در بالاترین سطوح وزارتی، مسئولیت سیاستگذاری و هماهنگی‌های لازم در این زمینه را برعهده دارد، آن‌ها را در اجرای هر چه موفق‌تر این امر خطیر، یاری خواهد رساند.

در پایان لازم می‌دانم از جناب آقای دکتر سید حسن امامی رضوی، معاون محترم درمان و همکارانشان در دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان به واسطه تلاش‌ها و زحمات ارزشمندشان در به ثمر رساندن این سند افتخار ملی، تشکر و سپاسگزاری نموده و توفیق روز افزون آنان را از درگاه پروردگار متعال، مسئلت نمایم.

**دکتر مرضیه وحید دستجردی**  
وزیر

## پیش‌گفتار

بیمارستان‌ها به عنوان یکی از پیچیده‌ترین مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، از اهمیت و حساسیت خاصی برخوردار هستند و بیماران و همراهان در شرایط اضطرار و نگرانی به این مراکز مراجعه نموده و انتظار آن دارند که شاهد برخوردی مسئولانه و حاکی از احترام و همدردی بوده و خدماتی کیفی، ایمن و اثربخش را با پرداخت هزینه‌ای منطقی، دریافت نمایند. از سوی دیگر تأمین رضایت شغلی و رعایت شأن و منزلت کارکنان نیز از ضرورت و اولویت خاصی برخوردار است. همچنین، این مراکز محل ارائه خدمات متنوعی هستند که سیاستگذاری و هدایت آن‌ها را دفاتری از عرصه‌های مختلف ستادی برعهده داشته و ایجاد هماهنگی میان برنامه‌هایی که از مسیرهای متفاوت آغاز شده و در یک عرصه محیطی همچون بیمارستان تجمیع و آرایه می‌شوند، امری ضروری و در عین حال چالش برانگیز خواهد بود. جای بسی خوشحالی است که همکاران اداره ارزشیابی مراکز درمانی در دفتر نظارت و اعتباربخشی این معاونت، از نیمه دوم سال ۱۳۸۶ با آغاز مراحل تدوین استانداردهای اعتباربخشی ملی با هدف ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های کشور، در یک حرکت کم‌نظیر، ارتباط وسیعی را با دفاتر مرتبط در وزارت متبوع و دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های کشور برقرار نموده و در پی استقبال و همکاری بسیار خوب مخاطبان، زمینه‌های همسویی و هماهنگی هرچه بیشتر را در این عرصه فراهم آورده‌اند. به نحوی که اکنون در تدوین کتاب‌های راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان، علاوه بر کلیدی‌ترین نکات برگرفته از دانش روز ملی و بین‌المللی، بسیاری از مطالبات و اهداف گروه‌های مختلف ستادی، در قالب بخش نامه‌ها و دستورالعمل‌ها، مورد اشاره قرار گرفته که این امر، افزایش ضمانت اجرایی، شفاف و هماهنگ شدن سیاست‌های ستادی و در نتیجه افزایش امکان اجرایی شدن برنامه‌ها را فراهم آورده است. بدیهی است این امر آغازگر حرکتی است که هماهنگی‌های دقیق‌تر و کاربردی‌تر آتی را به همراه داشته و موجب هم‌افزایی اقدامات ستادی و تسهیل فعالیت‌های محیطی در راستای ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات ارائه شده، خواهد شد.

در پایان از جناب آقای دکتر سید سجاد رضوی، مدیرکل محترم دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان و جناب آقایان دکتر سید محمد صادق مهدوی و دکتر محمودرضا محقق به عنوان مشاوران فنی و اجرایی طرح و همچنین همکاران پرتلاش اداره ارزشیابی مراکز درمانی، تشکر و قدردانی نموده و امید آن دارم که زحماتشان با تأمین رضایت و اطمینان خاطر بیماران و همراهان در مراجعه به مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، به بار نشیند.

**دکتر سید حسن امامی رضوی**  
معاون درمان

## مقدمه

اطمینان از ارائه خدمات کیفی، ایمن و اثربخش در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، هدفی است که دستیابی به آن مستلزم مطالعه، برنامه‌ریزی و تلاش پیگیر و گسترده است. این دفتر در راستای تحقق هدف مذکور و عمل به وظایف محوله، بازبینی نظام ارزشیابی بیمارستان‌های کشور را در دستور کار خود قرار داده است که تدوین و ابلاغ استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران در پایان سال ۱۳۸۹، اولین دستاورد مهم این حرکت ارزشمند به شمار می‌رود.

بدیهی است از ابلاغ استاندارد تا اجرا و استقرار کامل آن در تمامی بیمارستان‌های کشور، مسیری دشوار و طولانی پیش روی تمامی دست‌اندرکاران این عرصه خواهد بود که آغاز دوره‌های آموزش آشنایی از ابتدای سال ۱۳۹۰ و پیگیری عملکرد دانشگاه‌ها در انتقال آموزش‌ها به بیمارستان‌های تحت پوشش، صرف‌نظر از نوع وابستگی آن‌ها، تلاشی دیگر در جهت تسهیل و تسریع این امر محسوب می‌شد و بررسی‌های مذکور نشانگر عملکرد در خور تحسین دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های کشور در راستای تحقق هدف مذکور بود. هر چند لزوم استمرار و تکمیل آموزش‌های ارائه شده، ضرورتی است انکارناپذیر که از دید برنامه‌ریزان و سیاستگذاران پنهان نمانده و همچنان نسبت به آن اهتمام جدی دارند.

اما در ادامه این روند آنچه بیش از هر چیز واجد اهمیت و نیازمند توجه ویژه است، طراحی و به کارگیری شیوه‌ای مناسب برای سنجش صحیح و دقیق نتایج این تلاش‌ها در میدان عمل و عرصه‌ی بیمارستانی است؛ روشی که امکان ارزیابی دقیق، کامل و فارغ از سلیقه‌های شخصی را فراهم آورده و اطمینان خاطر لازم را برای تمامی ذی‌نفعان به ارمغان آورد. تدوین ۳۸ کتاب راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی با درج سنجه‌ها و جداول راهنمای امتیازدهی برای تمامی استانداردها، با استفاده از راهنمایی‌ها و نظرات کارشناسی حوزه‌های مرتبط، برگ زرین دیگری است که با تلاش‌های صادقانه و همت والای همکاران اداره ارزشیابی این دفتر، به ثمر رسید و نتایج برگزاری دوره‌های آموزش ارزیاب در سطوح مختلف ستادی و اجرایی براساس راهنمای مذکور، بیانگر آن است که استفاده از جداول امتیازدهی به عنوان یک نوآوری ارزشمند در عرصه اعتباربخشی، ابزاری موفق و کارآمد در ایجاد دیدگاه‌های مشترک و امتیازدهی صحیح توسط ارزیابان و شفاف نمودن و عینیت بخشیدن به مفاهیم مندرج در استاندارد می‌باشد و از این طریق راهنمایی کاربردی برای اجرای استانداردها توسط بیمارستان‌ها نیز به شمار می‌رود.

در اینجا لازم می‌دانم از سرکار خانم دکتر مژده رضانی و همکارانشان در اداره ارزشیابی مراکز درمانی به پاس تلاش‌های فراوان و پرثمرشان، صمیمانه قدردانی نموده و همچنین از حوزه‌های مرتبط وزارت و دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور و بیمارستان‌هایی که با علاقه و پیگیری، ما را در به ثمر رساندن این مجموعه یاری رسانده‌اند، تشکر نمایم. در پایان از تمامی اساتید، اندیشمندان و صاحب‌نظران عرصه سلامت در سراسر کشور خواهشمندم با ارسال نظرات، انتقادات و پیشنهادهای سازنده‌شان، ما را در ارتقای هر چه بهتر این مجموعه در ویرایش آتی، یاری رسانند.

**دکتر سید سجاد رضوی**  
**مدیر کل دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان**



## راهنمای استفاده از کتاب

کتاب‌های راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان، به منظور شفاف و عینی شدن سنجش استانداردهای مذکور تدوین شده‌است اما در عین حال یک راهنمای گام به گام و دقیق برای اجرای استانداردها در بیمارستان‌ها نیز به شمار می‌رود. برای استفاده هرچه بهتر از این کتاب به موارد ذیل توجه فرمایید:

۱. در این کتاب برای هر استاندارد یک یا چند سنجه برای سنجش اجزای آن، تدوین شده‌است و در ذیل هر سنجه یک جدول راهنمای امتیازدهی قرار گرفته که شامل چهار ستون اصلی مستندات، مشاهدات، مصاحبه و امتیازات است و نشان می‌دهد ارزیابان برای بررسی میزان اجرایی شدن سنجهی مربوطه، باید چه مستنداتی را بررسی نموده، چه مواردی را مشاهده نمایند و با چه کسانی مصاحبه کنند و براساس یافته‌ها، چه امتیازی به آن سنجه بدهند. در کنار هر ستون از حروفی استفاده شده‌است که به ترتیب نشان دهنده‌ی موارد ذیل هستند:

### ستون مستندات

الف: چه مستنداتی بررسی شود

ب: با چه مشخصاتی

ج: در کجا

د: به چه تعداد

### ستون مشاهدات

ه: چه چیزی مشاهده شود

و: در کجا

ز: به چه تعداد

ح: چگونه مشاهده شود

ط: چه مدت زمانی رعایت شده باشد<sup>۱</sup>

### ستون مصاحبه

ی: با چه فرد یا افرادی مصاحبه شود

ک: چه چیزی پرسیده شود

ل: در کجا

م: از چند نفر

۱. حرف «ط» بیانگر آن است که سنجه مذکور برای چه مدتی اجرا شده است. به عنوان مثال یک خط مشی و روش ممکن است از یک ماه قبل از انجام ارزیابی، اجرایی شده باشد. با توجه به نوپا بودن برنامه اعتباربخشی، در سال اول اجرا، این مورد بررسی نمی‌شود.



۳. در قسمت امتیازات، امتیازهای صفر، یک، دو و غیر قابل ارزیابی "غ.ق.ا" در نظر گرفته شده‌اند. برای امتیازدهی صحیح ابتدا به ستون "غ.ق.ا" نگاه می‌کنیم و اگر با توجه به موارد مندرج در آن، سنجه قابل ارزیابی بود، ستون‌های امتیازات را از راست به چپ، از صفر به سمت یک و دو، نگاه می‌کنیم. به این ترتیب که اگر یکی از حالت‌های مندرج در ستون صفر وجود داشته باشد، امتیاز صفر داده می‌شود حتی اگر هم زمان، حالتی از ستون یک یا دو هم دیده شود. به عنوان مثال اگر در جدول ذیل براساس مستندات برای ۱-۰ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده است اما در مصاحبه ۳-۲ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه خود مشارکت نموده‌اند، امتیاز صفر داده خواهد شد.

## مثال:

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند براساس نیاز سنجی آموزشی انجام شده مطابق سنجه ۱ برای تمامی کارکنان این بخش با مشارکت آنان برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.ا	۲	۱	۰
	الف	برنامه توسعه فردی کارکنان	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی	برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت می‌کند	برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت می‌کند	برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت نمی‌کند	
	ب	مشخصات مطابق الگوی برنامه توسعه فردی مورد اشاره در محور آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان	و		ک	آیا شما در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت داشته‌اید؟	و	و	یا	
	ج	در پرونده پرسنلی کارکنان این بخش	ز		ل	این بخش	براساس مستندات برای ۳-۲ نفر	براساس مستندات برای ۳-۲ نفر	براساس مستندات برای ۱-۰ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است	
	د	۵ پرونده از رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آنها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)	برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است	برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است	یا	
				ط			۱-۰ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند	۳-۲ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند	۳-۲ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند	

۱ . ستون غیر قابل ارزیابی در مواردی تکمیل شده‌است که سنجه مورد نظر در آن بخش / واحد یا بیمارستان، موضوعیت نداشته باشد. به عنوان مثال سنجه‌ای که در مورد بیمارستان‌های آموزشی است، در بیمارستان‌های غیرآموزشی موضوعیت نداشته و غیرقابل ارزیابی خواهد بود.

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی طب انتقال خون بیمارستان در ایران

۴. نکته دیگری که در امتیاز دهی باید به آن توجه داشت، حروف ربطی است که در جدول امتیازات از آن‌ها استفاده شده است. به عنوان مثال وقتی بین دو حالت از "یا" استفاده شده است، منظور این است که اگر هر یک از آن دو حالت وجود داشته باشند، امتیاز بالای آن ستون داده می‌شود. اگر از "و" استفاده شده باشد یعنی باید هر دو حالت موجود باشند تا امتیاز بالای آن ستون داده شود و اگر از "اما" استفاده شود یعنی بخشی از شرایط رعایت شده اما هنوز نقایصی وجود دارد.

**مثال:**

سنجه. اطلاعات مربوط به پرونده پرسنلی به صورت فایل کاغذی/الکترونیکی در دسترس رییس این بخش است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳
	الف	لیست کارکنان این بخش و پرونده پرسنلی کاغذی/الکترونیکی آنان	ه		ی	رییس / سوپروایزر یا جانشین او	رییس یا جانشین او به آن‌ها دسترسی نداشته باشند	رییس یا جانشین او به آن‌ها دسترسی داشته باشند	رییس یا جانشین او به آن‌ها دسترسی داشته باشند	غ.ق.۱
	ب		و		ک	اگر پرونده پرسنلی کارکنان بخش در دسترس شما است آن را با هم ببینیم	اما	و		
	ج	در دسترس این بخش	ز		ل	در این بخش	پرونده پرسنلی ۱-۰ نفر موجود باشد	پرونده پرسنلی ۳-۲ نفر موجود باشد	پرونده پرسنلی ۵-۴ نفر موجود باشد	
	د	پرونده پرسنلی ۵ نفر از کارکنان این بخش که به طور تصادفی از روی لیست کارکنان و از رده‌های شغلی مختلف انتخاب شده‌اند*	ح		م					
			ط							

\*تذکر: شامل کارکنان خدمات نمی‌شود و پرونده‌ی پرسنلی آنان در واحد بهداشت محیط کنترل می‌گردد.

۵. در جداول امتیازدهی در قسمت تعداد مستندات یا مشاهدات یا مصاحبه‌ها، معمولاً به عدد ۵ یا ۱۰ اشاره شده‌است. به عنوان مثال گفته شده با ۵ نفر از کارکنان بخش یا واحد مربوطه مصاحبه شده و در صورت دریافت پاسخ صحیح از سوی ۱-۰ نفر، امتیاز صفر، از سوی ۳-۲ نفر، امتیاز یک و از سوی ۵-۴ نفر، امتیاز دو داده شود. اما ممکن است این مصاحبه در واحدی صورت بگیرد که کارکنان آن در مجموع ۳ نفر هستند. در این موارد باید براساس شرایط موجود درصد گرفته شود. به عنوان مثال اگر در واحدی سه نفر مشغول به کار بوده و در مصاحبه دو نفر پاسخ صحیح و یک نفر پاسخ نادرست بدهند، در این صورت ۲ تقسیم بر ۳ شده و در ۱۰۰ ضرب می‌شود که حاصل آن ۶۶/۶۶٪ می‌شود. اکنون با توجه به ملاک‌های ذیل امتیازدهی انجام می‌شود:

اگر درصد حاصله بین ۲۰-۰٪ باشد، امتیاز صفر داده می‌شود. اگر بین ۶۰-۲۱٪ باشد، امتیاز یک داده خواهد شد و اگر بین ۱۰۰-۶۱٪ باشد، امتیاز دو به آن تعلق خواهد گرفت. بنابر این چون در این مثال، ۶۶/۶۶٪ عددی بین ۱۰۰-۶۱٪ است، امتیاز ۲ به آن داده خواهد شد.

۶. در برخی استانداردها که مربوط به شرایط احراز مسئولین قسمت‌های مختلف بیمارستان است، نحوه‌ی امتیاز دهی متفاوت است و برای هر یک از موارد تحصیلات، تجربیات و دوره‌های آموزشی، امتیازی در نظر گرفته شده‌است که با توجه به شرایط مسئول مربوطه در بیمارستان، امتیاز مذکور داده شده و مجموع امتیازات، امتیاز آن سنج را نشان خواهد داد.

## مثال:

سنجه . فردی دارای مدرک تحصیلی و تجربه منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده در متن استاندارد سوپروایزر این بخش است.

