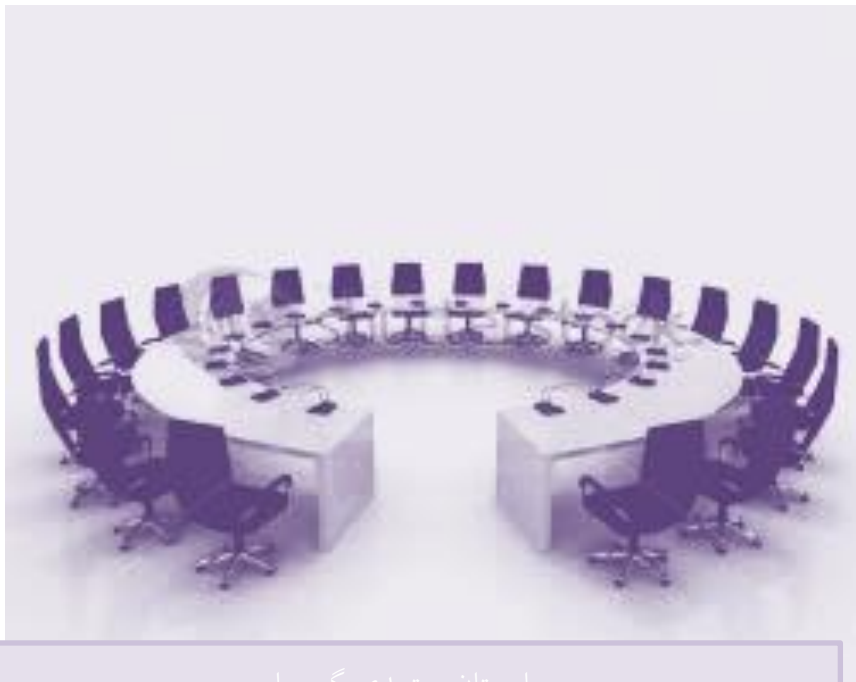


آیین نامه کمیته های بیمارستانی



بیمارستان معتمدی گرمسار

تهیه و تنظیم : واحد بهبود کیفیت

بازنگری: خرداد ۱۴۰۲

فهرست

- نقش کمیته ها در نسل نوین اعتباربخشی ۴
- لیست کمیته های بیمارستان..... ۸
- آیین نامه داخلی کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای..... ۱۰
- آیین نامه داخلی کمیته اقتصاد دارو ، درمان و تجهیزات پزشکی..... ۱۲
- آیین نامه داخلی کمیته احیاء نوزاد..... ۱۴
- آیین نامه داخلی کمیته اورژانس..... ۱۶
- آیین نامه داخلی کمیته بهداشت محیط..... ۱۸
- آیین نامه داخلی کمیته پایش و سنجش کیفیت ۲۰
- آیین نامه داخلی کمیته تریاژ ۲۲
- آیین نامه داخلی کمیته تعیین تکلیف بیماران..... ۲۴
- آیین نامه داخلی کمیته ترویج تغذیه با شیرمادر..... ۲۶
- آیین نامه داخلی کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن ۲۸
- آیین نامه داخلی کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار..... ۳۰
- آیین نامه داخلی کمیته دارو ، درمان و تجهیزات پزشکی..... ۳۲
- آیین نامه داخلی کمیته طب انتقال خون ۳۴
- آیین نامه داخلی کمیته کنترل عفونت..... ۳۶
- آیین نامه داخلی کمیته مادران نزدیک به مرگ..... ۴۰
- کمیته مدیریت اطلاعات ، سلامت و فناوری اطلاعات..... ۴۹

- آیین نامه داخلی کمیته مدیریت خطر و بلایا..... ۵۱
- آیین نامه داخلی کمیته مدیریت و ارزیابی خطا..... ۵۳
- آیین نامه داخلی کمیته مرگ و میر، عوارض و آسیب نسوج..... ۵۵
- آیین نامه داخلی کمیته مرگ ۱-۵۹ ماهه..... ۵۷
- آیین نامه داخلی کمیته مرگ مادران..... ۵۹
- آیین نامه داخلی کمیته مرگ پری ناتال..... ۶۱
- آیین نامه کمیته مدیریت سکته قلبی..... ۶۳
- آیین نامه کمیته مدیریت سکته مغزی..... ۶۵
- آیین نامه داخلی تیم مدیریت اجرایی..... ۶۷

کمیته های بیمارستانی

نقش کمیته ها در نسل نوین اعتباربخشی

براساس استانداردهای اعتباربخشی علاوه بر سند استراتژیک و برنامه ریزی های عملیاتی و بهبود کیفیت، بخش عمده ای از اطلاعات از طریق فعالیت و ارزیابی عملکرد کمیته های بیمارستانی، در بستر تیم اجرایی به تصمیم سازی های مهم و مداخلات اصلاحی منجر می شود. کمیته های بیمارستانی بازوهای مشورتی و تصمیم سازی رئیس و مدیر بیمارستان هستند و به عنوان اتاق فکر بیمارستان محسوب شده و نقش محوری در هدایت بیمارستان، برنامه ریزی، سازماندهی و هماهنگی فعالیت های بیمارستانی را انجام می دهند.

عمل گرایی و تمرکز بر نتایج واقعی و عینی عملکرد بیمارستان مد نظر نسل نوین اعتباربخشی بیمارستان هاست. بر همین اساس رعایت الزامات عمومی برگزاری جلسات کمیته های بیمارستانی، صرفاً پیش نیاز فرآیند تصمیم گیری است و موفقیت بیمارستان، بر مبنای تصمیم سازی مبتنی بر شواهد، خرد جمعی و نگرش سیستمی در این جلسات ارزیابی خواهد شد.

ساختار کمیته ها در الگوی اعتباربخشی از ۱۴ کمیته اصلی و ۶ زیرکمیته تشکیل یافته است. ملاک های ارزیابی این مهم در گام های اجرایی بسیاری از استانداردها تعریف شده اند که نقش کمیته های بیمارستانی در برنامه ریزی و هدایت سازمان ارزیابی می شود. لذا نگرش سیستمی مدیران در تحقق استانداردهای اعتباربخشی راه گشا خواهد بود.

مباحث مشترک آیین نامه داخلی کمیته ها

۱- وظایف رئیس جلسه

- ۱-۱ صیانت از دستور کار جلسه
- ۱-۲ تلاش مدیرانه جهت مشارکت کلیه اعضا
- ۱-۳ تصمیم گیری مناسب و سریع برای موارد غیر منتظره
- ۱-۴ جمع بندی مطالب مطرح شده و پیگیری مصوبات
- ۱-۵ تعامل عادلانه با کلیه اعضا

۲- وظایف دبیر کمیته

- ۲-۱ هماهنگی زمان تشکیل جلسات کمیته مربوطه با اعضای جلسه و دعوت اعضای کمیته
- ۲-۲ تنظیم دستور کار جلسه و ارسال به اعضا قبل از تشکیل جلسه
- ۲-۳ انشاء صورتجلسه، جمع آوری امضاء حاضرین در جلسه و ارسال گزارش جلسه به دفتر بهبود کیفیت (پس از هر جلسه تا ۴۸ ساعت)

- ۲-۴ پیگیری مصوبات جلسه از مسئول پیگیری در طول مدت زمان مقرر و اعلام گزارش پیگیری در جلسه بعدی

- ۲-۵ ارسال آیین نامه کمیته به عضو جدید کمیته و اخذ امضا ایشان

- ۲-۶ مساعدت و همکاری با رئیس

- ۲-۷ پیگیری جهت برگزاری جلسات جبرانی در صورت لزوم

- ۲-۸ آگاهی از آیین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بر اساس شرح وظایف ابلاغی

❖ تبصره ۱: دبیران کمیته های مرگ و میر، عوارض، آسیب شناسی نسوج، احیاء نوزاد، مرگ و میر پری ناتال، مرگ ۱-۵۹ ماه، مرگ مادران، مادران نزدیک به مرگ موظف اند دستور جلسه و نام بیمار مورد بررسی را حداقل دو روز قبل از برگزاری جلسه به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی اعلام نمایند.

❖ تبصره ۲: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی موظف است در صورت نیاز پرونده مورد نظر را به دبیر کمیته مرگ و میر، عوارض و آسیب نسوج و زیر مجموعه های آن مربوطه برگزاری جلسه خارج از نوبت ارجاع دهد. (و یا بنا به ضرورت جلسه مجزا توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی تشکیل گردد.)

❖ تبصره ۳: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی موظف است تحلیل ریشه ای وقایع (RCA) و درس های آموخته شده از پرونده های مورد بررسی را با همکاری دبیر کمیته مرگ و میر، عوارض و آسیب نسوج و زیر مجموعه های آن تدوین و در اختیار پرسنل درمان قرار دهد.

