

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ





معاونت درمان

# پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانها

## در راستای ارزیابی ادواری سال ۱۴۰۰

## رهبری و مدیریت

تهیه و تنظیم: فرامرز بهادرخان  
رئیس اداره اعتباربخشی بیمارستانها  
معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

یکم آذر ۱۴۰۰



# کلیات دستورالعمل ارزیابی های ادواری اعتبار بخشی سال ۱۴۰۰



معاونت درمان

- ❖ هدف از انجام ارزیابی های ادواری نظارت بر روند استقرار استانداردها و کسب اطمینان از بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیمار و نیز حفظ آمادگی بیمارستانها برای اعتبار بخشی جامع است.
- ❖ ارزیابی های ادواری به صورت سرزده و بدون اطلاع قبلی ۱۴۰۰ و انجام ارزیابی هر مرکز طی یک روز و حداقل ۶ ساعت
- ❖ انجام فرآیند ارزیابی های ادواری با محوریت اداره اعتبار بخشی دانشگاه در بازه زمانی از اول آذر تا نیمه اسفند ۱۴۰۰
- ❖ تعداد ارزیابان حداقل دو ارزیاب آموزش دیده مورد تایید وزارت متبوع و دانشگاه و محتوای ارزیابی با بررسی ۱۴۶ سنجه منتخب از استانداردهای ویرایش چهارم سال ۱۳۹۸ می باشد
- ❖ تمرکز سنجه های ادواری بر نتایج کیفی و عملکرد نهایی بیمارستان می باشد و با رویکرد موضوع مراقبت و درمان و ایمنی بیمار و رعایت حقوق گیرندگان خدمت می باشد .
- ❖ در صورت اختلال در موارد تهدید ایمنی بیمار مانند عدم فعال بودن اورژانس ۲۴ ساعته - عدم پذیرش بی قید و شرط بیمار - ارجاع بیمار به خارج از مرکز - عدم رعایت چک لیست جراحی ایمن و مرگ مادر ارزیابی مجدد توسط ارزیابان کشوری انجام می پذیرد .
- ❖ نقش موثر ارزیابی های ادواری سال ۱۴۰۰ در حفظ / ارتقاء / تنزل درجه اعتبار بخشی فعلی
- ❖ در صورتی که نتایج ارزیابی ادواری نشان دهنده تنزل درجه بیمارستان نسبت به رتبه فعلی باشد وزارت متبوع نتایج حاصل از ارزیابی ادواری را تا پایان مدت اعتبار گواهینامه فعلی به عنوان رتبه قابل استناد در نظر می گیرد و تا زمان انجام ارزیابی های جامع قابل بازنگری نمی باشد

## نکته بسیار مهم در پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی ادواری ۱۴۰۰

با عنایت به امتیاز دهی ۱۴۶ سنجه از بین ۵۱۴ سنجه کتاب استانداردهای ملی بیمارستانها توسط ارزیابان دلیلی بر توجه صرف بیمارستانها فقط به ۱۴۶ سنجه نمی باشد چرا که برای پیاده سازی یک سنجه نیاز به اجرای سنجه های مرتبط می باشد و باید تمام سنجه ها مد نظر باشد که این مورد بیشتر در سنجه های مدیریتی مشاهده میشود لذا همکاران محترم در بیمارستانها سنجه های مرتبط را هم مد نظر قرار دهید تا امتیاز کامل تری از سنجه ادواری مورد نظر کسب گردد. که در این وبینار به مواردی اشاره خواهد شد.