شماره سنج	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز
	الف	موارد مندرج در متن استاندارد	ه		ی		در صورتی‌که سوپروایزر بخش رادیولوژی ابلاغ مکتوب با امضای مسئول مربوطه را نداشته باشد هیچ امتیازی به این سنج تعلق نمی‌گیرد و در صورتی‌که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود:
	ب		و		ک		مدرک کارشناسی رادیولوژی یا بالاتر (۳ امتیاز)
	ج	در پرونده پرسنلی سوپروایزر این بخش	ز		ل		مدرک کاردانی رادیولوژی (۲ امتیاز)
	د		ح		م		دو سال سابقه کار در بخش تصویربرداری برای کارشناسی رادیولوژی (۲ امتیاز)
			ط				چهار سال سابقه کار در بخش تصویربرداری برای کاردان رادیولوژی (۱ امتیاز)

۷. لازم به ذکر است که روش امتیازدهی اعتباربخشی با ارزشیابی قبلی، متفاوت است و برخلاف گذشته که با توجه به مجموع امتیازات کسب شده توسط بیمارستان، درجه مربوطه مشخص می‌شد، در اعتباربخشی براساس درصد امتیاز کسب شده از مجموع امتیازات قابل کسب برای بیمارستان، محاسبه انجام خواهد شد. به این ترتیب در مواردی که سنج برای یک بخش یا واحد غیرقابل ارزیابی باشد، بیمارستان مشکلی نخواهد داشت و از بابت آن امتیازی از دست نخواهد داد. در بیمارستان‌های تک تخصصی نیز، زمانی که یک بخش یا واحد در بیمارستان موجود نباشد، بخش مربوطه در این بیمارستان غیر قابل ارزیابی خواهد بود و از این بابت از بیمارستان امتیازی کسر نخواهد شد. اما باید به این نکته‌ی مهم توجه داشت که رعایت استانداردهای برخی بخش‌ها و واحدها برای تمام بیمارستان‌ها الزامی است و اگر بیمارستان، آن بخش‌ها یا واحدها را نداشته باشد، امتیاز مربوطه را از دست خواهد داد. به عنوان مثال می‌توان از واحد بهداشت حرفه‌ای در این زمینه نام برد.

۸. شایان ذکر است که در مجموعه «راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران»، راهنمای بخش داخلی نیز تدوین شده‌است که بخش‌هایی مانند گوارش، غدد، تالاسمی و روماتولوژی نیز براساس آن قابل سنجش هستند. از بخش CCU نیز می‌توان برای Post CCU استفاده کرد. جراحی نیز ملاک سنجش بخش‌هایی چون چشم، گوش و حلق و بینی، ارتوپدی، جراحی زنان و اروولوژی می‌باشد.

۹. در رابطه با سایر استانداردها نیز با توجه به بازخوردهای دریافت شده از حوزه‌های مرتبط ستادی و اجرایی، اصلاحاتی جهت تسهیل و تسریع فرایند اجرا، صورت گرفته است. لذا در صورت وجود تفاوت میان کتاب‌های «راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی» و کتاب «استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران»، ملاک عمل، کتاب‌های راهنما خواهند بود.

## بخش طب انتقال خون مدیریت و سازماندهی

### (۱) برنامه استراتژیک

۱-۱) نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.

سنجه . برنامه استراتژیک بیمارستان با ویژگی‌های مندرج در سنجه‌های استاندارد ۱-۲-۱-۱ مدیریت و رهبری مطابقت داشته و در دسترس این بخش است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	برنامه استراتژیک بیمارستان	ه		ی	رییس یا مدیر اجرایی این بخش	بیمارستان برنامه استراتژیک ندارد		بیمارستان برنامه استراتژیک دارد
	ب	مشخصات مندرج در سنجه‌های استاندارد ۱-۲-۱-۱ مدیریت و رهبری	و		ک	اگر برنامه استراتژیک بیمارستان در دسترس بخش شماسنت آن را با هم ببینیم	یا مشخصات مندرج در بند «ب» را ندارد		و مشخصات مندرج در بند «ب» را دارد
	ج	در این بخش	ز		ل	در این بخش	یا		و در دسترس تمامی افراد مورد مصاحبه است
	د		ح		م		حتی در دسترس یکی از افراد مورد مصاحبه نیست		
			ط						

\* غیرقابل ارزیابی

(۲-۱) در این بخش، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رویت، نصب شده‌است.

سنجه ۱. رسالت بیمارستان با خط خوانا که از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد، تایپ، قاب یا لمینیت شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.۱	۲	۱
۱	الف	رسالت بیمارستان	ه		ی		موارد مندرج در قسمت مستندات را نداشته باشد	قسمتی از موارد مندرج در قسمت مستندات را داشته باشد	موارد مندرج در قسمت مستندات را نداشته باشد
	ب	با خط خوانا که از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد، تایپ، قاب یا لمینیت شده‌است	و		ک				
	ج	در این بخش	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

سنجه ۲. رسالت بیمارستان در مجاورت تابلوی اعلانات این بخش نصب شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.۱	۲	۱
۲	الف	رسالت بیمارستان	ه		ی		در مجاورت تابلو اعلانات نصب نشده‌است		در مجاورت تابلو اعلانات نصب شده‌است
	ب		و		ک				
	ج	در مجاورت تابلوی اعلانات این بخش	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

۳-۱) تمام کارکنان این بخش، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

سنجه ۱. تمام کارکنان این بخش، از رسالت سازمان مطلع هستند.\*

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.۱	۲	۱
۱	الف		ه		ی	از رده‌های مختلف شغلی که حتما یک نفر از آنها از مسئولین این بخش (رییس، مدیر اجرایی) باشند	حتی یکی از مسئولین این بخش ندانند یا ۰-۱ نفر از کارکنان این بخش بدانند	۲-۳ نفر بدانند	۴-۵ نفر بدانند
	ب		و		ک	رسالت بیمارستان شما چیست؟			
	ج		ز		ل	در این بخش			
	د		ح		م	از ۵ نفر			
			ط						

\*تذکر: لازم نیست دقیقاً کلمه به کلمه رسالت بیمارستان گفته شود و کافی است که به نکات و مفاهیم اصلی اشاره گردد.



سنجه ۲. تمام کارکنان این بخش، از نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک بیمارستان در قالب برنامه عملیاتی مربوطه مطلع هستند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۲	الف	برنامه عملیاتی و هدف کلان و اهداف عینی مرتبط با آن که مربوط به این بخش است	ه		ی	از رده‌های مختلف شغلی (که حتما یک نفر از آنها مسئول بخش باشد)	مستندات بند «الف» را ندارد	مستندات بند «الف» را دارد	مستندات بند «الف» را دارد
	ب	اهداف برنامه عملیاتی همان اهداف عینی مرتبط با هدف کلان باشند	و		ک	براساس برنامه عملیاتی این بخش، نقش این بخش در دستیابی به اهداف استراتژیک بیمارستان چیست؟*	شرایط بند «ب» را ندارد	شرایط بند «ب» را دارد	شرایط بند «ب» را دارد
	ج	در این بخش	ز		ل	در این بخش	یا حتی یکی از مسئولین این بخش ندانند	و مسئولین این بخش از آن اطلاع دارند	و مسئولین این بخش از آن اطلاع دارند
	د		ح		م	از ۵ نفر	یا ۰-۱ نفر از کارکنان این بخش بدانند	اما ۲-۳ نفر از کارکنان این بخش بدانند	و ۴-۵ نفر از کارکنان این بخش بدانند
			ط						

\*تذکر: لازم است هدف استراتژیک کلان (Goal) مرتبط با این بخش/ واحد مشخص شده و اهداف عینی (Objectives) مرتبط با هدف کلان مربوطه که مسئولیت اجرای آن با این بخش/ واحد است نیز با هماهنگی واحد بهبود کیفیت مشخص شده و مستندات آن در اختیار این بخش/ واحد قرار گیرد و تمام کارکنان این بخش/ واحد از اهداف برنامه عملیاتی بخش/ واحد خود در راستای دستیابی به اهداف کلان برنامه استراتژیک آگاه باشند (به عنوان مثال اگر برای سال جاری ۴ هدف عملیاتی دارند که در راستای دستیابی به یک هدف کلان استراتژیک است، همه کارکنان هدف استراتژیک کلان مورد نظر و این ۴ هدف عملیاتی را بدانند).

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

سنجه ۳. تمام افرادی که به عنوان آموزش گیرنده و آموزش دهنده از طرف دانشگاه به این بخش معرفی شده‌اند، از رسالت سازمان مطلع هستند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۳	الف		ه		ی	از رده‌های مختلف شغلی آموزش دهنده و آموزش گیرنده در رشته‌های مختلف				
	ب		و		ک	رسالت بیمارستان شما چیست؟				
	ج		ز		ل	در این بخش	۴-۵ نفر بدانند	۲-۳ نفر بدانند	۰-۱ نفر بدانند	
	د		ح		م	از ۵ نفر				
			ط							

**(۲) رییس بخش (مسئول فنی آزمایشگاه)**

۱-۲) شرایط احراز ریاست بخش بانک خون (مسئول فنی آزمایشگاه)، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:

۱-۱-۲) دارا بودن مدرک دکترای تخصصی پاتولوژی

۲-۱-۲) دارا بودن مدرک دکترای تخصصی علوم آزمایشگاهی

۳-۱-۲) دارا بودن مدرک دکترای علوم آزمایشگاهی (مطابق با آیین نامه تاسیس و مسئولیت فنی آزمایشگاه‌های تشخیص طبی)

سنجه ۱. رییس بخش بانک خون (مسئول فنی آزمایشگاه) طی حکمی از سوی رییس بیمارستان\* یا مسئول پست متناظر آن به عنوان رییس این بخش تعیین شده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۱	الف	حکم انتصاب رییس بخش و فهرست اسامی رؤسای تمامی بخش‌های بالینی و تیم مدیریت و رهبری	ه		ی	حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود باشد	حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود باشد	حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود باشد		
	ب	با امضای رییس بیمارستان	و		ک		اما فرد منحصرأ رییس این بخش نباشد			
	ج		ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

\* تذکر: امضای رییس بیمارستان، رییس فعلی یا رییس وقت، مورد قبول است. همچنین لازم نیست سمت مربوطه در حکم کارگزینی فرد نیز لحاظ شده باشد و همان ابلاغ کتبی کافی است.

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی طب انتقال خون بیمارستان در ایران

سنجه ۲. فردی واجد معلومات و تجربیات منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده در متن استاندارد، ریاست این بخش را برعهده دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز
۲	الف	موارد مندرج در متن استاندارد	ه		ی	در صورتی که رییس بخش ابلاغ مکتوب با امضای رییس بیمارستان را نداشته باشد هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود: دارا بودن مدرک دکترای تخصصی پاتولوژی (۶ امتیاز) دارا بودن مدرک دکترای تخصصی علوم آزمایشگاهی (۳ امتیاز) دارا بودن مدرک دکترای علوم آزمایشگاهی (۲ امتیاز)	
	ب		و		ک		
	ج	در پرونده پرسنلی رییس بخش	ز		ل		
	د		ح		م		
			ط				

### ۳) مدیر اجرایی بخش

۳-۱) شرایط احراز مدیر اجرایی بخش بانک خون عبارت است از :

۳-۱-۱) کارشناس ارشد هماتولوژی و بانک خون با ۱ سال سابقه کار در بانک خون

۳-۱-۲) کارشناس علوم آزمایشگاهی با حداقل ۲ سال سابقه کار در بانک خون

۳-۱-۳) کاردان علوم آزمایشگاهی با حداقل ۳ سال سابقه کار در بانک خون

سنجه ۱. مدیر اجرایی بخش بانک خون طی حکمی از سوی رییس بیمارستان منصوب شده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۱	الف	حکم انتصاب مدیر اجرایی	ه		ی	حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود نباشد	حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود باشد			
	ب	با امضای رییس بیمارستان	و		ک					
	ج		ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

سنجه ۲. فردی دارای مدرک تحصیلی، مدارک گذراندن دوره‌های آموزشی و تجربه منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده در متن استاندارد مدیر اجرایی بخش است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز
۲	الف	موارد مندرج در متن استاندارد	ه		ی		در صورتی که مدیر اجرایی بخش ابلاغ مکتوب با امضای رییس بیمارستان را نداشته باشد هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود:
	ب		و		ک		کارشناس ارشد هماتولوژی و بانک خون (۲ امتیاز)
	ج	در پرونده پرسنلی مدیر اجرایی بخش	ز		ل		دارا بودن مدرک کارشناس علوم آزمایشگاهی (۱/۵ امتیاز)
	د		ح		م		دارا بودن مدرک کاردان علوم آزمایشگاهی (۰/۵ امتیاز)
			ط				سابقه کار بین ۱-۲ سال در بخش بانک خون (۰/۵ امتیاز) سابقه کار بین ۲-۳ سال در بخش بانک خون (۱ امتیاز) سابقه کار بین ۳ سال یا بیشتر در بخش بانک خون (۱/۵ امتیاز)

#### ۴) پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک)

۴-۱) پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان این بخش، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رییس این بخش است.

۴-۱-۱) نام و نام خانوادگی، جزییات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آن‌ها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی

۴-۱-۲) شرح وظایف شغلی امضاء شده توسط فرد

۴-۱-۳) چک لیست های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد

۴-۱-۴) کپی آخرین مدرک تحصیلی

۴-۱-۵) کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده

۴-۱-۶) مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌های توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله

۴-۱-۷) مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان

۴-۱-۸) مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۴-۱-۹) برنامه توسعه فردی

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

سنجه ۱. اطلاعات مربوط به پرونده پرسنلی به صورت فایل کاغذی/ الکترونیکی در دسترس رییس این بخش است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	لیست کارکنان این بخش و پرونده پرسنلی کاغذی/ الکترونیک آنان	ه		ی	رییس یا جانشین او	رییس یا جانشین او به آن‌ها دسترسی نداشته باشند	رییس یا جانشین او به آن‌ها دسترسی داشته باشند	رییس یا جانشین او به آن‌ها دسترسی داشته باشند	
	ب		و		ک	اگر پرونده پرسنلی کارکنان بخش در دسترس شما هست آن را با هم ببینیم	نداشته باشند	اما	و	
	ج	در دسترس این بخش	ز		ل	در این بخش	یا	پرونده پرسنلی ۲-۳ نفر موجود باشد	پرونده پرسنلی ۴-۵ نفر موجود باشد	
	د	پرونده پرسنلی ۵ نفر از کارکنان این بخش که به‌طور تصادفی از روی لیست کارکنان و از رده‌های شغلی مختلف انتخاب شده‌اند*	ح		م		پرونده پرسنلی ۰-۱ نفر موجود باشد			
			ط							

\* تذکر: شامل کارکنان خدمات نمی‌شود و پرونده‌ی پرسنلی آنان در واحد بهداشت محیط کنترل می‌گردد.

سنجه ۲. اصل محرمانه بودن و امنیت اطلاعات رعایت می‌شود. در صورتی که اختیار دسترسی به فرد دیگری تفویض شده‌است، مستندات رسمی آن موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	مستندات تعیین سطح دسترسی افراد به پرونده پرسنلی کاغذی/ الکترونیک	ه		ی	از کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی که مطابق مستندات نباید به پرونده پرسنلی دسترسی داشته باشند				
	ب	نشان دهد چه کسانی تا چه سطحی به پرونده دسترسی دارند	و		ک	اگر شما به پرونده پرسنلی این بخش دسترسی دارید آن را با هم ببینیم	حتی ۱ نفر از افراد غیرمجاز به پرونده دسترسی داشته باشد	هیچ‌کدام از افراد غیرمجاز به پرونده پرسنلی دسترسی نداشته باشند		
	ج	در این بخش	ز		ل	در این بخش				
	د		ح		م	از ۵ نفر				
			ط							

سنجه ۳. پرونده پرسنلی حاوی تمام موارد ذکر شده در استاندارد است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۳	الف	پرونده پرسنلی کاغذی/ الکترونیک	ه		ی					
	ب	موارد ذکر شده در استاندارد*	و		ک					
	ج	در این بخش	ز		ل					
	د	۵ پرونده پرسنلی از رده‌های مختلف شغلی	ح		م					
			ط							
							۲۰-۰٪**	۶۰-۲۱٪	۱۰۰-۶۱٪	

\* تذکر: در مورد استانداردهای ۴-۱-۵، ۴-۱-۶ و ۴-۱-۷ گواهی‌نامه دوره‌ها یا آزمون‌های برگزارشده و یا فهرستی از دوره‌ها که به تایید واحد مدیریت منابع انسانی یا آموزش رسیده‌باشد مورد قبول است.

\*\*تذکر: ۹ مورد در هر یک از ۵ پرونده که مجموعاً ۴۵ مورد خواهد شد که به عنوان مثال اگر ۱۵ مورد از این ۴۵ مورد در پرونده‌ها موجود باشد نشانگر ۳/۳ درصد است که بین ۶۰-۲۱ درصد است و امتیاز یک به آن تعلق می‌گیرد.

## ۵) لیست کارکنان

۵-۱) در این بخش، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد.

۵-۱-۱) نام و نام خانوادگی

۵-۱-۲) جزییات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آن‌ها بتوان با وی تماس گرفت).