۱-۳ اعضای اصلی کمیته ابتدا با استانداردهای اعتباربخشی ابلاغی از وزارت خانه و ملزومات اعتباربخشی و سپس با توجه به شرایط بیمارستانی و صلاحدید رئیس کمیته انتخاب و به عنوان عضو کمیته در می آیند. در صورت موافقت فرد مذکور با عضویت در کمیته مذکور ابلاغ وی با امضای رئیس یا مدیر بیمارستان صادر و به او ارائه می گردد. فرد جدید بایستی آیین نامه داخلی کمیته را مطالعه و با شرح وظایف کمیته کاملاً آشنا گردد.

۲-۳ مشارکت فعال در بحث کارشناسی

۳-۳ پرهیز از پرداختن به مطالب حاشیه ای و خارج از دستور کار

۴-۳ همکاری با رئیس و دبیر کمیته

۵-۳ انجام مطالعه در صورت نیاز به اظهار نظر کارشناسی

۴- استانداردهای مشترک کمیته های بیمارستانی

۱-۴ کمیته های فوق در فواصل زمانی منظم تشکیل جلسه دهند و حداقل ۵ صورتجلسه متوالی و اخیر نزد دبیر کمیته و واحد بهبود کیفیت بیمارستان موجود باشد.

۲-۴ دبیر کمیته بایستی لیستی از اعضای هر کمیته و شرح وظایف آن ها را در اختیار داشته باشد و در رابطه با کمیته کنترل عفونت این لیست در اختیار روسای تمام بخش ها و واحدهای بیمارستان باشد.

۳-۴ آیین نامه داخلی هریک از کمیته ها باید با مشارکت اعضای کمیته تهیه شده و به تایید مدیران ارشد بیمارستان رسیده باشد.

۴-۴ پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها صورت پذیرد و مستندات مربوط به پیگیری اجرای مصوبات نزد دبیر کمیته موجود باشد.

۵-۴ مستندات نشان دهند که همه اعضای کمیته (به ویژه اعضای جدید) در مورد اهداف کمیته، شرح وظایف و آیین نامه داخلی کمیته توجیه شده و آموزش دیده اند.

۶-۴ آموزش عضو جدید توسط دبیر کمیته صورت پذیرفته و مستندات مربوطه توسط دبیر کمیته تکمیل و نگهداری گردد.

۵- دستورالعمل نحوه برخورد با عدم مشارکت اعضا در کمیته یا عدم دعوت اعضا توسط دبیر

۱-۵ در صورت عدم حضور هریک از اعضا در سه جلسه متوالی یا یک سوم جلسات متناوب در طول سال دبیر کمیته موظف است حداکثر قبل از برگزاری جلسه بعدی کارشناس بهبود کیفیت را کتباً در جریان امر قرار دهد تا موضوع توسط کارشناس کمیته ها به کمیته نظارت بر تشویق و تذکر کارکنان ارجاع شود. در

کمیته مذکور طبق آیین نامه داخلی تشویق و تذکر کارکنان اداری و درمانی در این مورد تصمیم گیری می گردد.

۵-۲ در صورت عدم دعوت هریک از اعضای اصلی کمیته از جانب دبیر، وی می تواند با استناد به آیین نامه داخلی مراتب اعتراض خود را کتباً به کارشناس مسئول کمیته ها جهت بررسی بیشتر و در صورت تکرار جهت طرح در کمیته نظارت بر تشویق و تذکر کارکنان ارجاع شود.

تبصره ۱: در صورتیکه دبیر کمیته یا عضو دعوت نشده مسئله را اعلام ننمایند. کارشناس مسئول کمیته می تواند موضوع را شخصاً پیگیری و به کمیته نظارت بر تشویق و تذکر کارکنان ارجاع نماید.

۶- تهیه دعوت نامه

۶-۱ دعوتنامه باید از طریق اتوماسیون اداری و حداقل دو روز قبل از تشکیل جلسه برای اعضاء ارسال گردد. (جهت اعضایی که دسترسی به اتوماسیون ندارند از طریق تلفن دعوت به عمل می آید).

۶-۲ لازم است در دعوت نامه ضمن دعوت از اعضاء، دستور جلسه به اطلاع آن ها رسانده شود.

۷- تهیه صورتجلسات

صورتجلسات حتماً باید شامل فهرست اسامی حاضرین، غایبین، دستور جلسه، مهمترین موضوعات مورد بحث، مصوبات، مسئول پیگیری هر مصوبه، مهلت مقرر جهت اجرا، نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل، تاریخ برگزاری جلسه فعلی و جلسه آتی باشد و علاوه بر نگهداری نزد دبیر کمیته یک نسخه به واحد بهبود کیفیت از طریق اتوماسیون ارسال گردد.

۷-۱ حتماً نام کمیته و ماه برگزاری در بالای فرم صورتجلسه نوشته شود.

۷-۲ نام رئیس و دبیر کمیته ذکر شود.

۷-۳ تاریخ و زمان برگزاری حتماً ذکر شود. (مثلاً ۱۴:۳۰ - ۱۶)

۷-۴ دستور جلسه ذکر شود.

۷-۵ خلاصه موضوعات مطروحه: در ابتدا چند خط به صورت انشائی، ذکر پیگیری مصوبات جلسه قبل و در صورت وجود گزارش اعداد و ارقام، و در انتها ذکر موارد مطروحه به صورت موردی

۷-۶ مصوبات جلسه: برای هر مصوبه مسئول پیگیری تعیین شود. (تا حدامکان از نوشتن عبارت کلیه اعضا خودداری شود).

لیست کمیته های بیمارستان

(بترتیب حروف الفبا)

- کمیته های اصلی و زیرشاخه ها

- ❖ اخلاق پزشکی
- ❖ ارزیابی و مدیریت خطا
- ❖ اقتصاد درمان ، دارو و تجهیزات پزشکی
- ✓ کسورات
- ❖ ارتقا خدمات راهبردی اورژانس
- ✓ تریاژ
- ✓ تعیین تکلیف و اعزام
- ❖ بهبود کیفیت (پایش و سنجش کیفیت)
- ❖ بهداشت محیط
- ❖ ترویج تغذیه با شیرمادر
- ❖ ترویج زایمان طبیعی و ایمن
- ❖ حفاظت فنی و بهداشت کار
- ❖ دارو، درمان و تجهیزات پزشکی
- ❖ طب انتقال خون
- ❖ کنترل عفونت بیمارستانی
- ❖ مدیریت خطر و بلایا
- ❖ مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات
- ❖ مرگ و میر ، عوارض ، آسیب شناسی نسوج
- ✓ احیاء نوزاد
- ✓ مرگ و میر پری ناتال
- ✓ مرگ ۱-۵۹ ماه
- ✓ مرگ مادران
- ❖ مادران نزدیک به مرگ
- ❖ مدیریت درمان سکته مغزی ۷۲۴
- ❖ مدیریت درمان سکته قلبی ۲۴۷

نام کمیته	نوع کمیته	سمت دبیر کمیته
۱	ترویج تغذیه با شیر مادر	کمیته اصلی
۲	ترویج زایمان طبیعی و ایمن	کمیته اصلی
۳	مرگ و میر و عوارض ، آسیب شناسی نسوج	کمیته اصلی
۴	مرگ و میر پری ناتال	زیرمجموعه کمیته مرگ و میر
۵	مرگ ۱-۵۹ ماهه	زیرمجموعه کمیته مرگ و میر
۶	احیاء نوزاد	زیرمجموعه کمیته مرگ و میر
۷	مرگ مادر	زیرمجموعه کمیته مرگ و میر
۸	مادران نزدیک به مرگ	زیرمجموعه کمیته مرگ و میر
۹	کنترل عفونت بیمارستانی	کمیته اصلی
۱۰	طب انتقال خون	کمیته اصلی
۱۱	بهبود کیفیت (پایش و سنجش کیفیت)	کمیته اصلی
۱۲	دارو ، درمان و تجهیزات پزشکی	کمیته اصلی
۱۳	مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات	کمیته اصلی
۱۴	حفاظت فنی و بهداشت کار	کمیته اصلی
۱۵	کمیته راهبردی خدمات اورژانس	کمیته اصلی
۱۶	تریاز	زیرمجموعه کمیته اورژانس
۱۷	تعیین تکلیف و اعزام	کمیته اصلی
۱۸	اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای	کمیته اصلی
۱۹	اقتصاد درمان ، دارو و تجهیزات پزشکی	کمیته اصلی
۲۰	کسورات	زیرمجموعه کمیته اقتصاد
۲۱	مدیریت خطر حوادث و بلایا	کمیته اصلی
۲۲	بهداشت محیط	کمیته اصلی
۲۳	ارزیابی و مدیریت خطا	کمیته اصلی
۲۴	مدیریت درمان سکته مغزی ۷۲۴	کمیته اصلی
۲۵	مدیریت درمان سکته قلبی ۲۴۷	کمیته اصلی

آیین نامه داخلی

کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای

- ۱- زمینه سازی جهت ایجاد اعتماد متقابل بین جامعه پزشکی و مردم و مراجعین به بیمارستان.
- ۲- اجرای استانداردهای حقوق گیرنده خدمت.
- ۳- فراهم نمودن تسهیلات اجرای احکام شرعی در بیمارستان.
- ۴- پیاده سازی نظام کارآمد رسیدگی به شکایات و ارزیابی رضایت گیرندگان خدمت .
- ۵- عملیاتی نمودن منشور حقوق بیمار.
- ۶- ارتقای سیستم رسیدگی به شکایات.
- ۷- تدوین مداخلات اصلاحی جهت افزایش رضایتمندی کارکنان.
- ۸- نظارت بر حسن اجرای آیین نامه تشویق و تذکر کارکنان.
- ۹- ارتقای سیستم رضایت سنجی -نظرسنجی و دریافت پیشنهادات از بیماران، همراهان و مردم.
- ۱۰- سیاست گذاری درخصوص تعامل با بیمار در بدو بستری، حین درمان، زمان ترخیص و پس از ترخیص.
- ۱۱- معرفی و اجرای راهکارهایی جهت معرفی بیمارستان و پزشکان به جامعه.
- ۱۲- نظارت بر حسن اجرای اخلاق پزشکی و پرستاری حرفه ای در بیمارستان.
- ۱۳- معرفی و اجرای راهکارهایی جهت ارتقای سطح کیفی اخلاق حرفه ای در بیمارستان.