# فعالیت مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بر اساس شرح وظایف

صدور ابلاغ توسط رئیس / مدیر عامل و نوشتن به کلیه بخش ها و واحد ها

فعالیت مستقیم زیر نظر رئیس / مدیر عامل

تفویض اختیار کامل در خصوص مسائل مرتبط با ایمنی بیمار

ارائه گزارش ماهیانه کارشناس هماهنگ کننده ← مسئول ایمنی ← رئیس / مدیر عامل

در بیمارستان های بالای ۱۶۰ تخت در صورت نیاز صدور ابلاغ ایمنی بیمار برای **قائم مقام مسئول فنی**

در صورتیکه رئیس / مسئول فنی دارای پروانه مسئول فنی باشد الزامی به صدور ابلاغ مسئول ایمنی بیمار نمی باشد

مسئول فنی عضو ثابت تیم رهبری و مدیریت

حضور فعال در کمیته ها و در کمیته های مرگ و میر و عوارض، انتقال خون، دارو و درمان و اخلاق پزشکی **الزامی** است

پاسخگوی تمام موارد مرتبط با ایمنی بیمار به بیماران و کارکنان

حضور کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به تشخیص مسئول فنی / ایمنی بیمار در جلسات تیم رهبری و مدیریت

# ابلاغ آیین نامه شماره ۴۰۰د/۱۶۴۶۵ مورخ ۹۶/۷/۲ و ۴۰۰د/۱۵۶۷۲ مورخ ۹۶/۶/۲۰ در خصوص ضوابط و شرح وظایف مسئولین فنی

- مسئول فنی در بخش دولتی و عمومی غیر دولتی رئیس / معاونین که در چارت سازمانی تعریف شده اند
- مسئول فنی در بخش خصوصی رئیس / مدیرعامل / یکی از اعضای هیئت مدیره
- مسئول فنی در بخش خیریه رئیس / یکی از اعضای مدیره / هیئت امناء
- قائم مقام مسئول فنی باید دارای رابطه خدمتی مشخص با مرکز باشد (رسمی ، پیمانی ، قرارداد مشخص)
- جانشین مسئول فنی از میان پزشکان مقیم یا سوپروایزرها
- **پاسخگویی به مراجع ذی صلاح ، محاکم قضایی بدون قید و شرط بر عهده مسئول فنی است**
- دارای شرح وظایف جامع و شامل تمام فرایندهای بالینی و غیر بالینی و حتی پشتیبانی و نظارت بر اجرای تمام دستورالعمل ها و قوانین و استانداردهای وزارت متبوع و دانشگاه علوم پزشکی

# تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت در راستای ترویج فرهنگ بیمار محوری

- محوریت بیمار در برنامه های بیمارستان
- اجرای آموزش های مرتبط با فرهنگ ایمنی بیمار
- اجرای برنامه های تشویقی جهت نهادینه سازی فرهنگ بیمار محوری
- بررسی گزارش های فصلی از ارائه خدمات به بیماران و انجام اقدامات مداخله ای و لزوم اقدامات اصلاحی موثر
- تلاش در جهت استقرار فرهنگ بیمار محوری در تمام سطوح مدیریتی و عملکردی
- ارزیابی دسترسی بیماران به خدمات ، آموزش به بیمار و نهایت پایش شاخص رضایت مندی بیماران
- برنامه ریزی در جهت استقرار فرهنگ ایمنی توسط تیم رهبری و مدیریت و کمیته اخلاق بالینی
- پایش برنامه عملیاتی ایمنی بیمار و اقدام اصلاحی

## استفاده بهینه از ظرفیت های تخت های بستری و سرپائی

- ❖ تعیین دامنه بهینگی از ظرفیت تخت ها ( محدودده قابل قبولی که مرکز تعیین می نماید )
- ❖ تعریف شاخص های مورد نظر برای بهینگی
- ❖ اندازه گیری بهینگی (پایش نحوه گردش تخت)
- ❖ تفسیر و تحلیل نتایج و روند تخت ها
- ❖ پیش بینی شرایط تاثیرگذار روی بهینگی و بررسی تاثیر عوامل مخدوش کننده بهینگی
- ❖ طرح ریزی اقدامات / برنامه های بهبود با هدایت تیم رهبری و مدیریت و مدیر تخت
- ❖ نقش موثر مدیر تخت
- ❖ نقش کمیته اقتصاد درمان و جذب گردشگران سلامت
- ❖ وجود روش معین برای بررسی علت و تعیین تکلیف بیماران با بستری طولانی یا خارج از اندیکاسیون بخش های ویژه