۵-۱-۳) سمت سازمانی

سنجه . دسترسی شبانه‌روزی به لیست کارکنان شامل اطلاعات خواسته شده، در استاندارد با رعایت اصل محرمانه بودن و امنیت امکان‌پذیر است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	لیست کارکنان	ه		ی	یکی از مسئولین این بخش (رئیس، مدیر اجرایی) و کارکنان از رده‌های مختلف شغلی	لیست کارکنان موجود نیست یا تمام مندرجات بند «ب» را ندارد  یا مسئولین به صورت شبانه‌روزی به لیست دسترسی ندارند  یا حتی یکی از کارکنان غیر از مسئولین این بخش به لیست دسترسی دارند			لیست کارکنان موجود است و تمام مندرجات بند «ب» را دارد  و مسئولین به صورت شبانه‌روزی به لیست دسترسی دارند  و هیچ‌یک از کارکنان غیر از مسئولین این بخش به لیست دسترسی ندارند
	ب	با مشخصات خواسته شده در متن استاندارد	و		ک	اگر لیست کارکنان در اختیار شماسست آن را با هم ببینیم				
	ج	در این بخش	ز		ل					
	د		ح		م	۵ نفر از کارکنان این بخش که حتما یکی از آنان از مسئولین بخش باشد				
			ط							

تذکر: اگر در ساعات غیر اداری جزییات تماس فقط در دسترس سوپروایزر بیمارستان باشد تا در صورت نیاز از آن استفاده شود نیز، قابل قبول است. مرکز تلفن نیز می‌تواند به تلفن‌ها دسترسی داشته باشد.



۵-۲) لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رویت، بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.

سنجه . اطلاعات درج شده در برنامه نوبت کاری حاوی موارد مندرج در استاندارد بوده و با افراد حاضر در بخش مطابقت دارد و بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات یا زیر شیشه میز اداری بخش قرار گرفته است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.۱	۲	۱
	الف	لیست نوبت کاری ماهانه تمامی کارکنان این بخش (در بیمارستان‌های آموزشی که بخش فاقد دستیار است اسامی کارورزان باید ذکر شود)	ه	تطابق لیست با کارت شناسایی نصب شده بر روی سینه کارکنان	ی	حتی کارت شناسایی صادر شده از سوی بیمارستان بر روی سینه یکی از ۵ نفر نصب نشده باشد (اگر چه کارت شناسایی دیگری ارائه شود)	هر ۵ نفر از کارکنان با فهرست مطابقت دارند	هر ۵ نفر از کارکنان با فهرست مطابقت دارند	یا
	ب	با مشخصات مندرج در متن سنجه	و	در این بخش	ک	یا	لیست موجود است	لیست موجود است	یا
	ج	در این بخش	ز	۵ نفر از رده‌های مختلف شغلی	ل	حتی حضور یکی از کارکنان با لیست مطابقت نداشته باشد	مشخصات مندرج در متن استاندارد را به‌طور کامل دارد	اما	یا
	د		ح		م	لیست نوبت کاری موجود نباشد	مشخصات مندرج در متن استاندارد را به‌طور کامل ندارد		
				ط					

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

۳-۵) هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمات می پردازند (به جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می شود).

سنجه . مستندات نشان می دهند هر یک از پرسنل بالینی مطابق بخش نامه شماره ت /۴۳۶۱۶/ ه مورخ ۸۸/۱۱/۱۱ هیئت دولت، در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمات می پردازند (به جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می شود).

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	لیست نوبت کاری پرسنل بالینی این بخش	ه		ی	۰-۱ نفر از پرسنل بالینی حداکثر ۱۲ ساعت در شبانه روز شیفت می دهند	۲-۳ نفر از پرسنل بالینی حداکثر ۱۲ ساعت در شبانه روز شیفت می دهند	۴-۵ نفر از پرسنل بالینی حداکثر ۱۲ ساعت در شبانه روز شیفت می دهند		
	ب		و	ک						
	ج	در این بخش	ز	ل						
	د	۵ نفر از پرسنل بالینی ترجیحاً از رده های مختلف شغلی	ح	م						
			ط							

۴-۵) یک لیست از پزشکان، متخصصان و مشاوره دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آن ها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه روز در این بخش، در دسترس است.

سنجه . مستندات نشان می دهند یک لیست از پزشکان، متخصصان و مشاوره دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد لزوم بتوان با آن ها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه روز در این بخش، در دسترس است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	لیست ماهانه پزشکان و مشاوره دهندگان مقیم یا آنکال	ه		ی	لیست موجود نمی باشد یا حداقل در یکی از محل های تعیین شده قرار نگرفته است	۱	۲	غ.ق.۱	
	ب		و	ک						
	ج	بر روی دیوار یا تابلو اعلانات یا زیر شیشه میز ایستگاه پرستاری این بخش	ز	ل						
	د		ح	م						
			ط							

۵-۵) لیست نوبت شبانه‌روزی همراه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رویت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده‌است.

سنجه . لیست گروه کد احیا در این بخش بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	لیست گروه کد احیا	ه		ی				
	ب	مشخص نمودن وظایف افراد تیم بر حسب D و C, B, A	و		ک				
	ج	بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات این بخش	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

۵-۶) برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت شبانه‌روزی است، برنامه ریزی انجام شده‌است.

سنجه . برنامه‌ای برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی است، تدوین شده و نحوه فراخوانی کارکنان در آن دیده شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	برنامه‌ای جهت حضور اورژانسی پرسنل و نحوه فراخوانی آن‌ها	ه		ی	افرادی که در برنامه مشخص شده‌اند			
	ب		و		ک	نحوه فراخوان و حضور براساس برنامه			
	ج	در این بخش	ز		ل	در این بخش			
	د		ح		م	۵ نفر			
			ط						

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

### ۵-۷) محاسبه و چینش کارکنان در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است.

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند که حجم کار حداقل ماهانه مورد بررسی قرار گرفته، مواردی مانند تغییر شیفت‌های کاری، تغییر فصول، تعطیلات، شرایط منطقه‌ای، قومی و مذهبی و... در محاسبه نیروی مورد نیاز مد نظر قرار می‌گیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	مستندات بررسی ماهانه	ه		ی	مستندات بررسی ماهانه موجود نیست	۰	۱	۲	غ.ق.۱
	ب	توجه به نکات مندرج در سنجه ۱	و	ک						
	ج	در این بخش	ز	ل						
	د		ح	م						
			ط							

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند چینش نیرو در هر نوبت کاری متناسب با محاسبات صورت گرفته و پیش‌بینی‌های حاصل از تجربیات گذشته انجام می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	برنامه نوبت‌های کاری شبانه‌روزی در شش ماه گذشته	ه		ی	چینش پرسنل با تغییر شرایط تغییر نکند	۰	۱	۲	غ.ق.۱
	ب		و	ک						
	ج	در این بخش	ز	ل						
	د		ح	م						
			ط							

**۶) دوره توجیهی بدو ورود**

۶-۱) در این بخش، یک کتابچه / مجموعه توجیهی برای آشنا سازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد.

۶-۱-۱) معرفی کلی بیمارستان (از جمله رسالت، چشم انداز، ارزش‌ها، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، نقشه ساختمان، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تاخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)

۶-۱-۲) معرفی جزییات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد

۶-۱-۳) زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این بخش

سنجه ۱. بیمارستان کتابچه / مجموعه توجیهی (کاغذی/ الکترونیک) حاوی سه قسمت عناوین مندرج در استاندارد (معرفی کلی بیمارستان، معرفی جزییات و آخرین دستورالعمل‌ها و تجهیزات اختصاصی) را تهیه نموده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۱	الف	کتابچه / مجموعه توجیهی	ه		ی				
	ب	کاغذی / الکترونیک حاوی مندرجات سنجه	و		ک	کتابچه / مجموعه توجیهی موجود نباشد	کتابچه / مجموعه توجیهی موجود ولی ناقص باشد	کتابچه / مجموعه توجیهی موجود و کامل باشد	
	ج	در این بخش	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

سنجه ۲. در این بخش تمامی کارکنان به کتابچه / مجموعه توجیهی (کاغذی/ الکترونیک) دسترسی دارند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱*
۲	الف		ه		ی	کارکنان این بخش در رده‌های مختلف شغلی	۰-۱ نفر دسترسی داشته باشند	۲-۳ نفر دسترسی داشته باشند	۴-۵ نفر دسترسی داشته باشند	غ.ق.۱*
	ب		و		ک	اگر کتابچه/ مجموعه توجیهی در این بخش در دسترس شماسست آن را با هم ببینیم				
	ج		ز		ل	در این بخش				
	د		ح		م	۵ نفر از کارکنان با اولویت جدیدترین افرادی که به این بخش پیوسته‌اند				
			ط							

سنجه ۳. کارکنان جدید الورد (کارکنانی که طی یکسال اخیر از زمان ارزیابی وارد این بخش شده‌اند) از محتویات کتابچه / مجموعه توجیهی مطلع هستند.\*

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱*
۳	الف		ه		ی	از کارکنانی که طی یکسال گذشته از زمان ارزیابی به این بخش پیوسته‌اند ( در اولین سال اعتباربخشی از کارکنان رده‌های مختلف شغلی)	۲۰-۳۰٪ بدانند	۶۰-۲۱٪ بدانند	۱۰۰-۶۱٪ بدانند	غ.ق.۱*
	ب		و		ک	در خصوص محتویات کتابچه/ مجموعه توجیهی در حیطه وظایف هر فرد**				
	ج		ز		ل	در این بخش				
	د		ح		م					
			ط							

\*تذکر: در اولین سالی که اعتباربخشی انجام می‌شود، چون هیچ‌یک از کارکنان با کتابچه توجیهی آشنایی ندارند، از همه سوال می‌شود و از سال دوم به بعد، فقط از کارکنان جدید الورد سوال خواهد شد.

\*\*تذکر: در مورد استاندارد ۶-۱-۲ و ۶-۱-۳، هر فرد لازم است با جزییات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها، بخش‌نامه‌ها و تجهیزات این بخش تنها در حیطه وظایف خود آشنا باشد.

سنجه ۴. تمام افرادی که به عنوان آموزش گیرنده و آموزش دهنده (جدید الورد) از طرف مراکز آموزشی به این بخش معرفی شده‌اند از محتویات کتابچه / مجموعه توجیهی مطلع می باشند. (در اولین سال اعتباربخشی شامل همه افراد است).

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۴	الف		ه		ی	از آموزش دهندگان و آموزش پرندگان در رده‌های مختلف شغلی و آموزشی	۰-۱ نفر توجیه شده باشند	۲-۳ نفر توجیه شده باشند	۴-۵ نفر توجیه شده باشند	در بیمارستان‌های غیر آموزشی یا بخش‌هایی که هر آموزش گیرنده بیش از یک هفته در آن بخش نماند یا در صورتی که آموزش گیرنده‌ای به این بخش معرفی نمی‌شود.
	ب		و		ک	آیا کتابچه / مجموعه توجیهی در بدو ورود برای مطالعه به شما داده شد؟ چند سوال از کتابچه با توجه به شرح وظایف هر فرد				
	ج		ز		ل	در این بخش				
	د		ح		م	۵ نفر				
			ط							

## ۷) آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

۷-۱) آزمون اولیه‌ی توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.

سنجه ۱. لیست اقداماتی که کارکنان این بخش جهت عهده‌دار شدن نقش‌ها و مسئولیت‌های خود در رده‌های مختلف شغلی ضروریست در آن توانمند باشند، تدوین شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۱	الف	لیست اقدامات ضروری برای نقش‌ها و مسئولیت‌ها در رده‌های مختلف شغلی	ه		ی		لیست موجود نباشد	لیست برای نقش‌ها و مسئولیت‌ها در بعضی از رده‌های شغلی موجود باشد	لیست برای تمام نقش‌ها و مسئولیت‌ها در تمام رده‌های شغلی موجود باشد	
	ب		و		ک					
	ج		ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

سنجه ۲. آزمون اولیه صلاحیت و توانمندی براساس مفاد سنجه (۱) قبل از شروع به کار یا عهده‌دار شدن نقش و مسئولیت جدید برای تمام کارکنان جدید ورود این بخش طراحی شده و اجرا می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	مستندات برگزاری آزمون اولیه صلاحیت و توانمندی	ه		ی					آزمون اولیه برگزار نمی‌شود
	ب	زمان اجرای آزمون قبل از عهده‌دار شدن نقش یا مسئولیت جدید و محتوای سوالات برای هر نقش و مسئولیت منطبق با فهرست سنجه (۱) باشد	و		ک					سوالات آن منطبق با فهرست سنجه ۱ نیست یا سوالات آن منطبق با فهرست سنجه ۱ است و در هیچ‌یک از موارد بررسی شده، قبل از اخذ نمره قبولی در آزمون اولیه مسئولیت کاری که فرد امتیاز آن را نیاورده، سپرده نشده‌است
	ج		ز		ل					حتی به یکی از کارکنان، قبل از اخذ نمره قبولی در آزمون اولیه مسئولیت کاری که فرد امتیاز آن را نیاورده، سپرده شده‌است
	د	به تعداد کارکنان جدید ورود این بخش که طی یک سال اخیر از خارج بیمارستان یا سایر بخش‌ها به این بخش پیوسته‌اند	ح		م					در صورتی که فرد جدید ورود در این بخش نباشد
				ط						



## ۲-۷) آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک‌بار، برای تمامی کارکنان، برگزار می‌شوند.

سنجه . آزمون دوره‌ای صلاحیت و توانمندی برای تمامی کارکنان\* این بخش با توجه به برنامه توسعه فردی آنان (PDP)\*\* حداقل سالی یک بار اجرا می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش و آزمون‌ها و ارزیابی‌های دوره‌ای انجام شده منطبق بر آن	ه		ی	کارکنان این بخش از رده‌های مختلف شغلی	۰-۱ نفر برنامه توسعه فردی دارند	۲-۳ نفر برنامه توسعه فردی دارند	۴-۵ نفر برنامه توسعه فردی دارند	
							یا	یا	و	
	ب	حداقل شامل آزمون‌های برگزار شده براساس عناوین مندرج در محور آموزش و توانمندسازی کارکنان	و	و	ک	ک	براساس مصاحبه برای ۰-۱ نفر حداقل سالانه آزمون‌های برگزار شده	براساس مستندات ۲۰-۳۰٪ از آزمون‌ها برگزار شده است	براساس مستندات ۲۱-۶۰٪ آزمون‌ها برگزار شده است	براساس مستندات ۶۱-۱۰۰٪ آزمون‌ها برگزار شده است
								یا	یا	و
	ج	در این بخش		ز		ل	در این بخش	براساس مصاحبه برای ۰-۱ نفر حداقل سالانه آزمون‌های برگزار شده	براساس مصاحبه برای ۲-۳ نفر حداقل سالانه آزمون‌های برگزار شده	براساس مصاحبه برای ۴-۵ نفر حداقل سالانه آزمون‌های برگزار شده
								یا	یا	و
د		برنامه توسعه ۵ نفر از کارکنان از رده‌های مختلف شغلی به صورت تصادفی	ح		م	۵ نفر	۲۰-۳۰٪ از عناوین آموزشی مندرج در محور آموزش و توانمندسازی در برنامه‌های کنترل شده دیده شده است	۲۱-۶۰٪ از عناوین آموزشی مندرج در محور آموزش و توانمندسازی در برنامه‌های کنترل شده دیده شده است	۶۱-۱۰۰٪ از عناوین آموزشی مندرج در محور آموزش و توانمندسازی در برنامه‌های کنترل شده دیده شده است	
							یا	یا	و	
			ط							

\*تذکر: اگر در زمان اعتباربخشی، زمان آزمون تمام کارکنان مشخص شده اما در مورد برخی از کارکنان هنوز این زمان فرا نرسیده، امتیاز این سنجه و سنجه‌های مشابه (مانند برگزاری دوره‌های آموزشی یا انجام مداخلات اصلاحی) داده می‌شود.

\*\*تذکر: برنامه توسعه فردی جدولی شامل چهار ستون است که ستون اول آن نیازهای آموزشی، ستون دوم روش پاسخ به نیاز آموزشی مربوطه، ستون سوم زمان برگزاری دوره آموزشی و ستون چهارم نتیجه ارزیابی را مشخص می‌نماید.

\*\*\*personal development plan

۷-۳) اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون اولیه‌ی / دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.