دبیر کمیته : روانشناس بالینی

توالی برگزاری کمیته : هر ماه یکبار

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته	
ریاست بیمارستان	ریاست کمیته	۱
مدیریت بیمارستان	عضو کمیته	۲
مترون بیمارستان	عضو کمیته	۳
سوپروایزر آموزشی	عضو کمیته	۴
روانشناس بالینی بیمارستان	دبیر کمیته	۵
مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته	۶
مسئول کمیته های بیمارستانی	عضو کمیته	۷
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته	۸
مسئول حراست	عضو کمیته	۹
با توجه به نیاز ۲ نفر از پزشکان خوشنام و متدین	عضو مهمان کمیته	۱۰

تهیه کنندگان :	تأیید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

کمیته اقتصاد دارو ، درمان و تجهیزات پزشکی

- ۱- نظارت بر مصرف صحیح داروهای گران و پر مصرف
- ۲- تدوین خط مشی های مصرف صحیح داروهای مهم و شایع (مثل آنتی بیوتیک ها).
- ۳- تنظیم فهرستی از داروهای گران قیمت.
- ۴- تنظیم فهرستی از داروهای با بیشترین مصرف
- ۵- تهیه لیست داروهایی که امکان جابه جایی با داروهای گران قیمت را دارند.
- ۶- تدوین لیست داروهایی که ضروری هستند و باید در داروخانه و هر بخش موجود باشند.
- ۷- آشنا نمودن پزشکان و سایر پرسنل درمانی با تازه های درمان و دارو
- ۸- رسیدگی به کمبودها ، کاستی ها و مشکلات درمان و دارو.
- ۹- نظارت بر تجویز غیر مجاز دارو و برخورد با این موارد.
- ۱۰- نظارت بر نحوه مصرف داروهای مخدر در بیمارستان.
- ۱۱- برقراری مدیریت نگهداری پیشگیرانه و منظم دستگاهها و تجهیزات پزشکی
- ۱۲- آموزش مهارت استفاده از تجهیزات پزشکی به کارکنان مربوطه بیمارستان
- ۱۳- نیاز سنجی سالیانه تجهیزات مدرن جهت بیمارستان

دبیر کمیته : مسئول فنی داروخانه

توالی برگزاری کمیته : هر ماه یکبار

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته
۱ ریاست بیمارستان	ریاست کمیته
۲ مدیریت بیمارستان	عضو کمیته
۳ مترون بیمارستان	عضو کمیته
۴ مسئول امور مالی	عضو کمیته
۵ مسئول فنی داروخانه	دبیر کمیته
۶ مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته
۷ مسئول کمیته های بیمارستانی	عضو کمیته
۸ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته
۹ کارشناس تجهیزات پزشکی	عضو کمیته

تهیه کنندگان :	تأییدکنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

آیین نامه داخلی

کمیته احیاء نوزاد

- ۱- اجرای استاندارد های احیاء نوزاد.
- ۲- پیگیری تامین تجهیزات و رفع کمبودها در زمینه احیای نوزاد.
- ۳- اجرای دستورالعمل ها و بخشنامه های مرتبط با احیای نوزادان در بیمارستان.
- ۴- برنامه ریزی برای تشکیل تیم و اجرای صحیح احیاء نوزاد.
- ۵- برنامه ریزی برای کاهش موارد مرگ و میر نوزادان.
- ۶- برنامه ریزی برای کاهش عوارض ایجاد شده برای نوزاد.
- ۷- برنامه ریزی و حمایت برای شرکت پرسنل در دوره های آموزشی و بازآموزی احیای نوزادان.
- ۸- آموزش مهارت احیاء پایه و پیشرفته به پرسنل.
- ۹- ثبت دقیق احیاء نوزاد طبق بسته خدمتی احیاء نوزاد.
- ۱۰- تقویت تیم احیای نوزاد بیمارستان.
- ۱۱- تحلیل ریشه ای احیاءها به ازای هراحيای ناموفق (RCA).
- ۱۲- نظارت بر اجرای استانداردهای پرسنلی در زمینه تنظیم برنامه کاری.
- ۱۳- پایش و ارزشیابی اجرای برنامه ها و دستورالعمل های مرتبط با احیای نوزادان در بیمارستان.

دبیر کمیته : مسئول بخش زنان

توالی برگزاری کمیته : هر ماه یکبار

اعضاء کمیته

سمت در کمیته	سمت در بیمارستان	
ریاست کمیته	ریاست بیمارستان	۱
عضو کمیته	مدیریت بیمارستان	۲
عضو کمیته	متخصص بیهوشی	۳
عضو کمیته	متخصص اطفال	۴
عضو کمیته	متخصص زنان	۵
عضو کمیته	مترون بیمارستان	۶
عضو کمیته	سوپروایزر آموزشی	۷
دبیر کمیته	مسئول بخش زنان	۸
عضو کمیته	مسئول بخش اطفال	۹
عضو کمیته	مسئول بخش زایشگاه	۱۰
عضو کمیته	مسئول بهبود کیفیت	۱۱
عضو کمیته	مسئول کمیته های بیمارستان	۱۲
عضو کمیته	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۱۳

تهیه کنندگان :	تأیید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان : دکتر مجید چگینی مدیریت بیمارستان : مهندس سعید صفی اله

آیین نامه داخلی

کمیته ارتقا راهبردی خدمات اورژانس

- ۱- بررسی شاخص های اورژانس.
- ۲- ارائه راه حل های مناسب جهت ارتقاء شاخص ها.
- ۳- اندازه گیری و برنامه ریزی اصلاحی در رابطه با شاخص ها.
- ۴- بررسی مشکلات اورژانس.
- ۵- تشکیل جلسات هر سه ماه یکبار.
- ۶- بررسی آزمایشات اورژانسی "مقادیر بحرانی" انجام سی تی اسکن های اورژانسی گرافی و سونوگرافی ها.

دبیر کمیته : مسئول اورژانس

توالی برگزاری کمیته : هر سه ماه یکبار

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته
۱ ریاست بیمارستان	ریاست کمیته
۲ مدیریت بیمارستان	عضو کمیته
۳ متخصص طب اورژانس	عضو کمیته
۵ مترون بیمارستان	عضو کمیته
۶ سوپروایزر آموزشی	عضو کمیته
۷ مسئول اورژانس	دبیر کمیته
۸ مسئول رادیو لوژی	عضو کمیته
۹ مسئول آزمایشگاه	عضو کمیته
۱۱ مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته
۱۲ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته
۱۳ کارشناس کمیته های بیمارستانی	عضو کمیته
۱۴ عضو کمیته پایش سامانه مدیریت اطلاعات سلامت دانشگاه	عضو کمیته

تهیه کنندگان :	تأیید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

کمیته بهداشت محیط

- ۱- کنترل رعایت الزامات و استانداردهای واحد توسط پیمانکاران.
- ۲- سیستم کدگذاری مستند برای تجهیزات مورد استفاده در قسمت های خاص مثل بخشها، اتاق ها و دستشویی ها.
- ۳- ترکیب مواد شیمیایی و گند زداها.
- ۴- نظارت بر سیستم تهویه بیمارستان.
- ۵- سیستم جمع آوری، دفع، کنترل کیفی و دفع نهایی فاضلاب (مطابق با قوانین، مقررات و ضوابط موجود).
- ۶- کنترل حشرات و جانوران موذی.
- ۷- نظافت و گند زدایی تجهیزات شامل تجهیزات مراقبت از بیمار.
- ۸- تأمین آب سالم و بهداشتی بیمارستان.
- ۹- فرآیند عدم استفاده مجدد از اقلام یکبار مصرف.
- ۱۰- استعمال دخانیات.
- ۱۱- جداسازی مسیرها و مناطق کثیف و تمیز نظارت بر بهداشت محیط بیمارستان.
- ۱۲- نظارت بر بهداشت فردی و جمعی کارکنان.
- ۱۳- آموزش بهداشت به پرستاران، پرسنل و کارکنان.
- ۱۴- آموزش نحوه جداسازی دفع بهداشتی زباله ها به پرستاران ، پرسنل و کارکنان.
- ۱۵- نظارت بر جداسازی و دفع بهداشتی زباله ها.
- ۱۶- نظارت بر روند گواهی بهداشت عمومی کارکنان مشمول.
- ۱۷- نظارت بر اجرای دقیق مقررات مربوط به نگهداری، شستشو، ذخیره سازی و توزیع صحیح و بهداشتی البسه، ملحفه، گان، شان و