بهینگی نیازمند مرجع ( ضریب اشغال / نسبت های مالی و... )

دامنه بهینگی ← شاخص ( عدد / درصد )



## استفاده بهینه از ظرفیت های تخت های ویژه با رعایت اصول کیفیت و ایمنی

- تعیین دامنه و شاخص بهینگی تخت های ویژه بیمارستان
- رعایت اتدیکاسیون تعریف شده توسط بیمارستان جهت پذیرش بیماران از نظر اورژانسی و پرخطر بودن
- تعامل و مشارکت برای جذب بیماران خارج از بیمارستان از طریق ستاد هدایت دانشگاه
- وجود روش معینی جهت بررسی علت و تعیین تکلیف بیماران با بستری طولانی مدت یا خارج از اندیکاسیون های پذیرش
- خط مشی و روش تعیین نحوه اندیکاسیون پذیرش و ترخیص بیماران بخش ویژه

## استفاده بهینه از ظرفیت های اتاق های عمل

❖ تعیین دامنه بهینگی و شاخص های مورد نظر و تحلیل عوامل مخدوش کننده بهینگی در اتاق های عمل

### زمان استفاده شده

دامنه مرجع

### معادل تمام وقت (ظرفیت قابل استفاده)

❖ محاسبه ظرفیت قابل استفاده اتاق عمل با در نظر گرفتن ظرفیت ذخیره فوریت ها و اورژانس و کیفیت و ایمنی بیمار

❖ بررسی لیست اعمال جراحی روزانه براساس تعداد اتاقهای عمل **( با احراز خالی بودن یک اتاق جهت اعمال اورژانسی )**

❖ تعیین حداقل های لازم برای انجام اعمال جراحی اعم از نیروی انسانی تجهیزات ، زمان ، مشاوره ها و سایر منابع ...

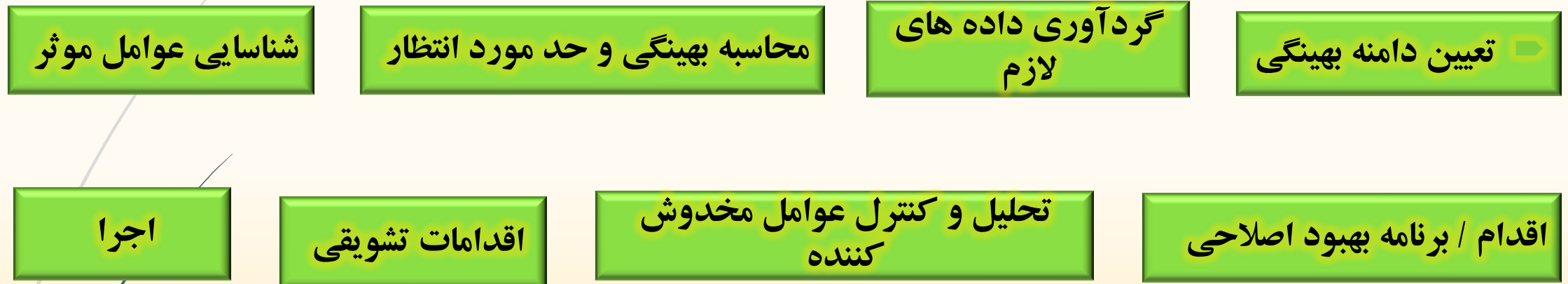
❖ شناسایی عوامل کاهش دهنده ظرفیت قابل استفاده در اتاق های عمل **( نیروی انسانی ، ظرفیت ریکاوری ، پزشکان خاص**

**، CSSD ، رزرو تخت ویژه ، کنسلی ها ، مدت زمان انتظار ، مدت زمان آماده سازی مجدد و ... )**

❖ **بررسی و تجزیه و تحلیل دلایل کنسلی و مدت انتظار بیماران برای جراحی**

❖ اقدامات / برنامه بهبود کیفیت تحت هدایت رهبری و مدیریت با رعایت اصول ایمنی و کیفیت