سنجه ۱. نارسایی‌ها براساس نتایج آزمون‌های توانمندی اولیه شناسایی و اولویت‌بندی می‌شوند.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
در صورتی که کارکنان جدید ورود در این بخش نباشند	مستندات مذکور موجود باشد		مستندات مذکور موجود نباشد		ی		ه	مستندات شناسایی و اولویت‌بندی نارسایی‌های مشخص شده براساس آزمون‌های اولیه	الف	۱
					ک		و		ب	
					ل		ز	در این بخش	ج	
					م		ح		د	
							ط			

سنجه ۲. نارسایی‌ها براساس نتایج آزمون‌های توانمندی دوره‌ای شناسایی و اولویت‌بندی می‌شوند.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
	مستندات مذکور موجود باشد		مستندات مذکور موجود نباشد		ی		ه	مستندات شناسایی و اولویت‌بندی نارسایی‌های مشخص شده براساس آزمون‌های دوره‌ای	الف	۲
					ک		و		ب	
					ل		ز	در این بخش	ج	
					م		ح		د	
							ط			

سنجه ۳. اقدامات اصلاحی، براساس نتایج آزمون‌های توانمندی اولیه‌ی به عمل آمده، اجرا می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۳	الف	مستندات آزمون‌های اولیه و اقدامات اصلاحی اجرا شده منطبق با نتایج آزمون‌های اولیه	ه		ی	از کارکنان جدید ورود این بخش در رده‌های مختلف شغلی	براساس مستندات برای تمام کارکنان جدید ورود اقدام اصلاحی لازم به عمل آمده‌است	براساس مستندات برای تمام کارکنان جدید ورود اقدام اصلاحی لازم به عمل آمده‌است	در صورتی که کارکنان جدید ورود در این بخش نباشند
	ب		و		ک	در آزمون اولیه چه مشکلی داشتید؟ چه اقدام اصلاحی در این مورد انجام شده‌است؟	براساس مستندات برای تمام کارکنان جدید ورود اقدام اصلاحی لازم به عمل آمده‌است	براساس مستندات برای تمام کارکنان جدید ورود اقدام اصلاحی لازم به عمل آمده‌است	
	ج		ز		ل	در این بخش	اما	اما	
	د	به تعداد کارکنان جدید ورود نیازمند اقدام اصلاحی (حداکثر ۵ نفر)	ح		م	به تعداد کارکنان جدیدالورود (حد اکثر ۵ نفر) همان افرادی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است	۲-۳ نفر بگویند که اقدام اصلاحی براساس آزمون اولیه برای آن‌ها به عمل آمده‌است	۲-۳ نفر بگویند که اقدام اصلاحی براساس آزمون اولیه برای آن‌ها به عمل آمده‌است	
				ط			یا	۰-۱ نفر بگویند که اقدام اصلاحی براساس آزمون اولیه برای آن‌ها به عمل آمده‌است	

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

سنجه ۴. اقدامات اصلاحی، براساس نتایج آزمون‌های توانمندی دوره‌ای به عمل آمده، اجرا می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.ا
۴	الف	مستندات آزمون‌های دوره‌ای و اقدامات اصلاحی اجرا شده منطبق با نتایج آزمون‌های دوره‌ای	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی	براساس مستندات برای ۲-۳ نفر مداخلات اصلاحی انجام شده باشد	براساس مستندات برای ۳-۴ نفر مداخلات اصلاحی انجام شده باشد	براساس مستندات برای ۴-۵ نفر مداخلات اصلاحی انجام شده باشد	غ.ق.ا
	ب		و		ک	آیا اقدام اصلاحی براساس آزمون‌های دوره‌ای برای شما انجام شده‌است؟	یا	یا	یا	
	ج		ز		ل	در این بخش	یا	یا	یا	
	د	۵ نفر از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی که نیازمند اقدام اصلاحی بوده‌اند	ح		م	۵ نفر از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی، ترجیحاً کسانی که مستندات آزمون‌های دوره‌ای آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)	براساس مصاحبه ۰-۱ نفر اظهارکننده اقدام اصلاحی برای آن‌ها انجام شده‌است	براساس مصاحبه ۲-۳ نفر اظهارکننده اقدام اصلاحی برای آن‌ها انجام شده‌است	براساس مصاحبه ۴-۵ نفر اظهارکننده اقدام اصلاحی برای آن‌ها انجام شده‌است	
			ط							

تذکر: در امتیاز دهی سنجه (۴) ارزیابان محترم مد نظر داشته باشند که تاریخ انجام اقدام اصلاحی را کنترل نمایند اگر در زمان انجام ارزیابی به منظور اعتبار بخشی هنوز تاریخ تعیین شده، جهت اقدام اصلاحی فرا نرسیده است، امتیاز را بدهند اما اگر تاریخ آن گذشته است مستندات مربوطه را کنترل نمایند و پس از مصاحبه با کارکنان مرتبط امتیاز مناسب را مطابق جدول فوق منظور نمایند.

## ۷-۴) اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

سنجه ۱. شاخص‌های اثربخشی اقدامات اصلاحی در دو سطح تعیین شده‌اند، سطح اول براساس نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون اقدامات اصلاحی و سطح دوم براساس شاخص‌های اصلی این بخش مانند میزان رضایت بیماران و کارکنان، میزان حوادث ناخواسته، CPR موفق و.....

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۱	الف	شاخص‌های تعیین شده در سطح ۲ برای بررسی اثربخشی اقدامات اصلاحی	ه		ی	شاخص‌ها تعیین نشده‌است	شاخص‌ها فقط در یک سطح تعیین شده‌است	یا	شاخص‌ها در دو سطح تعیین شده‌است
	ب		و		ک				
	ج	در این بخش	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

سنجه ۲. اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده، در جهت ارتقای توانمندی کارکنان و رفع نارسایی‌های شناسایی شده براساس نتایج آزمون‌های دوره‌ای و تحلیل شاخص‌های کلیدی عملکرد بررسی می‌گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۲	الف	مستندات سنجش و تحلیل شاخص‌ها در دو سطح	ه		ی	سنجش و تحلیل شاخص‌ها انجام نشده‌است	سنجش و تحلیل شاخص‌ها ناقص انجام شده‌است	یا	سنجش و تحلیل شاخص‌ها در ۲ سطح انجام شده‌است
	ب		و		ک				
	ج	در این بخش	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

## ۸) آموزش و توانمندسازی کارکنان

۸-۱) بخش طب انتقال خون یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند که بخش نیازسنجی آموزشی سالانه کارکنان را براساس شرح وظایف، برنامه استراتژیک، بهبود کیفیت، تحلیل شاخص‌ها و سیستم گزارش خطاها انجام داده و نتایج را به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان تحویل می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳
۱	الف	گزارش ارزیابی سالانه نیازهای آموزشی کارکنان	ه		ی	گزارش وجود ندارد	گزارش وجود ندارد	گزارش وجود دارد و از همه موارد مندرج در سنجه استفاده شده است	غ.ق.۱	
	ب	استفاده از موارد مندرج در سنجه در تهیه گزارش	و		ک	یا	گزارش وجود دارد و از بخشی از موارد مندرج در سنجه استفاده شده است			
	ج	در این بخش	ز		ل	از هیچ‌کدام از موارد مندرج در سنجه استفاده نشده است				
	د		ح		م					
			ط							

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند براساس نیازسنجی آموزشی انجام شده مطابق سنجه ۱ برای تمامی کارکنان این بخش با مشارکت آنان برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	برنامه توسعه فردی کارکنان	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی	برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت نمی‌کند	برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت می‌کند	برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت می‌کند	برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت می‌کند
	ب	مشخصات مطابق الگوی برنامه توسعه فردی مورد اشاره در محور آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان	و		ک	آیا شما در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت داشته‌اید؟	یا	اما	و	براساس مستندات برای نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است
	ج	در پرونده پرسنلی کارکنان این بخش	ز		ل	این بخش	براساس مستندات برای ۰-۱ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است	براساس مستندات برای ۲-۳ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است	براساس مستندات برای ۴-۵ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است	براساس مستندات برای نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است
	د	۵ پرونده از رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آنها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)	یا	یا	و	براساس مستندات برای نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است
				ط			۰-۱ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند	۲-۳ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند	۴-۵ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند	۴-۵ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند

۸-۲) تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یکبار می‌گذرانند.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی را براساس برنامه توسعه فردی خود حداقل سالانه می‌گذرانند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره‌های توصیه شده در برنامه	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی			
	ب		و		ک	طبق برنامه توسعه فردی تان چه دوره‌های آموزشی برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟	براساس مستندات ۰-۱ نفر برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند یا	براساس مستندات ۲-۳ نفر برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند یا	براساس مستندات ۴-۵ نفر برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند و
	ج	این بخش	ز		ل	این بخش	۰-۱ نفر اظهار کنند برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	۲-۳ نفر اظهار کنند برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	۴-۵ نفر اظهار کنند برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده است (به صورت حضوری یا تلفنی)			
				ط					



## ۸-۳) کارکنان حداقل سالی یکبار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های بازآموزی مدون را حداقل سالانه می‌گذرانند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۱	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره‌های بازآموزی مدون در برنامه	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی	براساس مستندات ۰-۱ نفر برنامه آموزشی بازآموزی مدون را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	براساس مستندات ۲-۳ نفر برنامه آموزشی بازآموزی مدون را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	براساس مستندات ۴-۵ نفر برنامه آموزشی بازآموزی مدون را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	در صورتی که گروهی از کارکنان این بخش دوره بازآموزی مدون نداشته باشند، برنامه توسعه فردی کسانی که بازآموزی مدون دارند کنترل شود و اگر هیچ‌کس ندارد، این سنجه غیر قابل ارزیابی خواهد بود
	ب		و		ک	طبق برنامه توسعه فردی تان چه دوره‌های بازآموزی مدونی برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟	یا	یا		
	ج	این بخش	ز		ل	این بخش	۰-۱ نفر اظهارکنند برنامه آموزشی بازآموزی مدون را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	۲-۳ نفر اظهارکنند برنامه آموزشی بازآموزی مدون را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	۴-۵ نفر اظهارکنند برنامه آموزشی بازآموزی مدون را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
				ط						

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی طب انتقال خون بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های بازآموزی غیرمدون رسمی را حداقل سالانه می‌گذرانند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره‌های بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط در برنامه	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی	براساس مستندات ۱-۰ نفر برنامه آموزشی بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	براساس مستندات ۳-۲ نفر برنامه آموزشی بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	براساس مستندات ۵-۴ نفر برنامه آموزشی بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	در صورتی که گروهی از کارکنان این بخش دوره بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط نداشته باشند، برنامه توسعه فردی کسانی که بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط دارند کنترل شود و اگر هیچ‌کس ندارد، این سنجه غیر قابل ارزیابی خواهد بود
	ب		و		ک	طبق برنامه توسعه فردی تان چه دوره‌های بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟	یا	یا		
	ج	این بخش	ز		ل	این بخش	۱-۰ نفر اظهارکنند	۳-۲ نفر اظهارکنند	۵-۴ نفر اظهارکنند	
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)	برنامه آموزشی بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	برنامه آموزشی بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	برنامه آموزشی بازآموزی غیرمدون رسمی و مرتبط را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند	
			ط							

۸-۴) تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی-ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی-ریوی پایه را در فواصل زمانی مناسب (حداقل سالانه) می‌گذرانند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.۱	
	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره اجرای صحیح احیای قلبی-ریوی پایه در آن	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی					
	ب	حداقل سالانه	و		ک	طبق برنامه توسعه فردی تان دوره اجرای صحیح احیای قلبی-ریوی پایه برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟	حتی یک نفر از کارکنان برنامه انجام احیای قلبی-عروقی پایه را حداقل سالانه نگذرانده باشد			تمامی ۵ نفر برنامه انجام احیای قلبی-عروقی پایه را حداقل سالانه گذرانده باشند	
	ج	این بخش	ز		ل	این بخش					
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح			م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
				ط							

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

۸-۵) تمام کارکنان در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به طور مستمر آموزش می‌بینند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان بطور مستمر ( حداقل سالانه) آموزش می‌بینند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی				
	ب	حداقل سالانه	و		ک	طبق برنامه توسعه فردی‌تان دوره در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟	براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند و	
	ج	این بخش	ز		ل	این بخش	۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
				ط						

۸-۶) تمام کارکنان در زمینه‌ی ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به طور مستمر آموزش می‌بینند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان در زمینه‌ی ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر (حداقل سالانه) آموزش می‌بینند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.	
	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره در زمینه‌ی ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود در آن	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی					
	ب	حداقل سالانه	و		ک	طبق برنامه توسعه فردی تان دوره در زمینه‌ی ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟					
	ج	این بخش	ز		ل	این بخش					
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)					
				ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

۷-۸) تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان دوره آموزشی در زمینه ایمنی بیمار را حداقل سالانه می‌گذرانند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۱	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی ایمنی بیمار در آن	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی	براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند	براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند	براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند	
	ب	حداقل سالانه	و		ک	طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی ایمنی بیمار برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟	یا ۰-۱ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	یا ۲-۳ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	و ۴-۵ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	
	ج	این بخش	ز		ل	این بخش				
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
			ط							

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان دوره آموزشی در زمینه کنترل عفونت را حداقل سالانه می‌گذرانند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی کنترل عفونت در آن	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی				
	ب	حداقل سالانه	و		ک	طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی کنترل عفونت برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟	براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند و	
	ج	این بخش	ز		ل	این بخش	۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
				ط						

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان دوره آموزشی در زمینه‌ی بهداشت محیط را حداقل سالانه می‌گذرانند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۳	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی بهداشت محیط در آن	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی				
	ب	حداقل سالانه	و		ک	طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی بهداشت محیط برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟	براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند و	
	ج	این بخش	ز		ل	این بخش	۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
				ط						



سنجه ۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان دوره آموزشی در زمینه ایمنی و سلامت شغلی را حداقل سالانه می‌گذرانند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
۴	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی ایمنی و سلامت شغلی در آن	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی				
	ب	حداقل سالانه	و		ک	طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی ایمنی و سلامت شغلی برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟	براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند و	
	ج	این بخش	ز		ل	این بخش	۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
				ط						

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

سنجه ۵. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان دوره آموزشی در زمینه آتش‌نشانی را حداقل سالانه می‌گذرانند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۵	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی آتش‌نشانی در آن	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی				
	ب	حداقل سالانه	و		ک	طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی آتش‌نشانی برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟	براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند و	
	ج	این بخش	ز		ل	این بخش	۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	
	د	۵ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
				ط						

سنجه ۶. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان دوره آموزشی در زمینه مدیریت خطر را حداقل سالانه می‌گذرانند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.۱	
۶	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی مدیریت خطر در آن	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی					
	ب	حداقل سالانه	و		ک	طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی مدیریت خطر برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟	براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند	براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند	براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند		
	ج	این بخش	ز		ل	این بخش	یا	یا	و		
	د	۵ برنامه توسعه فردی و کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)	یا	یا	و		
				ط							

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

سنجه ۷. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان دوره آموزشی در زمینه مدیریت بحران را حداقل سالانه می‌گذرانند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
۷	الف	برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی مدیریت بحران در آن	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی				
	ب	حداقل سالانه	و		ک	طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی مدیریت بحران برای شما دیده شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟	براساس مستندات ۰-۱ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۲-۳ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا	براساس مستندات ۴-۵ نفر دوره مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند و	
	ج	این بخش	ز		ل	این بخش	۰-۱ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۲-۳ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	۴-۵ نفر اظهارکنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند	
	د	۵ برنامه توسعه فردی و کارکنان رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)				
				ط						

## ۸-۸) تمام کارکنان این بخش حداقل یکبار در سال، تمرین (drill) آتش نشانی انجام می دهند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می دهند با مشارکت این بخش تمرین (drill) که عبارتست از تمرین شبیه سازی شده و ساختگی بدون تخلیه و ایجاد استرس برای بیماران جهت پیشگیری، کنترل و بازگشت به حالت اولیه در موارد آتش سوزی، حداقل سالانه برگزار می گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	مستندات مشارکت تمامی کارکنان در تمرین (drill) آتش نشانی این بخش	ه		ی	از کارکنان در رده های مختلف شغلی	مستندات برگزاری تمرین (drill) آتش نشانی در این بخش وجود دارد	مستندات برگزاری تمرین (drill) آتش نشانی در این بخش وجود دارد	مستندات برگزاری تمرین (drill) آتش نشانی در این بخش وجود دارد	
	ب	حداقل سالانه	و		ک	آیا در تمرین (drill) آتش نشانی این بخش مشارکت نموده اید و در چه زمانی؟	اما	در فواصل بیش از یک سال برگزار می شود	و	
	ج	این بخش	ز		ل	این بخش	یا	یا	و	
	د	۵ نفر از کارکنان رده های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آنها کنترل شده است (به صورت حضوری یا تلفنی)	۱-۰ نفر اظهارکنند که در تمرین مربوطه مشارکت داشته اند	یا	۴-۵ نفر اظهارکنند که در تمرین مربوطه مشارکت داشته اند	و
				ط				۲-۳ نفر اظهارکنند که در تمرین مربوطه مشارکت داشته اند		

### ۹) کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۹-۱) کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

۹-۱-۱) اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۹-۱-۲) اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی

سنجه ۱. کتابچه / مجموعه (کاغذی / الکترونیک) ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط با توجه به برنامه مدیریت خطر بیمارستان تدوین شده است و در دسترس کارکنان این بخش است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	کتابچه ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط	ه		ی	از رده‌های مختلف شغلی	۰-۱ نفر دسترسی داشته باشند یا کتابچه موجود نباشد	۲-۳ نفر دسترسی داشته باشند یا کتابچه با برنامه مدیریت خطر بیمارستان مطابقت نداشته باشد	و کتابچه با برنامه مدیریت خطر بیمارستان مطابقت داشته باشد	
	ب	با در نظر گرفتن برنامه مدیریت خطر بیمارستان به ویژه در این بخش	و		ک	اگر کتابچه ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط در دسترس شماسست آن را با هم ببینیم				
	ج	در این بخش	ز		ل	در این بخش				
	د		ح		م	از ۵ نفر پرسیده شود				
			ط							

سنجه ۲. کتابچه/ مجموعه شامل اطلاعات عمومی مندرج در استاندارد است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۲	الف	کتابچه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط	ه		ی		فایده اطلاعات کلی در هر دو مبحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط است	دارای اطلاعات کلی در یکی از دو مبحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط است	دارای اطلاعات کلی هر دو مبحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط است
	ب	شامل هر دو مبحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط	و		ک				
	ج	در این بخش	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

سنجه ۳. کتابچه/ مجموعه شامل اطلاعات اختصاصی مندرج در استاندارد است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۳	الف	کتابچه ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط	ه		ی		فایده اطلاعات اختصاصی مندرج در استاندارد است یا با برنامه مدیریت خطر بیمارستان منطبق نیست	بخشی از اطلاعات اختصاصی مندرج در استاندارد را دارد و با برنامه مدیریت خطر بیمارستان منطبق است	تمام اطلاعات اختصاصی مندرج در استاندارد را دارد و با برنامه مدیریت خطر بیمارستان منطبق است
	ب	مشخصات مندرج در سنجه و منطبق با برنامه مدیریت خطر بیمارستان	و		ک				
	ج	در این بخش	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

۹-۲) اطلاع رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

سنجه ۱. بروشور (جزوه آموزشی) با تاکید بر مهم‌ترین مطالب کتابچه با توجه به اولویت‌های برنامه مدیریت خطر بیمارستان و موارد جدیدی که هنوز وارد این ویرایش کتابچه نشده‌است، تدوین شده و در دسترس کارکنان این بخش است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا.
۱	الف	بروشور (جزوه آموزشی)	ه		ی	از رده‌های مختلف شغلی	۰-۱ نفر دسترسی داشته باشند یا بروشور موجود نباشد	۲-۳ نفر دسترسی داشته باشند یا بروشور حاوی مهم‌ترین نکات* و موارد جدید نباشد	۴-۵ نفر دسترسی داشته باشند و بروشور حاوی مهم‌ترین نکات و موارد جدید باشد	غ.ق.ا.
	ب	با مشخصات مندرج در سنجه و اولویت‌های برنامه مدیریت خطر بیمارستان	و		ک	اگر بروشور (جزوه آموزشی) در دسترس شماسست آن را با هم ببینیم				
	ج	دراین بخش	ز		ل	دراین بخش				
	د		ح		م	از ۵ نفر پرسیده شود				
			ط							

\*تذکر: مهم‌ترین نکات همان اولویت‌های برنامه مدیریت خطر هستند.