دبیر کمیته : کارشناس بهداشت محیط

توالی برگزاری کمیته : هر ماه یکبار

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته	
ریاست بیمارستان	ریاست کمیته	۱
مدیریت بیمارستان	عضو کمیته	۲
مترون بیمارستان	عضو کمیته	۳
کارشناس بهداشت محیط	دبیر کمیته	۴
مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته	۵
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته	۶
مسئول خدمات	عضو کمیته	۷
نماینده شرکت	عضو کمیته	۸
مسئول تاسیسات	عضو کمیته	۹

تهیه کنندگان :	تأیید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

آیین نامه داخلی

- ۱- هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیت های بهبود کیفیت در کل بیمارستان.
- ۲- تدوین فهرست اولویت ها و شاخص های عملکردی اختصاصی قابل اندازه گیری ، واقع بینانه و دارای زمان بندی در کل بیمارستان.
- ۳- بازنگری و تحلیل داده های جمع آوری شده با مشارکت اعضاء.
- ۴- ارائه گزارشات جمع آوری و تحلیل داده ها و مداخلات اصلاحی به مدیران و بخش های هدف (در زمینه های مدیریت، امور مالی، خدمات پزشکی، پرستاری، خدمات عمومی و پشتیبانی و خدمات پاراکلینیکی).
- ۵- نظارت مستمر بر تشکیل و اجرای مصوبات سایر کمیته های بیمارستانی .
- ۵- پایش و ارزشیابی میزان پیشرفت برنامه بهبود کیفیت، برنامه عملیاتی و اجرایی شدن برنامه های اعتبار بخشی در سطح بیمارستان.
- ۶- آموزش به پرسنل در زمینه مباحث اعتبار بخشی و بهبود کیفیت.

دبیر کمیته : مسئول بهبود کیفیت

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته	
ریاست بیمارستان / مسئول فنی	ریاست کمیته	۱
مدیریت بیمارستان	عضو کمیته	۲
مترون بیمارستان	عضو کمیته	۳
سوپروایزر آموزشی	عضو کمیته	۴
مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته	۵
کارشناس کمیته های بیمارستانی	عضو کمیته	۶
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	عضو کمیته	۷

تهیه کنندگان :	تأیید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان : دکتر مجید چگینی مدیریت بیمارستان : مهندس سعید صفی اله

آیین نامه داخلی

کمیته تریاژ و اعزام

- ۱- هماهنگی و بستر سازی مناسب برای اجرای تریاژ بیمارستانی.
- ۲- پیش بینی فضای فیزیکی و تجهیزات مناسب برای اجرای تریاژ و پیگیری جهت آماده سازی آن.
- ۳- تعیین پرستاران مناسب جهت بکارگیری در تریاژ.
- ۴- هماهنگی جهت انجام آموزش پرستاران تریاژ.
- ۵- معرفی سامانه تریاژ به سایر پرسنل مرتبط برحسب نیاز.
- ۶- نظارت بر نحوه ثبت اطلاعات توسط پرستار تریاژ و مشخص کردن فرم تریاژ مناسب.
- ۷- هماهنگی و نظارت کامل بر نحوه اجرای تریاژ از طریق ارزیابی منظم
- ۸- تشکیل جلسات ماهانه کارگروه تریاژ و ارائه گزارش عملکرد حداقل هر سه ماه به کار گروه تریاژ دانشگاه مربوطه.
- ۹- هماهنگی با معاونت درمان جهت آموزش پرسنل مختلف تریاژ.
- ۱۰- بررسی موارد خاص و موانع اجرای تریاژ و ارائه راه کار با هماهنگی کارگروه تریاژ دانشگاه.

دبیر کمیته : مسئول اورژانس

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته	
ریاست بیمارستان	ریاست کمیته	۱
مدیریت بیمارستان	عضو کمیته	۲
متخصص طب اورژانس	عضو کمیته	۳
مترون بیمارستان	عضو کمیته	۵
سوپروایزر آموزشی	عضو کمیته	۶
مسئول اورژانس	دبیر کمیته	۷
مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته	۸
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته	۹
کارشناس کمیته های بیمارستانی	عضو کمیته	۱۰
عضو کمیته پایش سامانه مدیریت اطلاعات سلامت دانشگاه	عضو کمیته	۱۱

تهیه کنندگان :	تأیید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

آیین نامه داخلی

کمیته تعیین تکلیف بیماران

- ۱- بررسی روند بستری بیماران در بخش اورژانس.
- ۲- تدوین پروتکل های مربوط به تعیین تکلیف بیماران اورژانس و سایر بخشهای بیمارستان.
- ۳- نظارت بر حسن اجرای پروتکل.
- ۴- معرفی جایگاهی به عنوان مدیریت تختهای بستری با ابلاغ از سوی ریاست بیمارستان جهت نظارت مستقیم بر روند بستری بیمار از ورود به اورژانس تا بستری و ترخیص از سایر بخشهای بستری .
- ۵- بررسی موانع موجود در بستری بیمار و رفع این موانع و طرح در کمیته تعیین تکلیف جهت تعیین روش مناسب.
- ۶- افزایش سرعت و دقت در تعیین تکلیف بیماران اورژانسی.
- ۷- افزایش تعداد مراجعین اورژانس که زیر ۶ ساعت تعیین تکلیف شده اند.
- ۸- مهندسی فرایند درمان اورژانسی به منظور انجام اقدامات اصلاحی جهت جلوگیری از تاخیر در ارائه خدمات درمانی از جمله تشخیص اولیه، انجام اقدامات پاراکلینیک، انجام مشاوره های درمانی و تشخیص نهایی.
- ۹- کاهش میزان مرگ و میر (Mortality) و ناتوان (Morbidity) ناشی از دست رفتن زمان طلایی "Golden Time" رسیدگی به بیماران.

دبیر کمیته : مسئول اورژانس

توالی برگزاری کمیته : هر سه ماه یکبار

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته	
ریاست بیمارستان	ریاست کمیته	۱
مدیریت بیمارستان	عضو کمیته	۲
متخصص طب اورژانس	عضو کمیته	۳
مترون بیمارستان	عضو کمیته	۵
سوپروایزر آموزشی	عضو کمیته	۶
مسئول اورژانس	دبیر کمیته	۷
مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته	۱۱
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته	۱۲
کارشناس کمیته های بیمارستانی	عضو کمیته	۱۳

تهیه کنندگان :	تائید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

آیین نامه داخلی

کمیته ترویج تغذیه با شیرمادر

- ۱- گنجاندن مطالب آموزشی شیرمادر در برنامه آموزشی بیمارستان.
- ۲- شرکت اعضاء دردوره های بازآموزی وکنفرانسهای برگزارشده ازسوی کمیته دانشگاهی و کمیته کشوری.
- ۳- نظارت برترخیص مادران ونوزادان بطور همزمان.
- ۴- تلاش درجهت تشکیل گروه های حامی مادران شیرده با کمک مادران شیرده موفق.
- ۵- آموزش کارکنان به صورت شرکت درکارگاه، سمینار.
- ۶- راهنمایی مادران جهت انجام مراقبتهای دوره بارداری و شیردهی در کلینیک های مربوطه.
- ۷- مشاوره شیردهی وآموزش مادران مراجعه کننده ورفع مشکلات آنها.
- ۸- فراهم نمودن تسهیلاتی جهت اقامت مادرانی که شیرخوارشان در بخش بستری است.
- ۹- بازدید و نظارت مستمر در تمامی شیفتها از بخش های مختلف اعم از اتاق زایمان، بخشهای بستری و کلینیکهای زنان واطفال به منظور بررسی چگونگی اجرای اقدامات دهگانه ونحوه آموزش مادران توسط کارکنان.
- ۱۰- تهیه گزارشهای مکتوب ازبازدیدهای به عمل آمده و ارائه آن به مدیران بیمارستان.

دبیر کمیته : مسئول زایشگاه

توالی برگزاری کمیته : هر ماه یکبار

اعضاء کمیته

سمت در کمیته	سمت در بیمارستان	
ریاست کمیته	ریاست بیمارستان	۱
عضو کمیته	مدیریت بیمارستان	۲
عضو کمیته	متخصص اطفال	۳
عضو کمیته	متخصص زنان	۴
عضو کمیته	مترون بیمارستان	۵
عضو کمیته	سوپروایزر آموزشی	۶
دبیر کمیته	مسئول زایشگاه	۷
عضو کمیته	کارشناس تغذیه	۸
عضو کمیته	مسئول بخش اطفال	۹
عضو کمیته	مسئول زنان	۱۰
عضو کمیته	مسئول بهبود کیفیت	۱۱
عضو کمیته	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۱۲
عضو کمیته	کارشناس تغذیه با شیر مادر	۱۳

تهیه کنندگان :	تائید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

آیین نامه داخلی

کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن

- ۱- بررسی شاخص های سلامت مادر و نوزاد.
- ۲- بررسی علل سزارین های انجام شده با مرور پرونده های مربوطه.
- ۳- طراحی مداخلات جهت توقف انجام سزارین های انتخابی و بدون اندیکاسیون.
- ۴- راستی آزمائی ثبت در سامانه ایمن.
- ۵- بررسی عملکرد مرکز در خصوص محورهای برنامه.
- ۶- ارائه بازخورد مناسب به کارکنان و متخصصین و ماماها.