## استفاده بهینه از ظرفیت های گروه پزشکی برای توسعه خدمات سرپایی



در مورد بهینگی استفاده بهینه از ظرفیت گروه پزشکی بهره مندی از ظرفیت های گروههای پزشکی علاوه بر مشارکت در توسعه خدمات سرپایی در موارد دیگری مانند اورژانس، خدمات تشخیصی و بخش های بستری نیز مطرح است



معاونت درمان

## شناسایی علل ترخیص با رضایت و میل شخصی و انجام اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود

- ❖ اجرای صحیح روند ثبت ترخیص با رضایت و میل شخصی
  - ❖ تهیه فهرستی از عوامل ترخیص با رضایت شخصی
  - ❖ بررسی / تفسیر علل / اقدام اصلاحی / پایش نتایج و علل روند تکرار علت ها
  - ❖ طرح ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه
- ❖ ترک با مسئولیت شخصی میتواند در مواردی البته منطقی شاخص برخی از نا کارآمدی ها بیمارستان باشد**

## پله فرار با علایم راهنمای واضح

- دارای نرده و پلکان در همه طبقات بدون هیچ مانعی
- باز بودن مسیر های خروج و پلکان اضطراری در تمام اوقات شبانه روز
- درب ها به سمت خارج باز شود
- توجه ویژه به وضعیت درب ها و ورودی های بخش اورژانس و مراقبت های ویژه
- علائم راهنما واضح و از نوع شب نما به سمت پله فرار از داخل راهرو ها تا پله فرار در تمامی بخش ها
- دسترسی به پلکان خارجی در هر طبقه از طریق درب های مقاوم در برابر آتش و دود
- کف پاگرد ها پلکان خارجی با سازه فلزی باید از نوع ورق فلزی آجدار پوشش داده شود .

# تامین (منابع تغذیه بدون وقفه جریان برق) جهت تجهیزات حیاتی

## UPS uninterruptible power supply

- ❖ تامین و استفاده از Ups برای تجهیزات حیاتی اتاق عمل ، بخش های ویژه ، اتاق سرور ، دستگاه های حساس در آزمایشگاه و بانک خون و سایر بخش ها
- ❖ بررسی منظم و دوره ای عملکرد دستگاه تغذیه بدون وقفه و فعال شدن دستگاه پس از قطع جریان برق
- ❖ تغذیه از دو شبکه انتقال نیروی برق
- ❖ ژنراتور اصلی از نظر نوع و تعداد با توجه به شرایط بیمارستان و بررسی پایش عملکرد
- ❖ تامین سوخت حداقل برای یک هفته
- ❖ یک دستگاه ژنراتور جهت پشتیبانی ژنراتور اصلی ( برق رسانی به دستگاه اکسیژن ساز )
- ❖ توجه به دستورالعمل تامین برق ایمن به شماره ۲/۴۰۲/۲۶۴۳۸د مورخ ۳/۹/۹۵ (مطالعه و انتقال مفاهیم این دستورالعمل توسط مسئول مربوطه به کارکنان مرتبط )

## به کار گیری کارکنان بر اساس ضوابط و مقررات و شرایط احراز

❑ ممنوعیت بکار گیری اعضاء هیات علمی تمام وقت جغرافیایی در بیمارستانهای غیر دانشگاهی

❑ ممنوعیت اشتغال اعضاء هیات علمی غیر تمام وقت جغرافیایی در بیمارستانهای غیر دانشگاهی در ساعات اداری

❑ ممنوعیت بکار گیری نیروهای مشمول طرح نیروی انسانی و نیروی متخصص متعهد در مراکز غیر دانشگاهی یا بیمارستان غیر موظفی

❑ ممنوعیت بکار گیری دستیاران و دانشجویان پزشکی و پرستاری در بیمارستان های غیر دانشگاهی

✓ دستورالعمل بکارگیری دانشجویان گروه پرستاری (نامه به شماره ۱۳۹/۲۷۴/د مورخ ۹۳/۴/۱۶)