سنجه ۲. کارکنان این بخش از محتویات کتابچه/ مجموعه و بروشور ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط مطلع هستند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف		ه		ی	از رده‌های مختلف شغلی				
	ب		و		ک	۳ سوال از کتابچه و بروشور یک سوال از ایمنی، سلامت شغلی و یک سوال از بهداشت محیط مرتبط با وظایف و مسئولیت‌های هر فرد و یک سوال از بروشور	اگر از ۱۵ سوال * ٪۲۰-۲۰	اگر از ۱۵ سوال ٪۲۱-۶۰	اگر از ۱۵ سوال ٪۶۱-۱۰۰	پاسخ درست داده شود
	ج		ز		ل	در این بخش				
	د		ح		م	۵ نفر				
			ط							

\*تذکر: ۳ سوال از هر یک از ۵ نفر که مجموعاً شامل ۱۵ سوال می‌شود.

سنجه ۳. کارکنان این بخش مطالب و نکات مندرج در کتابچه / مجموعه و بروشور ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط را حین انجام کار رعایت می‌کنند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۳	الف		ه	مشاهده عملکرد افراد در خصوص رعایت مفاد کتابچه / بروشور	ی					
	ب		و	در این بخش	ک					
	ج		ز	۵ نفر از رده‌های مختلف شغلی	ل					
	د		ح	بطور مستقیم و غیر مستقیم	م					
			ط							

## ۱۰) خط‌مشی‌ها و روش‌ها

۱-۱۰) یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید.

۱-۱۰-۱) خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواختی هستند.

۱-۱۰-۲) خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

۱-۱۰-۳) خط‌مشی‌ها به روشنی مشخص هستند.

۱-۱۰-۴) روش‌ها به روشنی مشخص هستند.

۱-۱۰-۵) کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.

۱-۱۰-۶) کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص است.

سنجه . کتابچه / مجموعه (کاغذی/ الکترونیکی) خط‌مشی‌ها و روش‌ها شامل موارد مندرج در این بخش موجود و در دسترس تمامی کارکنان است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها*	ه		ی	از رده‌های مختلف شغلی	۲-۳ نفر دسترسی داشته باشند	۴-۵ نفر دسترسی داشته باشند	
	ب	مشخصات مندرج در استاندارد ۱-۱۰ و زیرمجموعه آن	و		ک	اگر کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در دسترس شماس است آن را با هم ببینیم	یا	یا	و
	ج	این بخش	ز		ل	این بخش	کتابچه موجود نباشد	کتابچه حاوی تمام مندرجات استاندارد نباشد	کتابچه حاوی تمام مندرجات استاندارد باشد
	د		ح		م	از ۵ نفر پرسیده شود			
			ط						

\*تذکر: منظور کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیکی در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مربوطه یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه / مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

## ۱۰-۲) خطمشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل می‌باشند.

سنجه ۱. خطمشی‌ها و روش‌ها شامل موارد ذیل هستند.

- نام دانشگاه
- نام بیمارستان
- عنوان / موضوع (مانند عناوینی که در استانداردهای اعتباربخشی ملی، در قسمت خطمشی‌ها و روش‌ها از بیمارستان‌ها خواسته شده‌است).
- دامنه خطمشی و روش (مانند بخش یا واحد مربوطه یا در مورد خطمشی و روش‌هایی که برای کل بیمارستان یا قسمت‌های خاصی مثلا بخش‌های ویژه موضوعیت دارد جلوی این مورد نوشته می‌شود کل بیمارستان یا بخش‌های ویژه و...)
- کد خطمشی (بیمارستان می‌تواند با هر سیستم کدگذاری که انتخاب می‌کند، خطمشی‌ها و روش‌ها را دسته‌بندی و قابل شناسایی نماید که می‌تواند مجموعه‌ای از حروف و اعداد باشد که به عنوان مثال به حروف اول نام بیمارستان، بالینی یا غیربالینی بودن موضوع، بخش یا برنامه مربوطه و شماره خطمشی و روش مورد نظر اشاره نماید).
- تاریخ ابلاغ
- تاریخ آخرین بازنگری (باید بعد از ابلاغ باشد)
- تاریخ بازنگری بعدی (در صورتی که هنوز تاریخ اولین بازنگری فرا نرسیده، لازم نیست این قسمت تکمیل شود).
- تعاریف (در صورتی که واژه‌ها یا اصطلاحات خاصی وجود دارند که به نظر می‌رسد اگر تعریف نشوند ممکن است از آن‌ها برداشت‌های متفاوتی شود، این قسمت تدوین می‌گردد و در غیر این صورت وجود آن ضروری نیست اما باید توجه داشت که در صورت تعریف کردن برخی واژه‌ها و اصطلاحات، لازم است یک تعریف واحد در کل بیمارستان ارایه شود و یک واژه در دو یا چند خطمشی، تعاریف متفاوتی نداشته باشد).
- خطمشی: در این قسمت لازم است نوشته شود **چرا** این خطمشی و روش نوشته شده‌است؛ بیمارستان با نوشتن و اجرای آن در پی دستیابی به **چه هدفی** است و **سیاست بیمارستان** در رابطه با موضوع مورد نظر چیست. ( به عنوان مثال در رابطه با رعایت بهداشت دست در بیمارستان، می‌توان نوشت : با توجه به **چرایی**) لزوم پیشگیری و کنترل عفونت در بیمارستان و اعلام رعایت بهداشت دست به عنوان یک راه‌حل اثر بخش از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع، بیمارستان با **هدف** پیشگیری از انتقال عفونت از بیماری به بیمار دیگر یا به کارکنان از طریق دست‌های آلوده، **سیاست** رعایت بهداشت دست‌ها در ۵ موقعیت اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع توسط تمامی کارکنان راه، اتخاذ نموده‌است).
- مشخص کردن فردی که پاسخگوی اجرای این خطمشی می‌باشد و روشی که وی با استفاده از آن اطمینان حاصل می‌نماید که خطمشی و روش مذکور اجرا می‌شود. (لازم به ذکر است که این شیوه شامل بررسی دوره‌ای روند اجرا و دادن بازخورد و تعامل با مجریان و ذی نفعان جهت آگاهی از موانع احتمالی اجرا و برطرف کردن آن‌ها با بهره‌گیری از مشارکت و هم‌فکری آنان می‌باشد و به هیچ عنوان نباید جنبه بازرسی و میچ‌گیری داشته باشد و فقط به منظور تقویت کار تیمی و استفاده از خرد جمعی برای حل کردن مسائل است).
- روش با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن (بهتر است روش کار به صورت مرحله به مرحله و ۱،۲،۳،۴ و... نوشته شود و لازم است ذکر شود که مراحل مختلف کار توسط چه افرادی انجام می‌شود تا کارکنان در زمان اجرا دچار ابهام نشوند مگر در مواردی که چند مرحله پشت سر هم توسط یک فرد انجام می‌شود و کاملاً مشخص است که در این صورت تکرار آن ضرورت ندارد. بدیهی است که منظور مشخص بودن سمت افراد است نه نام آن‌ها)

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

- امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چکلیست کنترل آن (تدوین این قسمت ضروری نیست).
- جدول اسامی شامل اسامی تهیه‌کنندگان، تائیدکننده و ابلاغ‌کننده با ذکر سمت آن‌ها و درج امضای تمامی افراد مذکور
- شماره صفحات
- منابع (در مواردی که کاملاً اجرایی است و استفاده از منابع علمی موضوعیت ندارد، در این قسمت نوشته می‌شود، تجربه بیمارستان).
- استفاده از فونت، اندازه و فرمت یکسان برای نوشتن خط مشی‌ها و روش‌های بخش‌ها و واحدهای مختلف (به عنوان مثال در تمام موارد برای مشخص کردن قدم‌های مختلف روش، از اعداد یا گوی استفاده شود و اندازه عناوین اصلی و فرعی در تمام موارد یکسان باشند).

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳
۱	الف	کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها	ه		ی					
	ب	مشخصات مندرج در سنجه ۱	و		ک	خط‌مشی‌ها و روش‌ها شامل تمام مندرجات سنجه ۱ نباشد				
	ج	در این بخش	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							
						خط‌مشی‌ها و روش‌ها شامل تمام مندرجات سنجه ۱ نباشد				

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خطمشی‌ها و روش‌ها از افراد دخیل در اجرای آن‌ها استفاده می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.۱	
۲	الف	جدول اسامی تهیه‌کنندگان	ه		ی		مسئول پاسخ‌گویی به خطمشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های مختلف شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند	مسئول پاسخ‌گویی به خطمشی و روش مربوطه و نمایندگانی از برخی رده‌های مختلف شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان باشند	مسئول پاسخ‌گویی به خطمشی و روش مربوطه جزء تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد		
	ب	با ذکر امضا و سمت آنان در پایان هر خطمشی و روش	و		ک						
	ج	در این بخش	ز		ل						
	د		ح		م						
			ط								

سنجه ۳. کارکنان این بخش از خطمشی و روش مربوطه آگاهی دارند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.۱	
۳	الف		ه		ی	از رده‌های مختلف شغلی دخیل در اجرای خطمشی‌ها و روش‌ها	مسئول پاسخگویی به خطمشی و روش مربوطه نداند یا ۰-۱ نفر از مجریان از خطمشی و روش مربوطه آگاه باشند	۲-۳ نفر از مجریان از خطمشی و روش مربوطه آگاه باشند	۴-۵ نفر از مجریان از خطمشی و روش مربوطه آگاه باشند		
	ب		و		ک	مفاد کتابچه خطمشی‌ها و روش‌ها با توجه به وظیفه تعیین شده برای آنان در خطمشی‌ها و روش‌های مربوطه					
	ج		ز		ل	در این بخش					
	د		ح		م	۵* نفر از کارکنان مرتبط					
			ط								

\*تذکر: در مواردی که دامنه یک خطمشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق‌گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

\*تذکر: به عنوان مثال پرستاری که برای تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های بخش در خصوص دارودهی به بیمار، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خطمشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته و در هر بار دارودهی به بیمار به همراه خود می‌برد تا براساس آن عمل کند و یا مسئول پذیرش که خطمشی و روش مربوط به خود را روی شیشه یا دیوار مقابل خود نصب کرده و براساس آن اقدام می‌کند، آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آنرا کسب می‌کند.

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

سنجه ۴. کارکنان این براساس خطمشی و روش مربوطه عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۴	الف	مستندات مورد اشاره در خطمشی و روش مربوطه یا نحوه‌ی کنترل آن	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خطمشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خطمشی 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	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	
	ب	مشخصات تعیین شده در خطمشی و روش مربوطه	و		ک	در خصوص اجرایی شدن خطمشی و روش مربوطه	یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد	و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد	
	ج		ز	*۵ مورد	ل	در این بخش				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	*۵ مورد				
				ط						

\*تذکر: در مواردی که دامنه یک خطمشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱-۲-۱۰ رعایت حقوق گیرندگان خدمت

۱-۲-۲۰ برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و...).

۱-۲-۳۰ آرایه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیرتعطیل)

۱-۲-۴۰ چگونگی گندزدایی سریع محل دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی

۱-۲-۵۰ تهیه خون و فرآورده‌های خونی طبق درخواست پزشکان

۱-۲-۶۰ روش انجام آزمایش‌های سازگاری از جمله ABO و RH و Antibody screening و cross match خون و فرآورده‌های خونی

۱-۲-۷۰ موارد مصرف خون و فرآورده‌های خونی در تمام بخش‌های مصرف‌کننده خون و فرآورده‌های خونی

۱۰-۲-۸) راهنماهای بالینی معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت در زمینه خون و فرآورده‌های خونی ایمن

۱۰-۲-۹) تزریق ایمن خون و فرآورده‌های خونی

۱۰-۲-۱۰) ذخیره ایمن خون و فرآورده‌های خونی

۱۰-۲-۱۱) تعیین و پیگیری دریافت‌کنندگان دارای آنتی‌بادی که شامل مشاوره‌های اختصاصی می‌باشد.

۱۰-۲-۱۲) ایمنی کارکنان درمقابل ارگان‌سپم‌های پاتوژنیک و آلوده‌کننده

۱۰-۲-۱۳) دفع مناسب خون و محصولات خونی

۱۰-۲-۱۴) پاسخ دهی موارد اورژانس و بحران

۱۰-۲-۱۵) کد احیا

سنجه . بیمارستان خطمشی و روش خود را در خصوص تعیین و فراخوانی گروه کد احیا با در نظر گرفتن تفاوت گروه‌های سنی از جمله نوزادان، کودکان، بزرگسالان، حجم کار و نوع بیماران و مسافت تدوین نموده‌است و کارکنان براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	خطمشی و روش مکتوب	ه	حضور اعضا مطابق با دستورالعمل و خطمشی اعلام کد احیا	ی	از کارکنان بخش و گروه احیا	خطمشی مکتوب به تفکیک مندرجات سنجه وجود ندارد یا اگر حتی یک نفر به‌طور کامل براساس آن عمل نمی‌کند یا حتی یک نفر نحوه‌ی فراخوان گروه احیا را مطابق خطمشی و روش مربوطه نداند	خطمشی مکتوب با مشخصات مندرج در سنجه موجود است و به صورت کامل براساس آن عمل می‌شود و هر ۵ نفر نحوه‌ی فراخوان گروه احیا را مطابق خطمشی و روش مربوطه بدانند	
	ب	به تفکیک مندرجات سنجه	و	در صورتی که در طول بازدید بیمارستان کد اعلام نشود در یکی از بخش‌ها به انتخاب ارزیابان یک بار کد اعلام شود. اما در صورت اعلام کد ارزیابان بالینی بلافاصله در محل حاضر می‌شوند	ک	در خصوص خطمشی و روش و فراخوان و حضور گروه احیا			
	ج	دراین بخش	ز		ل	در محل اعلام کد			
	د		ح		م	۵ نفر			
			ط						

۱۰-۲-۱۶) حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی در داخل و خارج بیمارستان

۱۰-۲-۱۷) چگونگی گندزدایی سریع محل دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی

۱۰-۲-۱۸) شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی (مطابق بخش‌نامه شماره (مطابق بخش‌نامه شماره ۸۲۹۷/۱۰/۸/ک مورخ ۸۹/۶/۹)

## ۱۱) امکانات و ملزومات

۱۱-۱) همه فرآورده‌های خونی دارای برچسبی هستند با مشخصات گیرنده، وضعیت مطابقت با خون اهدایی، حداقل یک شماره شناسایی، نام محصول، شرایط مورد نیاز نگهداری، تاریخ انقضا، تاریخ تولید و نام بانک خون می‌باشند.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند برچسب همه فرآورده‌های خونی دارای مشخصات مندرج در استاندارد است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	برچسب روی فرآورده‌ها	ه		ی				
	ب	مشخصات مندرج در استاندارد	و		ک				
	ج	در این بخش	ز		ل				
	د	۱۰ فرآورده خونی	ح		م				
			ط						



(۱۱-۲) خون و فرآورده‌های خونی براساس درخواست بیمارستان، بررسی آمار مصرف ۶ ماه گذشته و مطابق با اندازه و نوع خدمات بیمارستان نگهداری می‌شوند.