دبیر کمیته : مسئول زایشگاه

توالی برگزاری کمیته : هر ماه یکبار

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته
۱ ریاست بیمارستان	ریاست کمیته
۲ مدیریت بیمارستان	عضو کمیته
۳ مدیر پرستاری	عضو کمیته
۴ متخصص زنان	عضو کمیته
۵ مسئول زایشگاه/ مامای مسئول بلوک زایمان	دبیر کمیته
۶ مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته
۷ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته
۸ کارشناس کمیته های بیمارستانی	عضو کمیته

تهیه کنندگان :	تائیدکنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار

- ۱- تدوین برنامه آموزشی کارکنان در زمینه ایمنی و بهداشت حرفه ای.
- ۲- تصویب و اجرایی نمودن دستورالعملهای اجرایی حفاظت فنی و بهداشت کار در بیمارستان.
- ۳- تصویب و اجرایی نمودن مداخلات مناسب جهت رفع مشکلات شناسایی شده.
- ۴- توجیه و آشناسازی کارکنان نسبت به رعایت مقررات و موازین بهداشتی و حفاظتی در محیط کار.
- ۵- آزمایش ادواری پرسنل و انجام واکسیناسیونهای ضروری.
- ۶- استفاده از وسایل و تجهیزات ایمنی، وسایل حفاظت فردی.

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته
۱ ریاست بیمارستان	ریاست کمیته
۲ مدیریت بیمارستان	عضو کمیته
۳ مترون بیمارستان	عضو کمیته
۴ سوپروایزر آموزشی	عضو کمیته
۵ کارشناس بهداشت حرفه ای و حفاظت فنی	دبیر کمیته
۶ مسئول واحد تجهیزات پزشکی	عضو کمیته
۷ مسئول واحد تاسیسات	عضو کمیته
۸ مسئول خدمات	عضو کمیته
۹ مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته
۱۰ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته
۱۱ مسئول مدیریت بحران	عضو کمیته
۱۲ کارشناس بهداشت محیط	عضو کمیته

تهیه کنندگان :	تائید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

کمیته دارو ، درمان و تجهیزات پزشکی

- ۱- تدوین فرمولاری بیمارستانی و به روز رسانی آن.
- ۲- تدوین لیستی از داروهای خود به خود متوقف شونده، داروهایی که پس از مدت زمان معینی دیگر نباید ادامه یابند و باید به پزشک معالج اطلاع داده شود.
- ۳- تدوین خط مشی های مصرف صحیح داروهای مهم و شایع (مثل آنتی بیوتیک ها).
- ۴- تنظیم فهرستی از داروهای پر خطر یا داروهای با احتمال خطر بالا.
- ۵- تدوین لیست داورهایی که ضروری هستند و باید در داروخانه و هر بخش موجود باشند.
- ۶- آشنا نمودن پزشکان و سایر پرسنل درمانی با تازه های درمان و دارو
- ۷- ایجاد هماهنگی و شرایط مطلوب در زمینه همکاری مستمر بین کادر درمان و داروی بیمارستان با مدیریت.
- ۸- رسیدگی به کمبودها ، کاستی ها و مشکلات درمان و دارو.
- ۹- نظارت بر تجویز غیر مجاز دارو و برخورد با این موارد.
- ۱۰- نظارت بر نحوه مصرف داروهای مخدر در بیمارستان.
- ۱۱- برقراری مدیریت نگهداری پیشگیرانه و منظم دستگاهها و تجهیزات پزشکی
- ۱۲- آموزش مهارت استفاده از تجهیزات پزشکی به کارکنان مربوطه بیمارستان
- ۱۳- نظارت بر نحوه ی استفاده و تعمیر تجهیزات پزشکی بحرانی بگونه ای که بیمارستان در بحران دچار اختلال در عملکرد دستگاههای بحرانی نشود.
- ۱۴- نیاز سنجی سالیانه تجهیزات مدرن جهت بیمارستان
- ۱۵- نظارت بر نحوه ی خرید و کنترل کیفیت تجهیزات پزشکی مصرفی و سرمایه ای مورد نیاز.

دبیر کمیته : مسئول فنی داروخانه

توالی برگزاری کمیته : هر ماه یکبار

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته	
ریاست بیمارستان	ریاست کمیته	۱
مدیریت بیمارستان	عضو کمیته	۲
مترون بیمارستان	عضو کمیته	۳
مسئول امور مالی	عضو کمیته	۴
مسئول فنی داروخانه	دبیر کمیته	۵
مسئول تجهیزات پزشکی	عضو کمیته	۶
کارپرداز	عضو کمیته	۷
مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته	۸
مسئول کمیته های بیمارستانی	عضو کمیته	۱۰
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته	۱۱

تهیه کنندگان :	تائیدکنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

کمیته طب انتقال خون

- ۱- تدوین برنامه کار و چگونگی اجرای دستورالعمل‌های مربوطه که توسط سازمان انتقال خون در اختیار واحد درمانی قرار میگیرد.
- ۲- بررسی و ارزیابی موارد تزریق خون در بیمارستان از نظر علت مصرف، مقدار و نتیجه هر دو مورد و توصیه‌های لازم به پزشکان در مواردی که انتقال خون الزامی نبوده است.
- ۳- رسیدگی به مواردی که عارضه‌ای در اثر تزریق خون بوجود آمده و اتخاذ تدابیری جهت جلوگیری از تکرار آن با کمک سازمان انتقال خون.
- ۴- تهیه صورتجلسه کمیته‌ها و ارسال آن به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و همچنین پایگاه انتقال خون ذیربط.
- ۵- زمان تشکیل کمیته برحسب شرایط بیمارستان و مقدار خون مصرفی توسط کمیته تعیین میگردد.
- ۶- بررسی ضرورت تهیه دستگاه گرم کننده خون جهت اتاق عمل‌ها یا بخشهای بیمارستان که مصرف کننده خون و فرآورده‌ها می باشند.
- ۷- ثبت عوارض ناخواسته انتقال خون و فرآورده‌های خونی.
- ۸- موارد مصرف خون و فرآورده‌های خونی در تمام بخشهای مصرف کننده خون و فرآورده‌های خونی .
- ۹- تزریق، ذخیره و دفع مناسب و ایمن خون و فرآورده‌های خونی.
- ۱۰- حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی در داخل و خارج از بیمارستان.
- ۱۱- پاسخ دهی موارد اورژانس و بحرانی.
- ۱۲- ایمنی کارکنان در مقابل ارگانیسم‌های پاتوژنیک و آلوده کننده .

دبیر کمیته : مسئول آزمایشگاه

توالی برگزاری کمیته : هر ماه یکبار

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته	
ریاست بیمارستان	ریاست کمیته	۱
مدیریت بیمارستان	عضو کمیته	۲
متخصص متخصص داخلی / پزشک ارشد هموویژیلانس	عضو کمیته	۳
مسئول فنی آزمایشگاه	عضو کمیته	۴
مترون بیمارستان	عضو کمیته	۵
سوپروایزر آموزشی	عضو کمیته	۶
مسئول آزمایشگاه	دبیر کمیته	۷
مسئولین بخشهای درمانی (بنابه ضرورت)	عضو کمیته	۸
مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته	۹
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته	۱۰
کارشناس کمیته های بیمارستانی	عضو کمیته	۱۱

تهیه کنندگان :	تأیید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

آیین نامه داخلی

کمیته کنترل عفونت

کمیته کنترل عفونتهای بیمارستانی به منظور گزارش گیری صحیح عفونتهای بیمارستانی و بررسی آن و ارائه راهکارهای مناسب جهت جلوگیری از بروز عفونتها و شناسایی مخاطرات پرسنلی برای یافتن رویکرد حفاظت شخصی در برابر عفونتها برگزار می گردد.