# به کارگیری کارکنان بر اساس توانمندی های عمومی و اختصاصی تعیین شده

- تدوین فهرست توانمندی های لازم هر شغل
- تعیین فرایندهای فنی و تخصصی هر بخش / واحد
- شناسایی و تعیین حداقل صلاحیت های فنی و تخصصی و ارزیابی کارکنان جدید الورد بر همین اساس
- ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی
- توانمندی اختصاصی شامل مواردی است که از نظر بیمارستان فرد نیاز به توانمندی خاصی دارد مانند هموویژولانس در آزمایشگاه یا تریاژ در اورژانس که باید به تائید مسئول فنی برسد.
- کلیه نیروهای جدید الورد تحت نظارت کارشناس ماهر دوره استاد شاگردی را طی نمایند.
- تدوین و اجرای دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد)
- فرایندهای مدیریت منابع انسانی برای پرستاران تحت مدیریت پرستاری است و در این استاندارد کارکنان غیر پرستاری مد نظر می باشد .



## احراز حداقل مهارت های ارتباطی برای کارکنان مرتبط با مراجعین و بیماران

- تعیین مصادیق ارزیابی مهارت های ارتباطی مانند نحوه بیان و رفتار
- اجرای برنامه های آموزشی در زمینه مهارت های ارتباطی برای کارکنان مرتبط
- رفتار و برخورد مناسب و حرفه ای با بیماران و مراجعین
- تدوین چک لیست و لحاظ آیتم های مرتبط با نحوه برخورد و سنجش رضایت مندی بیماران و مراجعین از نحوه برخورد کارکنان با بیماران با متد های به روز و کاربردی به عنوان مثال مصاحبه با بیماران یک هفته پس از ترخیص و سایر برنامه های نرم افزاری مانند ثبت نظرات در سایت بیمارستان و سایر روش های علمی
- پایش و اقدام اصلاحی
- احراز حداقل مهارت های ارتباطی کارکنان قبل از بکار گیری
- پیاده سازی این سنجه در محور منابع انسانی مربوط به کارکنان غیر پرستاری است و کارکنان پرستاری توسط مدیریت پرستاری انجام می شود .

## نحوه صحیح استفاده از وسایل حفاظت فردی و با بهره مندی از راهنماهای تصویری

- تامین وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش ها
- وجود راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از وسایل
- دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی در موارد نیاز
- تحویل و استفاده به موقع و مناسب کارکنان طبق ماده ۹۱ قانون کار (کارفرمایان باید برای حفاظت و تامین سلامت کارکنان امکانات و وسایل لازم را تهیه و در اختیار قرار دهند)
- انجام اقدام اصلاحی
- بررسی نتایج ارزیابی ها و شاخص های کنترل عفونت در **کمیته های مرتبط** و بررسی در جلسات تیم رهبری و مدیریت

# اقدامات و وظایف کارشناس بهداشت حرفه ای در زمینه وسایل حفاظت فردی

- ✓ برنامه ریزی و انجام نیازسنجی وسایل حفاظت فردی مورد نیاز کارکنان
- ✓ بازدید از بخش ها / واحد ها به منظور نظارت بر استفاده و نگهداری صحیح وسایل
- ✓ تحلیل نتایج ارزیابی
- ✓ استفاده از نتایج اندازه گیری عوامل زیان آور محیط کار
- ✓ اجرای برنامه های آموزشی
- ✓ بررسی و الزام تعهدات پیمانکاران جهت تامین و توزیع وسایل
- ✓ نظارت بر دسترسی وسایل حفاظت فردی در بخش های پرخطر
- ✓ تهیه کتابچه راهنما
- ✓ تهیه فهرست وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات
- ✓ همکاری و تعامل مناسب با تیم کنترل عفونت و مشارکت فعال در کمیته کنترل عفونت و حفاظت فنی و بهداشت کار