سنجه . درخواست بیمارستان برای همه فرآورده‌های خونی از سازمان انتقال خون، براساس بررسی آمار ۶ ماهه مصرف خون و فرآورده‌های خونی به تفکیک بخش مصرف‌کننده و نوع فرآورده می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.۱	۲	۱
	الف	آمارخون و فرآورده‌های خونی به تفکیک بخش مصرف‌کننده و نوع فرآورده براساس مصرف ۶ ماهه	ه		ی		مستندات آمار خون و فرآورده‌های خونی به تفکیک بخش مصرف‌کننده و نوع فرآورده براساس مصرف ۶ ماهه وجود دارد	مستندات آمار خون و فرآورده‌های خونی به تفکیک بخش مصرف‌کننده و نوع فرآورده براساس مصرف ۶ ماهه وجود دارد	مستندات آمار خون و فرآورده‌های خونی به تفکیک بخش مصرف‌کننده و نوع فرآورده براساس مصرف ۶ ماهه وجود ندارد
	ب	مطابقت درخواست‌ها از سازمان انتقال خون با آمار بند الف	و		ک		عدم مطابقت درخواست‌ها از سازمان انتقال خون با آمار بند الف وجود دارد	اما	یا
	ج	در این بخش	ز		ل		درخواست‌ها از سازمان انتقال خون با آمار بند «الف» وجود دارد	عدم مطابقت درخواست‌ها از سازمان انتقال خون با آمار بند «الف» وجود دارد	عدم مطابقت درخواست‌ها از سازمان انتقال خون با آمار بند «الف» وجود دارد
	د		ح		م				
			ط						

(۳-۱۱) امکان توزیع خون در ۲۴ ساعت مقدور می‌باشد.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند درخواست‌های خون و فرآورده‌های خونی در هر ساعت از شبانه‌روز پاسخ داده می‌شوند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	ساعات درخواست و تحویل خون و فرآورده‌های خونی در مستندات این بخش و	ه		ی	حتی در یک مورد توزیع خون و فرآورده‌های خونی در ۲۴ ساعت صورت نپذیرد				در هر ۱۰ مورد توزیع خون و فرآورده‌های خونی در ۲۴ ساعت صورت پذیرد
	ب	گزارش پرستاری بخش‌های بالینی	و		ک					
	ج	در این بخش و بخش‌های بالینی	ز		ل					
	د	۱۰ مورد شیفت‌های مختلف با ارجحیت روزهای تعطیل و شیفت شب	ح		م					
			ط							

(۴-۱۱) فرآیند مستندی جهت بررسی تاریخ انقضای خون و محصولات خونی وجود دارد تا خون بیشتر از مدت تعیین شده، ذخیره نشود.

(۵-۱۱) از خونی که تاریخ انقضای آن نزدیک است، استفاده می‌شود و سوابق کاربردی بودن این سیستم موجود است.

سنجه . بخش طب انتقال خون خط‌مشی و روش خود را جهت بررسی تاریخ انقضای خون و محصولات خونی دارد و اطمینان از اینکه خون بیشتر از مدت تعیین شده، ذخیره نمی‌شود، تدوین نموده و کارکنان براساس آن عمل نمایند که در کتابچه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌کند.

## ۱۱-۶) ثبت کننده اتوماتیک درجه حرارت وجود دارد.

سنجه . ثبات درجه حرارت یخچال‌های بانک خون از نوع اتوماتیک هستند.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
	ثبات اتوماتیک وجود دارد		ثبات اتوماتیک وجود ندارد		ی	یخچال بانک خون	ه		الف	
				ک	ثبات اتوماتیک	و		ب		
				ل		ز		ج		
				م		ح		د		
						ط				

## ۱۱-۷) درجه حرارت ثبت شده روی همه سیستم‌ها، حداقل یک بار روزانه بررسی می‌شود.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند درجه حرارت ثبت شده روی همه سیستم‌ها، حداقل یک بار در روز بررسی می‌شود.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
	در مورد تمام یخچال‌ها بررسی مذکور به صورت حداقل روزانه صورت گرفته باشد		حتی در مورد یک یخچال بررسی مذکور به صورت حداقل روزانه صورت نگرفته باشد		ی		ه	مستندات بررسی درجه حرارت ثبت شده روی همه سیستم‌ها	الف	
				ک		و	حداقل روزانه	ب		
				ل		ز	در این بخش	ج		
				م		ح	همه یخچال‌های بانک خون	د		
						ط				

۸-۱۱) دستورالعمل مکتوبی برای پیگیری وضعیت، زمانی که درجه حرارت از محدوده تعیین شده بالاتر یا پایین تر باشد وجود دارد.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می دهند دستورالعمل پیگیری وضعیت، زمانی که درجه حرارت از محدوده تعیین شده بالاتر یا پایین تر باشد وجود دارد و براساس آن عمل می شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	دستورالعمل پیگیری وضعیت، زمانی که درجه حرارت از محدوده تعیین شده بالاتر یا پایین تر باشد	ه		ی	پرسنل مسئول اجرای دستورالعمل	دستورالعمل موجود نباشد		دستورالعمل موجود باشد	
	ب	با مشخص کردن پرسنل مسئول اجرای دستورالعمل	و		ک	در صورتی که درجه حرارت یخچالها در محدوده مورد نظر نباشد چه اقدامی انجام می دهید؟	یا حتی یکی از پرسنل مورد مصاحبه پاسخ منطبق با دستورالعمل ندهند		تمامی پرسنل مورد مصاحبه پاسخ منطبق با دستورالعمل بدهند	
	ج		ز		ل					
	د	در این بخش	ح			م				
				ط						

۹-۱۱) این دستورالعمل‌ها روی دیوار یا نزدیک یخچال یا فریزر نصب شده‌اند.

سنجه . دستورالعمل‌ها روی دیوار یا نزدیک یخچال یا فریزر نصب شده‌اند.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
	در محل‌های مورد نظر نصب شده‌است		در محل‌های مورد نظر نصب نشده‌است		ی		ه	دستورالعمل پیگیری وضعیت، زمانی که درجه حرارت از محدوده تعیین شده بالاتر یا پایین‌تر باشد	الف	
					ک	و	نصب شده در محل‌های ذکر شده در سنجه	ب		
					ل	ز		ج		
					م	ح	در این بخش	د		
							ط			

۱۱-۱۰) خون کامل و گلبول‌های قرمز خون (RBC) در یخچال ویژه بانک خون دمای ۶°C-۱ ذخیره می‌شوند.

سنجه . شواهد نشان می‌دهند خون کامل و گلبول‌های قرمز خون (RBC) در یخچال ویژه بانک خون دمای ۶°C-۱ ذخیره می‌شوند

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.۱	
	الف		ه	یخچال ویژه بانک خون (واجد سیستم اتوماتیک ثبت دما و سیستم آلام) و پرینت دمای یخچال در یک ماه گذشته	ی		حتی یکی از یخچال‌های نگهداری خون کامل و گلبول‌های قرمز خون (CBR)، واجد مشخصات بند (ه) نیست			تمامی یخچال‌های نگهداری خون کامل و گلبول‌های قرمز خون (CBR)، واجد مشخصات بند (ه) است	
	ب		و	در این بخش	ک		براساس پرینت یک ماه گذشته و درجه حرارت فعلی یخچال، نگهداری خون کامل و گلبول‌های قرمز خون (CBR) در محدوده دمای مورد نظر نیست			براساس پرینت یک ماه گذشته و درجه حرارت فعلی یخچال، نگهداری خون کامل و گلبول‌های قرمز خون (CBR) در محدوده دمای مورد نظر است	
	ج		ز	تمام یخچال‌های نگهداری خون کامل و گلبول‌های قرمز خون (CBR)	ل						
	د			ح		م					
				ط							

۱۱-۱۱) پلاکت‌ها در دمای °C ۲۴-۲۰ با تکان آرام با استفاده از روتاتور ذخیره می‌شوند.

سنجه . پلاکت‌ها در دمای °C ۲۴-۲۰ با تکان آرام با استفاده از روتاتور ذخیره می‌شوند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف		ه	یخچال ویژه بانک خون (واجد سیستم اتوماتیک ثبت دما و سیستم آلارم)  و پرینت دمای یخچال در یک ماه گذشته  و روتاتور	ی	حتی یکی از یخچال‌های نگهداری پلاکت، واجد مشخصات بند (ه) نیست  یا براساس پرینت یک ماه گذشته و درجه حرارت فعلی یخچال، نگهداری پلاکت‌ها در محدوده دمای مورد نظر نیست			تمامی یخچال‌های نگهداری پلاکت، واجد مشخصات بند (ه) است  و براساس پرینت یک ماه گذشته و درجه حرارت فعلی یخچال، نگهداری پلاکت‌ها در محدوده دمای مورد نظر است	
	ب		و	در این بخش	ک				و	
	ج		ز	تمام یخچال‌های نگهداری پلاکت	ل		روتاتور موجود نیست یا کار نمی‌کند		روتاتور موجود است و کار می‌کند	
	د		ح		م					
				ط						

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

۱۱-۱۲) پلاسمای تازه منجمد شده (FFP) و کرایو پرسیپیتیت، در فریزر در  $18^{\circ}\text{C}$  - به مدت ۳ ماه و یا  $30^{\circ}\text{C}$  - به مدت ۳۶ ماه ذخیره می‌شوند.

سنجه . شواهد نشان می‌دهند پلاسمای تازه منجمد شده (FFP) و کرایو پرسیپیتیت، در فریزر در  $18^{\circ}\text{C}$  - به مدت ۳ ماه و یا  $30^{\circ}\text{C}$  - به مدت ۳۶ ماه ذخیره می‌شوند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
	الف		ه	شرایط نگهداری پلاسمای تازه منجمد شده (FFP) و کرایو پرسیپیتیت	ی					
	ب		و	در این بخش	ک					
	ج		ز	تمام یخچال‌های نگهدارنده پلاسمای تازه منجمد شده (FFP) و کرایو پرسیپیتیت و ۱۰ فرآورده	ل	حتی در یک مورد مندرجات بند «ح» رعایت نشده باشد			در تمام موارد بررسی شده، مندرجات بند «ح» رعایت نشده باشد	
	د		ح	اگر دمای یخچال $18^{\circ}\text{C}$ - باشد نباید از تاریخ تولید بیش از ۳ ماه گذشته باشد و اگر دمای یخچال $30^{\circ}\text{C}$ - باشد نباید از تاریخ تولید بیش از ۳۶ ماه گذشته باشد	م					
				ط						

۱۱-۱۳) همه واکنش‌های ناخواسته انتقال خون و محصولات خونی ثبت می‌شوند.

سنجه . این بخش خط‌مشی و روش خود را جهت اطمینان از ثبت و گزارش‌دهی واکنش‌های ناخواسته انتقال خون و محصولات خونی، تدوین نموده و کارکنان براساس آن عمل می‌نمایند که درکتابچه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

تذکر: در صورتی که بیمارستان جزو طرح هموویژنلانس است این سنجه در این قسمت غیرقابل ارزیابی خواهد بود.



۱۱-۱۴) مستندات مربوط به تمام مراحل انتقال خون و محصولات خونی که بوسیله دو پرسنل تعلیم دیده انجام گرفته و ثبت می‌شوند، جهت بررسی و تجزیه و تحلیل، در اختیار این بخش نیز قرار می‌گیرند.

سنجه . این بخش خطمشی و روش خود را جهت اطمینان از این که تمام مراحل انتقال خون و محصولات خونی که بوسیله دو پرسنل تعلیم دیده انجام گرفته و ثبت می‌شوند، جهت بررسی و تجزیه و تحلیل در اختیار این بخش نیز قرار می‌گیرند، تدوین نموده و کارکنان براساس آن عمل می‌نمایند که در کتابچه خطمشی و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نمایند.

۱۱-۱۵) فرد مسئول حمل و نقل فرآورده‌های خونی دارای کارت یا گواهی‌نامه آموزشی از سازمان انتقال خون است.

سنجه . فرد مسئول حمل و نقل فرآورده‌های خونی دارای کارت یا گواهی‌نامه آموزشی معتبر و تاریخ‌دار از سازمان انتقال خون است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
	الف	کارت یا گواهی‌نامه	ه		ی					
	ب	صادر از سازمان انتقال خون و دارای تاریخ معتبر	و		ک					
	ج		ز		ل					
	د	در این بخش	ح		م					
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

۱۱-۱۶) سیستم پیگیری توزیع خون به واسطه bar coding (شماره اختصاصی) تسهیل می‌شود.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند خون و فرآورده‌های خونی واجد bar code (شماره اختصاصی) هستند که پس از استفاده برای هر بیمار در پرونده وی چسبانده می‌شوند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	پرونده بیماران دریافت کننده خون و فرآورده‌های خونی	ه		ی					
	ب	حاوی bar code (شماره اختصاصی)	و		ک					
	ج	در بخش‌های بالینی مختلف براساس فهرست تحویل خون در این بخش	ز		ل					
	د	۱۰ مورد	ح		م					
			ط							

۱۱-۱۷) فرم استاندارد درخواست خون و فرآورده‌های خونی، به‌طور کامل تکمیل می‌گردد.

سنجه . بیمارستان از فرم‌های استاندارد به منظور درخواست خون و فرآورده‌های خونی استفاده می‌نماید و تمامی مندرجات درون فرم‌ها به‌طور کامل تکمیل می‌گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	فرم‌های استاندارد	ه		ی					
	ب		و		ک					
	ج		ز		ل					
	د	در این بخش و بخش‌های بالینی	ح		م					
		۱۰ فرم تکمیل شده	ط							

## ۱۱-۱۸) فرم استاندارد پایش دریافت کننده خون، به طور کامل تکمیل می گردد.

سنجه . بیمارستان از فرم های استاندارد به منظور پایش دریافت کننده خون استفاده می نماید و تمامی مندرجات درون فرم ها به طور کامل تکمیل می گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	فرم های استاندارد	ه		ی		فرم استاندارد وجود دارد	فرم استاندارد وجود دارد	فرم استاندارد وجود دارد
	ب		و		ک		وجود دارد	وجود دارد	وجود ندارد
	ج		ز		ل		یا	اما	یا
	د	در این بخش و بخش های بالینی	ح		م		۰-۲ مورد به طور کامل پر شده است	۳-۶ مورد به طور کامل پر می شود	۷-۱۰ مورد به طور کامل پر می شود
		۱۰ فرم تکمیل شده	ط						

## ۱۱-۱۹) کارکنان، امکانات لازم برای انجام وظایف مشخص شده و تامین ایمنی بیمار و کارکنان در اختیار دارند.

سنجه ۱. مستندات نشان می دهند بخش بانک خون تمامی فرآیندهای بالینی و غیر بالینی خود را جهت دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تامین ایمنی بیمار و کارکنان مشخص کرده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۱	الف	فهرست و فلوجارت فرآیندهای بالینی و غیر بالینی این بخش	ه		ی		فهرست و فلوجارت موجود است اما کامل نیست و تمام موضوعات مندرج در سنجه آن دیده نشده است	فهرست و فلوجارت موجود است	فهرست و فلوجارت موجود است
	ب	در زمینه مراقبت از بیمار تامین ایمنی بیمار و تامین ایمنی کارکنان	و		ک		فهرست و فلوجارت موجود نیست	فهرست و فلوجارت موجود است	فهرست و فلوجارت موجود است
	ج	در این بخش	ز		ل				
	د	فهرست و فلوجارت فرآیندهای بالینی و غیر بالینی این بخش	ح		م				
			ط						

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی طب انتقال خون بیمارستان در ایران

سنجه ۲. چکلیست تجهیزات و امکانات مورد نیاز جهت انجام فرآیندهای بالینی و غیربالینی مندرج در سنجه شماره (۱) موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	چکلیست کنترل تجهیزات و امکانات	ه		ی		چکلیست موجود نیست	چکلیست موجود است ولی منطبق بر فرآیندهای خواسته شده نیست	چکلیست موجود و کامل است	
	ب	منطبق بر فرآیندهای مراقبتی ایمنی بیمار و ایمنی کارکنان	و		ک					
	ج	در این بخش	ز		ل					
	د	چکلیست کنترل تجهیزات و امکانات	ح		م					
			ط							

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که بخش بانک خون براساس چکلیست فوق امکانات و تجهیزات را کنترل می‌کند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۳	الف	چکلیست تکمیل شده	ه		ی		هیچ چکلیست تکمیل شده‌ای موجود نیست	چکلیست تکمیل شده‌ای موجود است اما فواصل زمانی رعایت نشده‌است	چکلیست تکمیل شده موجود است و فواصل زمانی رعایت شده‌است	
	ب	در فواصل زمانی تکمیل شده	و		ک					
	ج	در این بخش	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

سنجه ۴. تجهیزات و امکانات براساس چکلیست موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۴	الف	چکلیست تکمیل شده	ه	تجهیزات و امکانات براساس چکلیست	ی				
	ب	در فواصل زمانی تعیین شده	و	در این بخش	ک				
	ج	در این بخش	ز	۵ مورد با اولویت امکانات و تجهیزات ضروری	ل	۰-۱ مورد موجود و آماده به کار	۲-۳ مورد موجود و آماده به کار باشد	۴-۵ مورد موجود و آماده به کار باشد	
	د		ح	کنترل سالم و آماده به کار بودن	م				
			ط						

سنجه ۵. فرآیندهای بالینی و غیربالینی بخش بانک خون و چکلیست مربوطه حداقل سالانه بازنگری می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۵	الف	تعیین تاریخ بازنگری و مستندات انجام آن	ه		ی				
	ب	با توجه به فرآیندهای تغییر یافته	و		ک				
	ج	در این بخش	ز		ل	تاریخ بازنگری تعیین نشده است	تاریخ بازنگری تعیین شده است و بازنگری انجام شده است اما بازنگری دیرتر از تاریخ تعیین شده انجام شده است یا با توجه به تغییر فرآیندها نبوده است	بازنگری در تاریخ تعیین شده انجام گرفته است و با توجه به فرآیندها بوده است یا هنوز تاریخ بازنگری فرا نرسیده است	

۱۱-۲۰) در تمامی مراحل حمل و نقل زنجیره سرما حفظ و رعایت می‌گردد.