۱. به روزرسانی و مرور منظم خط مشی ها و روش های کنترل عفونت، سالانه (ای بازنگری بر اساس متون حرفه ای رایج صورت میگیرد)
۲. جمع آوری منظم و تحلیل داده های نظام مراقبت عفونت های کسب شده از بیمارستان و اثر بخشی برنامه
۳. نظارت بر اجرای خط مشی ها و روش ها تایید شده در کمیته، در تمامی بخش ها / واحدهای مربوطه
۴. نظارت بر انتقال نتایج اطلاعات عفونت های بیمارستانی به مدیران ارشد بخش ها / واحدهای مربوطه
۵. گزارش عونت های بیمارستانی به سازمان های سلامت بهداشت عمومی خارج از بیمارستان (در چهارچوب قوانین و مقررات)
۶. گزارش بیماریهای واگیر، غیر واگیر و موارد جدید، مطابق دستورالعمل وزارت متبوع
۷. نظارت بر استریل صحیح و آماده سازی پکها توسط واحد استریل مرکزی
۸. نظارت بر امحای و دفع صحیح البسه و وسایل آلوده بیماران
۹. انجام کشتهای دوره ای از محیط های درمانی و البسه و وسایل بیماران
۱۰. نظارت بر نحوه مراقبتهای پزشکی و پرستاری از بیماران عفونی
۱۱. پیگیر تشکیل پرونده بهداشتی کارکنان و انجام واکسیناسیون و معاینات دوره ای
۱۲. نظارت بر تفکیک البسه عفونی و غیر عفونی جهت شست شو

۱۳. تشخیص وضعیت عفونتهای بیمارستانی بررسی مستمر میکروارگانیسم های موجود و بررسی حساسیت و مقاومت این ارگانیسم ها درمقابل داروهای آنتی میکروبیال و ایجاد تدابیر لازم
۱۴. بررسی خطرات شغلی و راهکارهایی برای پیشگیری و اقدامات پس از ایجاد
۱۵. آموزش کارکنان در حیطه کنترل عفونت بیمارستانی
۱۶. نظارت بر نحوه جداسازی زباله های بیمارستانی به ویژه زباله های عفونی
۱۷. اجرای دستورالعمل های کنترل عفونت در اعتبار بخشی
۱۸. پایش و کنترل عفونت انجام صحیح ضدعفونی محیط های بیمارستانی و روش های صحیح استریلیزاسیون در بیمارستان

دبیر کمیته : سوپروایزر کنترل عفونت

توالی برگزاری کمیته : هر ماه یکبار

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته
۱ ریاست بیمارستان	ریاست کمیته
۲ مدیریت بیمارستان	عضو کمیته
۳ متخصص عفونی	عضو کمیته
۵ مترون بیمارستان	عضو کمیته
۶ سوپروایزر آموزشی	عضو کمیته
۷ سوپروایزر کنترل عفونت	دبیر کمیته
۸ مسئولین بخشهای درمانی	عضو کمیته
۹ مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته
۱۰ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته
۱۱ کارشناس کمیته های بیمارستانی	عضو کمیته

تهیه کنندگان :	تأیید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

آیین نامه داخلی

کمیته مادران نزدیک به مرگ

تعریف :

زنانی هستند که به علت عوارض بارداری ، زایمان و تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری تا نزدیکی مرگ رفته اما نجات یافته اند.

اهداف :

- ۱- تحلیل اطلاعات مادران نزدیک به مرگ به منظور کاهش مرگ و میر و ارتقای سلامت مادران
- ۲- تعیین فرصت ها و موانع بهبود مراقبت های مامایی
- ۳- تدوین مداخلات ملی ، دانشگاهی در راستای کاهش مرگ و میر مادری
- ۴- تشکیل تیمهای فوریت مامایی در بیمارستان به منظور درگیر نمودن افراد صاحب نظر و تصمیم گیران اصلی در جهت بهبود کیفیت مراقبت های مامایی، طراحی مداخلات بیمارستانی و نیز شناسایی موارد احتمالی آینده با هدف پیشگیری از مرگ و میر مادری
- ۵- تدوین و استفاده از پروتکل های بیمارستانی و استفاده از چک لیست های مبتنی بر شواهد در بیمارستانها و بخش های زنان و مامایی
- ۶- تعیین سرفصل ها و موضوعات و فعالیتهای آموزشی و بازآموزی در آموزش ماماها و دستیاران زنان و مامایی

مفاهیم کاربردی

۱- مادران نزدیک به مرگ *Maternal near-miss (MNM)*

منظور زنانی است که به علت عوارض بارداری، زایمان و تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری تا نزدیکی مرگ رفته اما نجات یافته اند.

خونریزی شدید دوران بارداری، پره اکلامپسی، اکلامپسی، عفونت سیستمیک و آمبولی پنج عارضه شدید دوران بارداری هستند که عوامل اصلی مرگ مادری و عوارض شدید دوران بارداری و زایمان را شامل می شوند.

۲- رویکرد مادران نزدیک به مرگ *approach Maternal near-miss*

ابزاری برای ارزیابی سیستم های بهداشتی است که به منظور ارزشیابی و بهبود کیفیت مراقبتهای مادری به بررسی موارد مادران نزدیک به مرگ می پردازد.

۳- خونریزی شدید دوران بارداری

- خونریزی به میزان ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ سی سی خون
- افزایش ضربان قلب تا ۱۲۰-۱۳۰ ضربه در دقیقه
- تنفس بین ۳۰-۴۰
- کاهش فشارخون و نبض
- کاهش برون ده ادراری به ۵-۱۵ سی سی
- هیستروکتومی به دنبال خونریزی و پارگی رحم که خونریزی را به دنبال دارد در این گروه قرار می گیرد.

۴- پره اکلامپسی شدید

- افزایش فشارخون در هنگام حاملگی پس از ۲۰ هفتهگی به میزان ۱۱۰/۱۶۰ یا بدون سردرد، تاری دید، دردایی گاستر، رال در سمع ریه، ادم جنرالیزه، تهوع و استفراغ و لیگوری.

- افزایش فشارخون ۹۰/۱۴۰ و بیشتر و پروتئینوری ۲ گرم و بیشتر در ۲۴ ساعت در نیمه دوم بارداری بدون

سابقه بیماری کلیوی یا فشارخون

۵- سپسیس (Sepsis)

عفونت منتشر شده در خون که علائم زیر را ایجاد می کند:

- درجه حرارت ۳۸ درجه و بیشتر و یا درجه حرارت ۳۶ درجه و کمتر
- ضربان قلب بیشتر از ۹۰ ضربه در دقیقه
- تنفس بیشتر از ۲۰ در دقیقه
- WBC بیشتر از ۱۲۰۰۰ و یا کمتر از ۴۰۰۰
- Bend Cell بیشتر از ۱۰ درصد

۶- آمبولی

عبارت است از انسداد شریان ریه توسط مایع آمیوتیک یا لخته در جریان خون است. علائم تب و تاکیکاردی

۷- بیماری های زمینه ای قلبی و عروقی و یا سایر

توسط متخصص قلب و عروق تایید شده باشد.

۸- مداخلات بحرانی

دسته ای از مداخلات است که به هنگام مدیریت عوارض تهدید کننده حیات به کار می روند و شامل:

- استفاده از خون و فرآورده های خونی (هر نوع فرآورده به میزان ۵ واحد)
- مداخلات رادیولوژی (آمبولیزاسیون عروق رحمی)

- لاپاراتومی و بازگشت به اتاق عمل به دنبال NVD یا C/S شامل لاپاراتومی از جمله هیستریکتومی و سایر مداخلات جراحی شکم، (به استثنای سزارین و چک کانال زایمانی تحت بیهوشی و یا ترمیم اپیزیوتومی تحت بیهوشی).

- پذیرش در ICU

۹-نارسایی ارگان ها :

- اختلال قلبی و عروقی شامل وُک : ph کمتر از ۷/۱، لاکتات بیش از ۵ میلی اکسی والان در میلی لیتر، استفاده مداوم از داروهای وازواکتیو و یا احیای قلبی عروقی
- اختلال تنفسی شامل سیانوز، تنفس بیش از ۴۰ و یا کمتر از ۶ در دقیقه ، هیپوکسی شدید، اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰٪ که بیش از ۶۰ دقیقه طول بکشد و انتوباسیون غیر مرتبط با بیهوشی
- اختلالات کلیوی شامل : الیگوری ، دیالیز ، BUN و Cr بالاتر از حد طبیعی
- اختلالات خونی/انعقادی شامل اختلال در تشکیل لخته ، ترومبوسیتوپنی حاد و شدید(کمتر از ۵۰۰۰۰ در هر میلی لیتر، INR، PT و PTT غیر طبیعی ،

ترانسفوزیون ۵ واحد یا بیشتر خون و فرآورده آن (گلبول قرمز متراکم، خون کامل ، پلاکت، FFP وکرایو)

- اختلال کبدی شامل زردی به دلیل پره اکلامپسی، افزایش بیلی روبین
- اختلال مغزی شامل اختلال در هوشیاری که بیش از ۱۲ ساعت پایدار باشد، سکتة مغزی، تشنج غیرقابل کنترل و فلج کامل

۱۰- تیم فوریت های مامایی :

این تیم شامل : مترون و سوپروایزر ، دونفر متخصص زنان(یا یک متخصص زنان و یک متخصص جراح عمومی)، متخصص بیهوشی، دونفر مامای اتاق زایمان، کارشناس مادران پرخطر و برحسب مورد سایر گروه های تخصصی(داخلی ، هماتولوژی ، قلب ، نفرولوژی و ..) مورد نیاز می باشد.