# احراز مهارت های تخصصی و ارتباطی پرستاران جهت فعالیت در بخش های بالینی

- ❖ تعیین معیارها و حداقل های مهارتهای تخصصی و ارتباطی در هر یک از بخش های بالینی توسط مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزرها و سرپرستاران بر اساس شرح وظایف
- ❖ طراحی چک لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت های تخصصی و ارتباطی پرستاران و تعیین **محدوده امتیازات لازم و مورد قبول**
- ❖ ارزیابی مهارت های تخصصی و مهارتی و تکمیل فرم مربوطه توسط سرپرستار / کارشناس خبره
- ❖ تجزی و تحلیل نتایج ارزیابی و در صورت لزوم برنامه اصلاحی در قالب **برنامه آموزشی اصلاحی**
- ❖ به کارگیری کارکنان و تعیین بخش بر اساس نتایج ارزیابی
- ❖ احراز صلاحیت و بکارگیری کارکنان پرستاری جدیدالورود و انتقالی بر اساس نتایج ارزیابی
- ❖ توزیع و چینش کارکنان پرستاری بر اساس برآورد کمی و کیفی

## توزیع و چینش کارکنان گروه پرستاری با استفاده از روش های علمی بر آورد کمی و کیفی

➤ برآورد کمی و کیفی منابع انسانی گروه پرستاری مورد نیاز در هر یک از بخش های تشخیصی و درمانی

➤ گزارش برآورد کمی و کیفی منابع انسانی توسط سرپرستاران هر یک از بخش ها

➤ جمع بندی منابع انسانی توسط مدیر پرستاری

➤ توزیع گروه پرستاری توسط مدیر پرستاری بر اساس جمع بندی انجام شده

➤ گروه پرستاری شامل پرستار ، تکنسین / کاردان / کارشناس و بالاتر اتاق عمل و بیهوشی ، بهیار و کمک بهیار می باشد

➤ لحاظ قوانین استخدام کشوری ، ارتقاء بهره وری ، روشهای سازمان بهداشت جهانی ، نگرش نظام گرا ، حجم کار ، کالیفرنیا و

سای روش های علمی در برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی پرستاری

➤ لحاظ معیارهای تجربه ، مهارت ، توانمندی، تحصیلات در برآورد کمی و کیفی بسیار مهم است

➤ مواردی مانند توزیع متوازن ، اعلام کمبود نیرو ، جبران کمبود از طریق جذب نیرو و پیش بینی روش های جایگزین از

اقدامات مدیر پرستاری می باشد .

➤ پایش مستمر نیروی انسانی از نظر کمی و کیفی و عملکرد

➤ ارائه خدمات همگن و اجرای دستورالعمل رعایت و کنترل اجرای قوانین انطباق و نامه شماره ۱۱۲۵۵۶ / ۴۰۰ مورخ

۱۴۰۰/۶/۲۰ وزارت متبوع در خصوص طرح انطباق

# بازبینی کمی پرونده های پزشکی حین فرایند ترخیص در بخش های بالینی و انجام اقدام اصلاحی

- ❖ تدوین چک لیست ممیزی پرونده های پزشکی در کمیته فن آوری و مدیریت اطلاعات سلامت
- ❖ کنترل اولیه توسط منشی بخش و بازبینی تمامی پرونده ای پزشکی قبل از ترخیص
- ❖ کنترل نهایی توسط کارشناسان بخش مدیریت سلامت بیمارستان
- ❖ ارائه بازخورد در خصوص موارد نقص به پزشک، پرستار یا سایر افراد در مستند سازی پرونده بیمار
- ❖ **همچنین موارد ذیل در تدوین چک لیست و کنترل پرونده مد نظر قرار گیرد:**
  - وجود تمامی فرم ها و ترتیب قرار گرفتن فرم ها
  - گزارشات مورد نیاز
  - تکمیل تمام اقلام اطلاعاتی فرم ها
  - ثبت تاریخ و زمان مستندات
  - ثبت مهر و امضای مستندات



# تامین ایمن گازهای طبی و نشانه گذاری و رنگ بندی کیپسول مطابق ضوابط

✓ بررسی و ثبت نوع گاز و خلوص در بدو ورود کیپسولهای گازهای طبی به مرکز

✓ اطمینان از مطابقت محتوای سیلندر گاز با مشخصات ظاهری هنگام تحویل به بیمارستان و هر گونه تحویل و تحول توسط مسئول گازهای طبی