سنجه . این بخش خطمشی و روش خود را جهت اطمینان از حفظ زنجیره سرما در تمامی مراحل حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی تدوین نموده و کارکنان براساس آن عمل می‌نمایند که در کتابچه خطمشی و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

۱۱-۲۱) ذوب پلاسما مطابق دستورالعمل سازمان انتقال خون صورت می‌گیرد.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند ذوب پلاسما مطابق دستورالعمل سازمان انتقال خون صورت می‌گیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
	الف	دستورالعمل مذکور	ه	تجهیزات مورد نیاز مطابق دستورالعمل	ی	کارکنان مرتبط	دستورالعمل موجود است	۱	۲	غ.ق.۱
	ب		و	در این بخش	ک	ذوب پلاسما را به چه روشی انجام می‌دهید؟				
	ج	در این بخش	ز		ل	در این بخش				
	د		ح		م					
			ط							

۱۱-۲۲) مستندات مربوط به داده‌های آلام (سیستم هشدار) شامل نحوه انجام (SOP)<sup>۱</sup> و جدول مبتنی بر اطلاعات تاریخ، ساعت، کارشناس مسئول انجام آلام و نتیجه ارزیابی حداقل هفتگی آلام وجود دارد.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند نحوه انجام (SOP) و کنترل سیستم هشدار، موجود است و براساس آن حداقل به صورت هفتگی بررسی و ثبت لازم صورت می‌گیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	نحوه انجام (SOP) مربوطه و مستندات عمل براساس آن	ه		ی	نحوه انجام (SOP) مربوطه موجود نیست یا مستندات عمل براساس آن موجود نیست	نحوه انجام (SOP) مربوطه موجود است	و مستندات عمل براساس آن موجود است	و شرایط مندرج در بند «ب» را دارد	
	ب	حداقل هفتگی و شامل تمام مندرجات استاندارد	و	ک	و مستندات عمل براساس آن موجود است					
	ج	در این بخش	ز	ل	اما					
	د		ح	م	شرایط مندرج در بند «ب» را ندارد					
			ط							

## ۱۲) آزمایش‌ها

۱۲-۱) آزمایش‌های سازگاری قبل از تزریق خون، جهت فرد گیرنده خون، از جمله بیماران اورژانسی در تمام موارد اجرا می‌شود و سوابق آن‌ها وجود دارد (مطابق دستورالعمل سازمان انتقال خون).

ABO typing (۱-۱-۱۲)

Rh typing (۲-۱-۱۲)

(۳-۱-۱۲) غربالگری آنتی‌بادی

Cross match (۴-۱-۱۲)

۱) Standard Operating Procedure

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

سنجه . مستندات نشان می‌دهند مطابق دستورالعمل سازمان انتقال خون آزمایش‌های سازگاری قبل از تزریق خون مطابق موارد اشاره شده در استاندارد برای تمامی گیرندگان خون از جمله بیماران اورژانسی انجام می‌گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	مستندات انجام آزمایش‌های سازگاری قبل از تزریق خون و دستورالعمل سازمان انتقال خون	ه		ی		مستندات انجام آزمایش‌های سازگاری قبل از تزریق خون	مستندات انجام آزمایش‌های سازگاری قبل از تزریق خون	مستندات انجام آزمایش‌های سازگاری قبل از تزریق خون
	ب	منطبق بودن انجام آزمایشات با دستورالعمل	و		ک		حتی در یک مورد از موارد ۲،۱ و ۴ مندرج در استاندارد وجود ندارد	در تمامی موارد ۲،۱ و ۴ مندرج در استاندارد وجود دارد	در تمامی موارد از موارد ۴ گانه مندرج در استاندارد وجود دارد
	ج	در این بخش	ز		ل		یا	منطبق با دستورالعمل است	منطبق با دستورالعمل است
	د	۱۰ مورد	ح		م		منطبق با دستورالعمل نیست	اما	و
			ط					مورد ۳ انجام نمی‌شود	



**(۱۳) بهبود کیفیت**

۱-۱۳) بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد در دسترس است.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد، در دسترس تمامی کارکنان این بخش است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	برنامه بهبود کیفیت مربوط به این بخش	ه		ی	کارکنان این بخش	برنامه بهبود کیفیت مربوط به این بخش موجود نباشد	برنامه بهبود کیفیت مربوط به این بخش موجود باشد	برنامه بهبود کیفیت مربوط به این بخش موجود باشد	غ.ق.ا
	ب		و		ک	اگر به برنامه بهبود کیفیت این بخش دسترسی دارید آن را با هم ببینیم	یا	اما	و	
	ج	در این بخش	ز		ل	در این بخش	۱ - ۰ نفر از کارکنان به آن دسترسی داشته باشند	۲-۳ نفر از کارکنان به آن دسترسی داشته باشند	۴ - ۵ نفر از کارکنان به آن دسترسی داشته باشند	
	د		ح		م	از ۵ نفر که ۱ نفر از آنها حتما از مسئولین بخش باشد	یا			
			ط				حتی یکی از مسئولین به آن دسترسی نداشته باشد			

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

### ۱۳-۲) برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می دهند برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	برنامه بهبود کیفیت بیمارستان و برنامه بهبود کیفیت این بخش	ه		ی	برنامه بهبود کیفیت این بخش هم راستا با برنامه بیمارستان نیست	بخشی از برنامه بهبود کیفیت این بخش هم راستا با برنامه بهبود کیفیت کل بیمارستان است	برنامه بهبود کیفیت این واحد کاملاً هم راستا با برنامه بهبود کیفیت کل بیمارستان است	
	ب	هماهنگ و هم راستا* با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان	و	ک					
	ج	در این بخش و واحد بهبود کیفیت	ز	ل					
	د		ح	م					
			ط						

\* تذکر: هم راستا بودن برنامه بهبود کیفیت این بخش و بیمارستان را می توان با توجه به اهداف آن ها بررسی کرد. اگر دستیابی به اهداف برنامه بهبود کیفیت این بخش موجب دستیابی به قسمتی از اهداف بهبود کیفیت بیمارستان شود یا آن را تسهیل یا تسریع نماید یعنی برنامه ها هم راستا هستند. (اصولاً برنامه بهبود کیفیت بخش ها و واحدهای مختلف بیمارستان با هماهنگی واحد بهبود کیفیت و هدایت و حمایت مدیران ارشد، در راستای دستیابی به اهداف برنامه بهبود کیفیت کلی بیمارستان نوشته می شود و بنابراین انتظار می رود که کاملاً هماهنگ و هم سو باشند).

### ۱۳-۳) برنامه بهبود کیفیت این بخش شامل موضوعات بالینی و مدیریتی می باشد.

سنجه . مستندات نشان می دهند برنامه بهبود کیفیت این بخش شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	فهرست موضوعات مندرج در برنامه بهبود کیفیت این بخش	ه		ی	این بخش فهرست موضوعات مندرج در برنامه بهبود کیفیت را ندارد	فقط شامل یک قسمت بالینی یا مدیریتی می باشد	برنامه بهبود کیفیت شامل هر دو قسمت بالینی و مدیریتی می باشد	
	ب	شامل دو قسمت بالینی و مدیریتی	و	ک					
	ج	در این بخش	ز	ل					
	د		ح	م					
			ط						

۱۳-۴) برنامه بهبود کیفیت بایستی دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد. سنجه . مستندات نشان می‌دهند برنامه بهبود کیفیت دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	شاخص‌های عملکردی برنامه بهبود کیفیت در این بخش	ه		ی	هیچ شاخصی تعیین نشده است	شاخص‌ها تعیین شده‌اند	اما	شاخص‌ها تعیین شده‌اند	و همه‌ی شاخص‌ها منطبق با تمام موارد مندرج در سنجه هستند
	ب	منطبق با موارد مندرج در سنجه	و		ک		همه‌ی شاخص‌ها منطبق با تمام موارد مندرج در سنجه نیستند			
	ج	در این بخش	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

۱۳-۵) اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به طور دایمی پایش می‌شوند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند فواصل پایش برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی در زمان تدوین آن‌ها مشخص شده و پایش براساس آن انجام می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.ا	
	الف	چک‌لیست پایش برنامه بهبود کیفیت و مستندات پیگیری برنامه‌های مداخله‌ای	ه	اقدامات مرتبط که لازم است از طریق مشاهده بررسی شوند*	ی	فرد یا افراد مسئول یا ذی‌نفع** در اجرای برنامه پایش یا مداخله (شامل کارکنان و بیماران)	مستندات بند «الف» موجود نیست	یا	مستندات بند «الف» موجود است	و زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند	
	ب	ذکر زمان انجام اقدامات و فرد یا افراد مسئول پیگیری و اجرای آن	و	براساس محلی که در مستندات پایش و پیگیری تعیین شده است	ک	با توجه به کارهایی که قرار بوده براساس برنامه پایش یا مداخله انجام شود، سوال کنیم که انجام شده‌اند یا خیر؟	زمان یا مسئولین اجرا یا پیگیری مشخص نشده‌اند	یا	مستندات بند «الف» موجود است		
	ج	در این بخش	ز	۵ مورد	ل	براساس برنامه پایش و پیگیری	اما	براساس مشاهدات، در مورد طبق برنامه عمل شده است	و		براساس مشاهدات، در مورد طبق برنامه عمل شده است
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	از ۵ نفر	یا	براساس مشاهدات، در مورد طبق برنامه عمل شده است	یا		مستندات بند «الف» موجود است
			ط				نفر ۴-۵ اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است	نفر ۲-۳ اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است	نفر ۰-۱ اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است		نفر ۴-۵ اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است

\*تذکر: به عنوان مثال براساس برنامه مداخله‌ای قرار بوده روکش محافظ لامپ سقفی تعویض شود و از طریق مشاهده کنترل می‌کنیم که این کار انجام شده است یا خیر  
\*\*تذکر: به عنوان مثال اگر قرار است طرز کار دستگاه جدیدی به فردی آموزش داده شود، از فردی که قرار بوده به وی آموزش داده شود سوال کنیم که آموزش انجام شده است یا خیر

## ۱۴) جمع آوری و تحلیل داده‌ها

۱-۱۴) داده‌های این بخش جمع آوری و رایانه‌ای می‌شوند.

سنجه ۱. بیمارستان جهت بررسی وضعیت خدمات ارائه شده و برنامه‌ریزی برای ارتقا و بهبود آن، شاخص‌هایی را در ابعاد مختلف کیفیت (اثربخشی، ایمنی، رضایتمندی، کارایی، عدالت و دسترسی عادلانه...) در جنبه‌های بالینی و غیربالینی و مدیریتی براساس مطالبات سازمان‌های بالا دستی، برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت بیمارستان تعیین نموده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.۱
۱	الف	شاخص‌های تعیین شده و مبنای تعیین آن‌ها	ه		ی	۰-۱ نوع شاخص با در نظر گرفتن ویژگی‌های مندرج در سنجه تعیین شده‌است	۲-۳ نوع شاخص با در نظر گرفتن ویژگی‌های مندرج در سنجه تعیین شده‌است	۴-۵ نوع شاخص با در نظر گرفتن ویژگی‌های مندرج در سنجه تعیین شده‌است		
	ب	ویژگی‌های مندرج در سنجه	و	ک						
	ج	در این بخش	ز	ل						
	د	حداقل برای ۵ شاخص (یکی برای هر یک از ابعاد مندرج در سنجه)	ح	م						
			ط							

سنجه ۲. داده‌های لازم برای محاسبه شاخص‌های تعیین شده جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.۱
۲	الف	مستندات جمع‌آوری داده‌ها و رایانه‌ای شدن آن‌ها	ه		ی	شاخص‌ها تعیین شده‌است اما داده‌ای جمع‌آوری نمی‌شود یا برای ۰-۱ شاخص تعیین شده، داده‌ها جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند	برای ۲-۳ شاخص تعیین شده، داده‌ها جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند	برای ۴-۵ شاخص تعیین شده، داده‌ها جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند		
	ب		و	ک						
	ج	اگر این بخش رایانه اختصاصی ندارد، می‌تواند از رایانه سایر بخش‌ها استفاده نماید	ز	ل						
	د	به تعداد شاخص‌های جمع‌آوری شده برای حداقل ۵ شاخص (یکی برای هر یک از ابعاد مندرج در سنجه ۱)	ح	م						
			ط							

## ۱۴-۲) علت منطقی جمع‌آوری هر داده شرح داده شده‌است.

سنجه . هدف از جمع‌آوری داده‌ها برای تمام افرادی که در فرآیند جمع‌آوری و تحلیل شاخص‌ها دخالت دارند، روشن است.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
	هدف از جمع‌آوری داده‌ها یا فرد یا افراد مسئول جمع‌آوری و تحلیل آن‌ها برای تمامی شاخص‌ها مشخص و مستند شده‌است	هدف از جمع‌آوری داده‌ها یا فرد یا افراد مسئول جمع‌آوری و تحلیل آن‌ها برای برخی شاخص‌ها مشخص و مستند شده‌است	هدف از جمع‌آوری داده‌ها یا فرد یا افراد مسئول جمع‌آوری و تحلیل آن‌ها برای هیچ شاخصی مشخص و مستند نشده‌است	افرادی که طبق مستندات مسئول جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها هستند	ی		ه	هدف و علت منطقی جمع‌آوری هر داده و فرد یا افراد مسئول جمع‌آوری و تحلیل آن	الف	
	و	یا	یا	در مورد هدف یا علت منطقی جمع‌آوری و تحلیل داده‌ای که آن‌ها مسئولش هستند	ک		و		ب	
	۴-۵ نفر از مسئولین جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها از هدف تعیین شده آگاه هستند	۲-۳ نفر از مسئولین جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها از هدف تعیین شده آگاه هستند	۰-۱ نفر از مسئولین جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها از هدف تعیین شده آگاه هستند		ل		ز	در این بخش	ج	
				از ۵ نفر	م		ح	حداقل برای ۵ شاخص (یکی برای هر یک از ابعاد مندرج در سنجه ۱ استاندارد ۱-۱۴)	د	
							ط			

۱۴-۳) چک لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.

سنجه . چک لیست ممیزی داخلی\* به منظور شناخت نقاط قوت و فرصت‌های بهبود (نقاط ضعف) براساس استانداردهای اعتباربخشی این بخش موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	چک لیست ممیزی داخلی	ه		ی		چک لیست ممیزی داخلی موجود است  یا براساس استانداردهای این بخش تهیه نشده است	۱	۲	غ.ق.۱
	ب	براساس استانداردهای اعتباربخشی این بخش	و		ک					
	ج	در این بخش	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

\*تذکر: منظور از ممیزی داخلی در اولین ویرایش استانداردهای اعتباربخشی، خودارزیابی براساس استانداردهای ملی است که توسط بیمارستان با هدایت واحد بهبود کیفیت و مشارکت بخش‌ها و واحدها انجام می‌شود.