۱۱- تیم دیده بان مادران نزدیک به مرگ :

واحدکلیه واحدهایی است که به نحوی می توانند مادران نزدیک به مرگ را شناسایی و گزارش نمایند. شامل :

ردیف	واحد	فرد مسئول
۱	اتاق زایمان	مسئول اتاق زایمان یا مسئول شیفت
۲	اتاق عمل	مسئول اتاق عمل یا مسئول شیفت
۳	بخش زایمان	مسئول بخش اتاق زایمان یا مسئول شیفت
۴	تریاز اورژانس	مسئول بخش تریاز اورژانس یا مسئول شیفت
۵	دفتر پرستاری	سوپروایزر شیفت
۶	آزمایشگاه	مسئول آزمایشگاه یا مسئول شیفت
۷	بخش مراقبتهای ویژه ICU,CCU	مسئول بخش مراقبتهای ویژه یا مسئول شیفت

براساس دستورالعملهای کشوری، کمیته مورتالیتی و موریدیتی بیمارستان کمیته ایست که

معمولا متشکل از اعضای زیراست :

- رئیس بیمارستان
- مدیر یا معاون بیمارستان
- متخصص پاتولوژی و مسئول فنی آزمایشگاه
- متخصص رادیولوژی
- مسئول حاکمیت بالینی و مدیرایمنی مرکز
- سوپروایزر
- متخصصین و دستیاران مرکز بنا به ضرورت و براساس پرونده های قابل بررسی در کمیته
- متخصص پزشکی قانونی (در صورت امکان)
- متخصص بیهوشی

و بخشی از شرح وظایف :

- a. بررسی منظم همه موارد مرگ ومیر
- b. بررسی علل مرگ ومیر در بیمارستان
- c. بررسی علل عوارض بوجود آمده
- d. تهیه گزارشات کارشناسی برای ارسال بطور محرمانه به دانشگاه و مراجع قانونی
- e. برخورد با مواردیکه قصور یا تقصیر اتفاق افتاده است در حدود اختیارات بیمارستان
- f. اتخاذ رویکردهای مناسب به منظور کاهش عوارض مرگ ومیر در بیمارستان
- g. اتخاذ رویکرد مناسب جهت پیشگیری از عوارض قابل پیشگیری

h. بررسی علل ریشه ای موارد خطا و جلوگیری از وقوع آن

۱۳- کارشناس مادران پرخطر بیمارستان :

کارشناس مادران پرخطر یک نفر ماما است که مسئول شناسایی و پی گیری مادران پرخطر بوده و توسط رئیس برای وی ابلاغ زده شده است .

۱۴- متخصص مسئول مادران پرخطر :

یکی از متخصصین زنان بیمارستان که مسئول مادران پرخطر بوده و توسط رئیس بیمارستان برای وی ابلاغ زده شده است .

مراحل فرایند

الف: شناسایی مورد مبتلا به عوارض شدید بارداری و زایمان توسط

کارشناس مادران پرخطر اطلاع به مامای مسئول بارداریهای پرخطر

واحدهای دیده بان

ب: تشکیل تیم فوریت های مامایی

اطلاع مامای مسئول مادران پرخطربه سوپروایزر و تشکیل تیم فوریت های مامایی توسط سوپروایزر

ج:ارسال گزارش فوری

ثبت گزارش فوری بر روی سامانه ترجیاً در ۲۴ ساعت اول تشخیص عارضه و حداکثر ظرف ۷۲ ساعت انجام می شود.

د: ثبت اطلاعات در فرم کاغذی مادران نزدیک به مرگ

پس از تعیین فرجام مادری (ترخیص، ارجاع بیمار به بیمارستان دیگر و یا مرگ) فرم کاغذی براساس مستندات پرونده و توسط مامای مسئول مادران پرخطر تکمیل می گردد و سپس توسط متخصص زنان مسئول مادران پرخطر تایید و در اختیار کمیته مورتالیتی و موربیدیتی قرار می گیرد. (تکمیل فرمهای فوق براساس پیوست یک و دو کتابچه مربوطه)

ه: طرح موارد مادران نزدیک به مرگ در کمیته مورتالیتی و موربیدیتی بیمارستان

* براساس دستورالعمل این کمیته باید حداقل هر ماه یک بار تشکیل شود. بنابراین طرح موارد موربیدیتی به صورت ماهانه باید انجام شود.

* وظیفه تهیه مستندات به منظور ارائه در کمیته به عهده مامای مسئول مادران پرخطر است.

* متخصص و مامای مسئول مادران پرخطر بایستی در جلسات مربوط شرکت کنند.

و: ثبت اطلاعات در فرم تحت وب عوارض شدید بارداری و زایمان

براساس دستورالعمل مندرج در پیوست چهار و در سامانه زیر انجام می شود.

<http://www.iman.health.gov.ir/sites>

ز: تکمیل فرم های آماری هر سه ماه یکبار باید توسط کارشناسان تیم عوارض شدید بارداری و زایمان انجام پذیرد.

• فرم یک: موربیدیتی ها در نمونه های ممیزی شده

• فرم دو: علل شرایط تهدیدکننده حیات و نتایج شدید در مادر

• فرم سه: پیامد بارداری و پایان بارداری

• فرم چهار: بستری در بخش مراقبت ویژه

• فرم پنج: شاخص های پیامد شدید مادری و مرگ مادر

ح : ارسال گزارش تحلیلی شش ماهه

در این گزارش جمع بندی و تحلیل اطلاعات و آمار سه ماه گذشته و نیز مقایسه آن با سه ماهه قبل انجام می شود.

پایش و ارزشیابی برنامه

الف : پایش و ارزشیابی برنامه در سطح بیمارستان

- هر شش ماه با استفاده از چک لیست مربوطه و نیز فرم های ارسالی و هم چنین گزارش تحلیلی و

شاخص های هر بیمارستان انجام می شود.

- پایش در سطح بیمارستان توسط کارشناس معاونت درمان دانشگاه انجام می شود.

ب : پایش و ارزشیابی برنامه در سطح دانشگاه

پایش در دانشگاه سالیانه و توسط کارشناسان اداره مادران انجام شده و شامل:

- بررسی گزارشات تحلیلی شش ماهه دانشگاه

- بررسی شاخص های استخراج شده از فرم های یک تا پنج موربیدیتی که از دانشگاه ارسال شده است.

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته	
ریاست بیمارستان	ریاست کمیته	۱
مدیریت بیمارستان	عضو کمیته	۲
متخصص بیهوشی	عضو کمیته	۳
متخصص عفونی	عضو کمیته	۴
مسئول فنی آزمایشگاه	عضو کمیته	۵
پزشک مسئول بخش رادیولوژی	عضو کمیته	۶
متخصص زنان	عضو کمیته	۷
متخصص زنان	عضو کمیته	۸
متخصص پزشک قانونی و مسمومیتها	عضو کمیته	۹
مترون بیمارستان	عضو کمیته	۱۰
مسئول بخش زایشگاه	عضو کمیته	۱۱
مسئول بخش زنان	عضو کمیته	۱۲
مسئول کمیته های بیمارستان	عضو کمیته	۱۳
مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته	۱۴
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته	۱۵

تهیه کنندگان :	تائید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

کمیته مدیریت اطلاعات ، سلامت و فناوری اطلاعات

- ۱- تأیید فرم های بیمارستانی طراحی شده توسط واحدها و بخشها (علاوه بر ۱۸ فرم اصلی پرونده).
- ۲- اعلام نتایج ممیزی به بخشها و واحدها جهت خودارزیابی و خود اصلاحی.
- ۳- بررسی و ارزشیابی کیفیت مدارک پزشکی و سیستم کد گذاری هماهنگ با شاخصهای کیفی بیمارستان.
- ۴- پیگیری در اجرای منظم کمیته های ممیزی بالینی، استفاده از اطلاعات، اسناد و مدارک پزشکی و اجرای مصوبات آن.
- ۵- انجام مطالعات هم زمان و گذشته نگر پرونده ها.
- ۶- ایجاد نظام پرونده نویسی صحیح و علمی و در دسترس بودن گزارشات منظم ماهیانه، از عملکرد واحد اسناد و مدارک پزشکی.
- ۷- نظارت بر عملکرد سیستم فناوری اطلاعات بیمارستانی (HIS) .
- ۸- بکارگیری اطلاعات موجود در سیستم (HIS) جهت بهبود کیفیت در خدمت رسانی به بیماران و برنامه ریزی در راستای رفع نقاط ضعف بیمارستان و حفظ و ارتقای نقاط قوت آن.
- ۹- ارائه راهنمایی های لازم در زمینه ی بکارگیری و ارتقاء سیستم فناوری اطلاعات مورد استفاده در بیمارستان و نیز بکارگیری تکنولوژی مورد نیاز و به روز.