✓ اطمینان از پر بودن کیپسولها در ابتدای هر نوبت کاری در بخش های درمانی برنامه ریزی شود

✓ نامه ابلاغی ۴۰۲/۴۵۵۷ د مورخ ۹۵/۲/۱۱ در خصوص رنگ سیلندر های گازهای طبی

## ❖ **عدم رنگ آمیزی کیپسول در بیمارستان و در صورت لزوم توسط شرکت های تولید کننده گازهای طبی**

✓ تهیه و تامین کیپسول های گازهای طبی از محل های مجاز و مورد تایید مبادی ذیربط

✓ اطمینان از مطابقت محتوای سیلندر با گاز مورد نیاز برای بیمار قبل از استفاده برای بیمار

✓ رعایت ضوابط ایمنی در تهیه ، نگهداری ، حمل و نقل

✓ استاندارد سازی محل انبارش

✓ آگاهی کارکنان از شیوه های انتقال ایمن و انجام انتقال ایمن

✓ نظارت بر حسن اجرای این استاندارد ، مسئول فنی ، مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان است

## جدول رنگ بندی استاندارد سیلندر گازهای طبی



سیکلوپروپان  
ن  
گاز اتیلن  
C<sub>2</sub>H<sub>4</sub>  
هلیوم  
HE



نوع سیلندر	علامت مشخصه سیلندر	مورد کاربرد	توضیحات
Co <sub>2</sub> دی اکسید کربن	به رنگ طوسی می باشد	عمل های لاپراسکوپی و گرایوو	استنشاق آن باعث ایجاد سرگیجه و تهوع می شود
O <sub>2</sub> اکسیژن	به رنگ سفید می باشد	اکسیژن رسانی به بیمار و ونتیلاتور	ترکیب این گازها هیدروکربن ها و روغن ایجاد احتراق و انفجار می کند.



# نکات ایمنی کپسول های گاز های طبی

معاونت درمان

- سیلندر ها در محل خود ثابت و محکم شوند
- الزام حمل کپسول با کلاهک و در هنگام انتقال رگولاتور از سیلندر باز شود
- علایم هشدار دهنده در مجاورت کپسول ها مبنی بر جلوگیری از تماس کپسول ها با روغن، گریس ، شعله ، جرقه و دخانیات
- سیلندر ها حتما به صورت ایستاده حمل و نقل شود و از کشیدن یا چرخاندن کپسول به صورت افقی اکیدا ممانعت شود
- نگهداری سیلندر در فضای محصور و مسقف و دور از نور مستقیم خورشید و تهویه مناسب
- محل نگهداری ترجیحا دارای دو درب ورودی و خروجی و قابل قفل شدن و ابعاد استاندارد درب ها
- جلوگیری از دسترسی افراد غیر مجاز
- محل دارای علایم هشدار دهنده که از فاصله ۱۵۰ سانتی قابل رویت باشد
- نظارت بر حسن اجرای دستورالعملهای کپسول های گاز های طبی بر عهده مسئول فنی / ایمنی و مسئول تجهیزات پزشکی است البته مشارکت کارکنان تاسیسات نیز در مواردی با توجه به ارتباط کاری مطرح است.

## نحوه نشانه گذاری و رنگ بندی کیپسول ها

- ✓ از هیچ گونه پوشش جهت کیپسولها استفاده نشود
- ✓ قید اطلاعات نام گاز به فارسی و فرمول شیمیایی قید نام مرکز درمانی روی بدنه سیلندر
- ✓ عدم پوشانیدن بدنه کیپسول با رنگ ، پارچه و سایر پوشاننده ها
- ✓ بررسی مستند سلامت و کارآیی (بدنه و رگولاتور) در بازه زمانی معین
- ✓ رعایت دستور العمل حداقل الزامات ایمنی نامه شماره ۴۰۰/۲ د مورخ ۹۵/۱/۴
- ✓ نظارت مستمر بر تامین اکسیژن با فشار ، جریان و خلوص مورد نیاز
- ✓ تامین ابزار سنجش میزان خلوص اکسیژن
- ✓ رعایت خلوص حداقل ۹۰٪
- ✓ رزرو کیپسول اکسیژن به تعداد کافی در موارد اضطراری و ذخیره برای شرایط غیر مترقبه