## ۱۴-۴) ممیزی داخلی انجام می‌شود.

سنجه ۱. برنامه مدون و یکپارچه ممیزی داخلی برای فواصل حداقل سالانه تدوین شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز														
							۰	۱	۲	غ.ق.۱											
۱	الف	برنامه ممیزی داخلی	ه		ی	برنامه مدون ممیزی داخلی وجود ندارد	برنامه مدون ممیزی داخلی وجود دارد	اما	برنامه مدون ممیزی داخلی وجود دارد												
	ب	مدون، یکپارچه و در فواصل زمانی منظم (حداقل سالانه)	و		ک					برنامه مدون ممیزی داخلی وجود ندارد	برنامه مدون ممیزی داخلی وجود دارد	به صورت یکپارچه نیست	برنامه مدون ممیزی داخلی وجود دارد								
	ج	در این بخش	ز		ل									برنامه مدون ممیزی داخلی وجود ندارد	برنامه مدون ممیزی داخلی وجود دارد	یا	برنامه مدون ممیزی داخلی وجود دارد				
	د		ح		م													برنامه مدون ممیزی داخلی وجود ندارد	برنامه مدون ممیزی داخلی وجود دارد	حداقل سالانه انجام نمی‌شود	برنامه مدون ممیزی داخلی وجود دارد
			ط																		
					برنامه مدون ممیزی داخلی وجود ندارد	برنامه مدون ممیزی داخلی وجود دارد	حداقل سالانه انجام می‌شود	برنامه مدون ممیزی داخلی وجود دارد													

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که ممیزی داخلی براساس برنامه فوق و با هدایت واحد بهبود کیفیت، انجام می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز														
							۰	۱	۲	غ.ق.۱											
۲	الف	مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی	ه		ی	کارکنان مرتبط این بخش طبق برنامه	مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی وجود دارد	اما	مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی وجود دارد												
	ب	با هدایت واحد بهبود کیفیت	و		ک					کارکنان مرتبط این بخش طبق برنامه	مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی وجود دارد	یا	مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی وجود دارد								
	ج	در این بخش	ز		ل									کارکنان مرتبط این بخش طبق برنامه	مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی وجود دارد	یا	مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی وجود دارد				
	د		ح		م													کارکنان مرتبط این بخش طبق برنامه	مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی وجود دارد	یا	مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی وجود دارد
			ط																		
					کارکنان مرتبط این بخش طبق برنامه	مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی وجود دارد	یا	مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی وجود دارد													

\* تذکر: در صورتی که مطابق تاریخ تعیین شده در برنامه، هنوز زمان انجام اولین ممیزی داخلی این بخش فرا نرسیده است ولی ۴-۵ نفر از کارکنان از نقش خود در اجرای برنامه آگاهی دارند، امتیاز ۲ داده می‌شود.

۱۴-۵) تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.

سنجه ۱. گزارش تحلیلی ممیزی داخلی موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	گزارش تحلیلی ممیزی داخلی	ه		ی		گزارش تحلیلی ممیزی داخلی موجود نیست	گزارش تحلیلی ممیزی داخلی این بخش موجود است	گزارش تحلیلی ممیزی داخلی این بخش و مقایسه آن با سایر بخش‌ها و واحدها، موجود است	غ.ق.۱
	ب	گزارش ممیزی داخلی این بخش و مقایسه آن با سایر بخش‌ها و واحدها،	و		ک					
	ج	در این بخش	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

سنجه ۲. برنامه مداخله‌ای مبتنی بر گزارش فوق موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	برنامه مداخله‌ای	ه		ی		برنامه مداخله‌ای براساس ممیزی داخلی وجود ندارد	برنامه مداخله‌ای براساس ممیزی داخلی وجود دارد	غ.ق.۱	
	ب	براساس نتایج ممیزی داخلی	و		ک					
	ج	در این بخش	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							



سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که برنامه مداخله‌ای و چارچوب زمانی تعیین شده از سوی بیمارستان پیگیری و اجرا شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۳	الف	برنامه مداخله‌ای	ه	مواردی که طبق برنامه لازم است از طریق مشاهده بررسی شوند*	ی	فرد یا افراد مسئول یا ذینفع **در اجرای برنامه مداخله‌ای (شامل کارکنان و بیماران)	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود است	غ.ق.۱
	ب	ذکر زمان و انجام اقدامات و فرد یا افراد مسئول پیگیری و اجرای آن	و	براساس برنامه مداخله‌ای و محلی که در آن تعیین شده‌است و در حیطه وظایف این بخش است	ک	با توجه به کارهایی که قرار بوده براساس برنامه مداخله‌ای اجرا شود، سوال کنیم که اجرا شده‌اند یا خیر؟	مستندات بند «الف» موجود نیست یا زمان یا مسئولین اجرا یا پیگیری مشخص نشده‌اند	و زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند	و زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند	
	ج	در این بخش	ز	۵ مورد	ل	براساس برنامه مداخله‌ای	اما براساس مشاهدات، در ۲-۳ مورد طبق برنامه عمل شده‌است	و براساس مشاهدات، در ۴-۵ مورد طبق برنامه عمل شده‌است	و براساس مشاهدات، در ۴-۵ مورد طبق برنامه عمل شده‌است	
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	از ۵ نفر	عمل شده‌است یا ۰-۱ مورد طبق برنامه عمل شده‌است	عمل شده‌است یا ۲-۳ مورد طبق برنامه عمل شده‌است	عمل شده‌است یا ۴-۵ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده‌است	
				ط			عمل شده‌است یا ۰-۱ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده‌است	عمل شده‌است یا ۲-۳ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده‌است	عمل شده‌است یا ۴-۵ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده‌است	

\*تذکر: به عنوان مثال براساس برنامه مداخله‌ای قرار بوده روکش محافظ لامپ سقفی تعویض شود و از طریق مشاهده کنترل می‌کنیم که این کار انجام شده‌است یا خیر  
\*\*تذکر: به عنوان مثال اگر قرار است طرز کار دستگاه جدیدی به فردی آموزش داده شود، از فردی که قرار بوده به وی آموزش داده شود سوال کنیم که آموزش انجام شده‌است یا خیر

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

۱۴-۶) در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته به مدیران و دست اندرکاران اطلاع رسانی می‌شود.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند در خصوص نتایج حاصل از بررسی و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست اندرکاران اطلاع‌رسانی می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	مستندات ارایه گزارش به رییس این بخش و مدیران ارشد	ه		ی	مصاحبه				مستندات ارایه گزارش به رییس این بخش و مدیران ارشد موجود است
	ب	حاوی نتایج بررسی‌ها و اقدامات اصلاحی مربوط به این بخش	و		ک					
	ج	در این بخش	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

۱۴-۷) تحلیل نتایج ممیزی خارجی پایگاه انتقال خون و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای مناسب، مستند شده و به پایگاه انتقال خون استان ارسال می‌گردند.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند تحلیل نتایج ممیزی خارجی پایگاه انتقال خون و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای مناسب، مستند شده و به پایگاه انتقال خون استان ارسال می‌گردند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	مستندات مندرج در سنجه و ارسال به پایگاه انتقال خون استان	ه		ی	مصاحبه				مستندات مندرج در بند الف وجود ندارد
	ب		و		ک					
	ج	در این بخش	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

**(۱۵) سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس)**

۱-۱۵) در بیمارستان طرح سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس) اجرا می‌گردد.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند بیمارستان در طرح سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس) \* شرکت دارد.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
در بیمارستانی که در طرح سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس) شرکت ندارد	مستند شرکت بیمارستان در طرح سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس) موجود است		مستند شرکت بیمارستان در طرح سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس) موجود نیست		ی		ه	مستند شرکت بیمارستان در طرح سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس)	الف	
					ک		و	با تایید سازمان انتقال خون	ب	
					ل		ز	در این بخش	ج	
					م		ح		د	
								ط		

\*تذکر : در صورتی که بیمارستان در طرح سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس) شرکت داشته باشد استانداردهای بعدی چک خواهند شد و در غیر این صورت این بخش از استانداردها بررسی نمی‌گردد.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

۱۵-۲) بیمارستان مسئول هموویژلانیسی دارد که دارای گواهی مربوط به گذراندن دوره‌ی آموزشی در سازمان انتقال خون است.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند مسئول هموویژلانیس بیمارستان دارای یک بار گواهی‌نامه گذراندن دوره آموزشی در سازمان انتقال خون است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.۱	۲	۱
	الف	حکم مسئول هموویژلانیس به امضای مسئول مربوطه و گواهی‌نامه گذراندن دوره آموزشی در سازمان انتقال خون	ه		ی	مسئول هموویژلانیس دارای حکم مکتوب به امضای مسئول مربوطه نیست			
	ب		و		ک	یا			
	ج	در این بخش	ز		ل	گواهی‌نامه گذراندن دوره آموزشی در سازمان انتقال خون را ندارد			
	د		ح		م				
				ط					

۱۵-۳) فرم استاندارد درخواست خون و فرآورده‌های خونی و فرم نظارت بر تزریق خون و فرآورده‌های خونی به‌طور کامل تکمیل می‌گردد.

سنجه ۱. بیمارستان از فرم‌های استاندارد به منظور درخواست خون و فرآورده‌های خونی استفاده می‌نماید و تمامی مندرجات درون فرم‌ها به‌طور کامل تکمیل می‌گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.۱	۲	۱
۱	الف	فرم‌های استاندارد	ه		ی	فرم استاندارد وجود ندارد			
	ب		و		ک	یا			
	ج		ز		ل	فرم استاندارد وجود دارد			
	د	در این بخش و بخش‌های بالینی	ح		م	فرم استاندارد وجود دارد و فرم‌ها به‌طور کامل پر می‌شود			
				ط					

سنجه ۲. بیمارستان از فرم‌های استاندارد نظارت بر تزریق خون و فرآورده‌های خونی استفاده می‌نماید و تمامی مندرجات درون فرم‌ها به‌طور کامل تکمیل می‌گردد.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰							
	فرم استاندارد وجود دارد و ۱۰-۷ مورد به‌طور کامل پر می‌شود	فرم استاندارد وجود دارد اما ۶-۳ مورد به‌طور کامل پر می‌شود	فرم استاندارد وجود ندارد یا ۲-۰ مورد به‌طور کامل پر شده‌است		ی		ه	فرم‌های استاندارد	الف	۲
					ک		و		ب	
					ل		ز		ج	
					م		ح	در این بخش و بخش‌های بالینی	د	
							ط	۱۰ فرم تکمیل شده		

۱۵-۴) فرم درخواست پلاکت فرزیس و فرم نظارت بر تزریق پلاکت فرزیس به‌طور کامل تکمیل می‌گردد.

سنجه ۱. بیمارستان از فرم‌های استاندارد به منظور درخواست پلاکت فرزیس استفاده می‌نماید و تمامی مندرجات درون فرم‌ها به‌طور کامل تکمیل می‌گردد.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰							
	فرم استاندارد وجود دارد و ۱۰-۷ مورد به‌طور کامل پر می‌شود	فرم استاندارد وجود دارد اما ۶-۳ مورد به‌طور کامل پر می‌شود	فرم استاندارد وجود ندارد یا ۲-۰ مورد به‌طور کامل پر شده‌است		ی		ه	فرم‌های استاندارد	الف	۱
					ک		و		ب	
					ل		ز		ج	
					م		ح	در این بخش و بخش‌های بالینی	د	
							ط	۱۰ فرم تکمیل شده		

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش طب انتقال خون بیمارستان در ایران

سنجه ۲. بیمارستان از فرم‌های استاندارد نظارت بر تزریق پلاکت فرزیس استفاده می‌نماید و تمامی مندرجات درون فرم‌ها به‌طور کامل تکمیل می‌گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۲	الف	فرم‌های استاندارد	ه		ی	فرم استاندارد وجود ندارد	فرم استاندارد وجود دارد	فرم استاندارد وجود دارد	فرم استاندارد وجود دارد	
	ب		و		ک	یا	اما	و		
	ج		ز		ل	۰-۲ مورد به‌طور کامل پر شده‌است	۳-۶ مورد به‌طور کامل پر می‌شود	۷-۱۰ مورد به‌طور کامل پر می‌شود		
	د	در این بخش و بخش‌های بالینی	ح		م					
		۱۰ فرم تکمیل شده	ط							

۱۵-۵) فرم درخواست خون و فرآورده‌های خونی در موارد اورژانس به‌طور کامل تکمیل می‌گردد.

سنجه ۱. بیمارستان از فرم‌های استاندارد به منظور درخواست اورژانسی خون و فرآورده‌های خونی استفاده می‌نماید و تمامی مندرجات درون فرم‌ها به‌طور کامل تکمیل می‌گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۱	الف	فرم‌های استاندارد	ه		ی	فرم استاندارد وجود ندارد	فرم استاندارد وجود دارد	فرم استاندارد وجود دارد	فرم استاندارد وجود دارد	
	ب		و		ک	یا	اما	و		
	ج		ز		ل	۰-۲ مورد به‌طور کامل پر شده‌است	۳-۶ مورد به‌طور کامل پر می‌شود	۷-۱۰ مورد به‌طور کامل پر می‌شود		
	د	در این بخش و بخش‌های بالینی	ح		م					
		۱۰ فرم تکمیل شده	ط							

۱۵-۶) فرم گزارش عوارض ناخواسته‌ی احتمالی تزریق خون برای تمامی عوارض ناخواسته به‌طور کامل و حداکثر ظرف ۲ روز به دفتر هموویتولانس سازمان انتقال خون ارسال می‌گردد.

سنجه . این بخش خط‌مشی و روش خود را جهت اطمینان از ثبت و گزارش‌دهی واکنش‌های ناخواسته انتقال خون و محصولات خونی با استفاده از فرم‌های هموویتولانس و ارسال فرم‌های تکمیل شده به سازمان انتقال خون ظرف حداکثر ۴۸ ساعت، تدوین نموده و کارکنان براساس آن عمل می‌نمایند که در کتابچه خط‌مشی و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نمایند.

۱۵-۷) نتیجه‌ی حاصل از اقدامات اصلاحی صادرشده از سوی دفتر هموویتولانس ستاد مرکزی سازمان انتقال خون از طریق مستندات موجود قابل ردیابی است.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند اقدامات اصلاحی توصیه شده از سوی دفتر هموویتولانس ستاد مرکزی سازمان انتقال خون، پیگیری و اجرا می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	برنامه مداخله‌ای توصیه شده از سوی دفتر هموویتولانس ستاد مرکزی سازمان انتقال خون	ه	مواردی که طبق برنامه لازم است از طریق مشاهده بررسی شوند	ی	فرد یا افراد مسئول یا ذی‌نفع در اجرای برنامه مداخله‌ای (شامل کارکنان و بیماران)	در برنامه مداخله‌ای، زمان انجام اقدامات یا فرد یا افراد مسئول مشخص نشده‌است	در برنامه مداخله‌ای، زمان انجام اقدامات یا فرد یا افراد مسئول مشخص شده‌است	در برنامه مداخله‌ای، زمان انجام اقدامات یا فرد یا افراد مسئول مشخص شده‌است	غ.ق.۱
	ب	ذکر زمان و انجام اقدامات و فرد یا افراد مسئول پیگیری و اجرای آن	و	براساس برنامه مداخله‌ای و محلی که در آن تعیین شده‌است و در حیطه وظایف این بخش است	ک	کارهایی که قرار بوده براساس برنامه مداخله‌ای اجرا شود، اجرا شده‌است یا خیر؟	یا	و	و	غ.ق.۱
	ج	در این بخش	ز		ل	براساس برنامه مداخله‌ای				غ.ق.۱
	د		ح		م	از ۵ نفر				غ.ق.۱
			ط							غ.ق.۱

۸-۱۵) برای پزشکان هموویژلانس، گواهی مربوط به گذراندن دوره‌ی آموزشی در سازمان انتقال خون و پروندی پرسنلی آنان موجود است.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند پزشکان هموویژلانس بیمارستان دارای یک بار گواهی‌نامه گذراندن دوره آموزشی در سازمان انتقال خون هستند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	فهرست پزشکان هموویژلانس این بیمارستان و گواهی‌نامه گذراندن دوره آموزشی در سازمان انتقال خون	ه		ی					تمامی پزشکان هموویژلانس گواهی‌نامه گذراندن دوره آموزشی در سازمان انتقال خون را دارند
	ب	در پرونده پرسنلی	و		ک					
	ج	در این بخش	ز		ل					
	د	تمام پزشکان هموویژلانس بیمارستان	ح		م					
			ط							



۹-۱۵) برای پرستاران هموویتالانس گواهی مربوط به گذراندن دوره‌ی آموزشی در سازمان انتقال خون و پروندی پرسنلی آنان موجود است.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند پرستاران هموویتالانس بیمارستان دارای یک بار گواهی‌نامه گذراندن دوره آموزشی در سازمان انتقال خون هستند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز						
							۰	۱	۲	غ.ق.۱			
	الف	فهرست پرستاران هموویتالانس این بیمارستان و گواهی‌نامه گذراندن دوره آموزشی در سازمان انتقال خون	ه		ی					حتی یکی از پرستاران هموویتالانس گواهی‌نامه گذراندن دوره آموزشی در سازمان انتقال خون را نداشته باشند	تمامی پرستاران هموویتالانس گواهی‌نامه گذراندن دوره آموزشی در سازمان انتقال خون را دارند		
	ب	در پرونده پرسنلی	و		ک								
	ج	در این بخش	ز		ل								
	د	تمام پرستاران هموویتالانس بیمارستان	ح			م							
				ط									

## منابع

1. Joint Commission International; Accreditation Standards For Hospital ; Fourth Edition; 2010.
2. Tehewy M, Hussainy 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 evaluators. Ministry of health and medical education of Iran, Medical affairs deputy, Hospital management and clinical excellence office. 2<sup>nd</sup> 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 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.



وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی  
معاونت درمان  
دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان  
اداره ارزشیابی مراکز درمانی