## تامین تجهیزات ضروری هر یک از بخش ها و تجهیزات پشتیبان

معاونت درمان

✓ تعیین و تصویب فهرست ضروری در کمیته درمان دارو و تجهیزات

✓ تعیین و تصویب فهرست بخش های پشتیبان در کمیته درمان دارو و تجهیزات

✓ وجود فهرست تجهیزات ضروری هر بخش / واحد و آگاهی مسئولین / کارکنان از فهرست تجهیزات  
وبازنگری فهرست ضروری و پشتیبان در بازه زمانی معین

✓ آماده به کار بودن تجهیزات ضروری

✓ تعیین فهرست تجهیزات ضروری در کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی با پیشنهاد مسئول  
تجهیزات پزشکی و تأیید مسئول فنی / ایمنی و همچنین تأیید مسئول بخش مربوطه

✓ **بخش های ویژه و اورژانس و اتاق عمل جز بخش های پشتیبان محسوب نمی شوند .**

✓ **عواملی مانند میزان در صد اشغال تخت ، چرخش تخت ، بحران ها و تنوع بیماری در تعیین فهرست  
تجهیزات بخش های پشتیبان موثر است .**



# اطلاعات شناسنامه ای ، کنترل کیفی، نگهداری پیشگیرانه ، تعمیرات و سرویس های دوره

ای

وجود شناسنامه الکترونیک تجهیزات پزشکی

✓ اطلاعات شناسنامه ای شامل نام دستگاه ، محل استقرار ، مدل ، سال نصب ، تولید ، سوابق کنترل کیفی ، شرکت نمایندگی ، سوابق نگهداشت و کد شناسه تجهیزات پزشکی

✓ به روز رسانی و اصلاح اطلاعات شناسنامه ای

✓ تجهیزاتی که امکان نصب برچسب اموال ندارند از قبیل (گوشی و فشارسنج و...) نیاز به شناسنامه ندارند

■ انبارش و اسقاط تجهیزات پزشکی مطابق ضوابط

■ تعمیرات از طریق شرکتها / نمایندگی های مجاز

■ نگهداری پیشگیرانه بر اساس بازدهای میدانی

■ سرویس دوره ای تجهیزات پزشکی حیاتی و سرمایه ای

■ کنترل کیفی تجهیزات پزشکی مطابق ضوابط

■ استفاده ایمن کاربران دائم و موقت از تجهیزات در نوبت کاری و آموزش و تسلط کاربران

■ تجهیزات پزشکی غیر فعال / معیوب - نشانه گذاری از جریان کار خارج شود

## نشانه گذاری تجهیزات پزشکی غیر فعال / معیوب و خارج نمودن از جریان کار

- نشانه گذاری تجهیزات پزشکی معیوب
- عدم وجود یا دسترسی کاربران به تجهیزات پزشکی در محل ارائه مراقبت / خدمات در تمامی بخش های سرپایی و بستری و اتاق عمل و واحد های پاراکلینیک
- عدم قرار گرفتن تجهیزات پزشکی معیوب در محدوده تجهیزات سالم به منظور جلوگیری از استفاده احتمالی از تجهیزات معیوب
- نظارت مستمر کارشناسان واحد تجهیزات پزشکی بر خروج تجهیزات معیوب از جریان کار و ثبت مستندات مربوطه

پیاده سازی استانداردهای  
اعتباربخشی ملی بیمارستانها

با آرزوی سلامتی و توفیق

در راستای ارزیابی ادواری  
۱۴۰۰ سال

رهبری و مدیریت

تهیه و تنظیم: فرامرز بهادرخان  
رئیس اداره اعتباربخشی بیمارستانها  
معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

یکم آذر ۱۴۰۰