دبیر کمیته : مسئول مدارک پزشکی

توالی برگزاری کمیته : هر ماه یکبار

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته	
ریاست بیمارستان	ریاست کمیته	۱
مدیریت بیمارستان	عضو کمیته	۲
مترون بیمارستان	عضو کمیته	۳
سوپروایزر آموزشی	عضو کمیته	۴
مسئول مدارک پزشکی	دبیر کمیته	۵
مسئول IT	عضو کمیته	۶
مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته	۷
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته	۸
کارشناس کمیته های بیمارستانی	عضو کمیته	۹
عضو کمیته پایش سامانه مدیریت اطلاعات سلامت دانشگاه	عضو کمیته	۱۰

تهیه کنندگان :	تأیید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

کمیته مدیریت خطر و بلایا

- ۱- ارزیابی و اولویت بندی خطر حوادث و بلایا و تدوین اقدامات پیشگیرانه .
- ۲- ارزیابی و اولویت بندی عوامل خطرآفرین داخلی و خارجی بیمارستان و شناسایی پنج عامل اول .
- ۳- شناسایی و تدوین برنامه های پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی/توانبخشی جهت مقابله با حوادث و بلایا با رویکرد All-Hazard و پنج عامل خطر آفرین .
- ۴- تدوین و بازنگری منظم سامانه فرماندهی حادثه وجانشین های آن ، شرح وظایف و مسئولیتها ، نحوه فعال سازی و غیر فعال سازی سامانه .
- ۵- تدوین روشهای اجرایی و دستورالعملهای مرتبط با برنامه آمادگی و پاسخ به حوادث و بلایا .
- ۶- برنامه ریزی جهت برگزاری دوره های آموزشی کارکنان و اعضاء کمیته براساس نتایج ارزیابی خطر .
- ۷- برنامه ریزی جهت برگزاری تمرین های شبیه سازی شده ، مانورآتش نشانیوتخلیه در بیمارستان برای کارکنان و اعضاء کمیته در خصوص آمادگی و پاسخ به حوادث و بلایا .
- ۸- بررسی ، تحلیل وانجام اقدامات اصلاحی حوادث گزارش شده بیمارستان در زمینه های (ساختمان، تاسیسات، برق اضطراری، HIS، خرابی تجهیزات اصلی و سایر موارد) در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا .
- ۹- تحلیل نتایج اجرای کلیه برنامه های پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی حوادث و بلایا در بیمارستان که شامل پیشرفت برنامه عملیاتی براساس نتایج ارزیابی خطر، ارزیابی آموزشهای ارائه شده، انجام تمرین ها جهت آمادگی بیمارستانی و منابع مورد نیاز و ...
- ۱۰- برنامه ریزی جهت حفظ آمادگی دائمی بیمارستان برای مشارکت فعال ، موثر و همه جانبه در موارد وقوع حوادث غیرمترقبه.
- ۱۱- تقویت عملکرد و تجهیز بیمارستان در رابطه با بحران های درون و برون سازمانی
- ۱۲- نظارت و ارزیابی عملکرد بیمارستان در خصوص آمادگی و مواجهه با شرایط اضطراری.

دبیر کمیته : کارشناس مسئول مدیریت خطرو بلایا

توالی برگزاری کمیته : هر ماه یکبار

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته	
ریاست بیمارستان	ریاست کمیته	۱
مدیریت بیمارستان	عضو کمیته	۲
مسئول امور مالی	عضو کمیته	۳
مترون بیمارستان	عضو کمیته	۴
سوپروایزر آموزشی	عضو کمیته	۵
کارشناس مسئول مدیریت خطرو بلایا	دبیر کمیته	۶
مسئول حراست	عضو کمیته	۷
مسئول فنی اورژانس	عضو کمیته	۸
مسول IT	عضو کمیته	۹
مسئول خدمات	عضو کمیته	۹
مسئول اورژانس ۱۱۵	عضو کمیته	۱۰
مسئول بخش اورژانس	عضو کمیته	۱۱
مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته	۱۲
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته	۱۳
کارشناس کمیته های بیمارستانی	عضو کمیته	۱۴

تهیه کنندگان :	تأیید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان : دکتر مجید چگینی مدیریت بیمارستان : مهندس سعید صفی اله

کمیته مدیریت و ارزیابی خطا

تیم مدیریت و ارزیابی خطا با محوریت ارزیابی خطاهای پزشکی و درمانی جهت افزایش ارتقا ایمنی مددجو و کاهش بروز خطاهای درمانی زیر نظر مسئول ایمنی بیمار بیمارستان فعالیت می کند.

- ۱- جمع آوری خطاهای گزارش شده از صندوق خطا و گزارشات شفاهی
- ۲- جمع آوری و تحلیل علل ریشه ای خطاهای تأیید شده از تمام کمیته های بیمارستانی
- ۳- اقدامات برنامه ریزی شده برای پیشگیری از بروز خطاهای پزشکی
- ۴- شناسایی عوامل تهدید کننده زیر ساختی و فرآیندی در بروز خطاهای پزشکی
- ۵- بررسی بروز انواع خطاهای پزشکی تأیید شده از کمیته های مختلف بیمارستانی
- ۶- در صورت بروز ، بررسی و تحلیل علل ریشه ای وقایع تهدید کننده حیات .
- ۷- تحلیل ریشه ای خطاهای رخ داده شده و ارایه اقدامات اصلاحی با همکاری تیم مدیریت خطا
- ۸- تحلیل ریشه ای خطاهای احتمالی و ارایه اقدامات پیشگیرانه با همکاری واحد بهداشت حرفه ای
- ۹- ارایه گزارشات فصلی از بررسی تمام خطاهای رخ داده شده به واحدهای درمانی به صورت درس های آموخته شده از خطاها
- ۱۰- کمرنگ کردن سیستم توبیخ و تنبیه و استقرار سیستم تشویق گزارش دهی خطا و جلوگیری از سرزنش

کارکنان

توالی برگزاری کمیته : در قالب کمیته مرگ و میر و زیرمجموعه های آن و سایر کمیته ها برگزار می گردد و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی در صورت نیاز پرونده مورد نظر را به دبیر کمیته های مربوطه جهت برگزاری جلسه خارج از نوبت ارجاع می دهد. (برحسب ضرورت جلسه مجزا توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی تشکیل می گردد). همچنین تحلیل ریشه ای وقایع (RCA) توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی با همکاری دبیر کمیته مربوطه انجام می پذیرد.

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته
۱ ریاست بیمارستان	ریاست کمیته
۲ مدیریت بیمارستان	عضو کمیته
۳ مترون بیمارستان	عضو کمیته
۴ سوپروایزر آموزشی	عضو کمیته
۵ کارشناس مسئول مدیریت و ارزیابی خطا	دبیر کمیته
۶ سوپروایزر کنترل عفونت	عضو کمیته
۷ مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته
۸ مسئول کمیته های بیمارستان	عضو کمیته

تهیه کنندگان :	تائیدکنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

کمیته مرگ و میر، عوارض و آسیب نسوج

۱- بررسی منظم همه موارد مرگ و میر (تحلیل ریشه ای وقایع) به ویژه موارد مرگ و میر غیرمنتظره.

۲- بررسی دوره ای عوارض.

۳- اتخاذ تدابیر به منظور کاهش عوارض و مرگ و میر در بیمارستان.

۴- بررسی علل مرگ و میر در بیمارستان.

۵- گزارش تمامی بیماری ها در صورت نیاز (با توجه به مقررات وزارت بهداشت).

۶- برخورد با موارد قصور یا خطا در حدود اختیارات بیمارستان.

۷- گزارش نمونه های بیوپسی و اتوپسی و نکروپسی.

۸- پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی.

۹- بررسی مواردی که در آنها قصور رخ داده است.

۱۰- بررسی روند خطاهای انسانی که منجر به مرگ و میر و آسیب می شود.

❖ در کمیته مرگ و میر و عوارض و آسیب نسوج ضرورت دارد پزشک معتمد و پزشکان دخیل در

پرونده در جلسه دعوت گردند. حضور ایشان در جلسه الزامی است و جلسه بدون حضور ایشان

رسمیت ندارد.

دبیر کمیته : لیلا کاشانی

توالی برگزاری کمیته : هر ماه یکبار

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته
۱ ریاست بیمارستان	ریاست کمیته
۲ مدیریت بیمارستان	عضو کمیته
۳ پزشک معتمد	عضو کمیته
۴ پزشکان مرتبط با پرونده	مدعو
۵ مترون بیمارستان	عضو کمیته
۶ سوپروایزر آموزشی	عضو کمیته
۷ کارشناس پرستاری	دبیر کمیته
۸ مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته
	مسئول کمیته های بیمارستان
۹ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته

تهیه کنندگان :	تأیید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

- ۱- بررسی تحلیلی ریشه ای مرگ اتفاق افتاده و تشکیل کمیته آن به روش (RCA) .
 - ۲- تکمیل فرم های تحلیلی مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه.
 - ۳- تدوین مداخلات براساس اطلاعات به دست آمده در سطح شهرستان.
 - ۴- ارائه پیشنهاد به کمیته کاهش مرگ و میر دانشگاه برای اجرای مناسب تر مداخلات تصویب شده در سطح دانشگاه.
 - ۵- جلب همکاری بین بخشی.
 - ۶- تعیین راهکار و پیگیری اجرای راهکارها در کاهش مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه.
 - ۷- نظارت بر تشکیل و حسن اجرای وظایف کمیته مربوطه.
- ❖ در کمیته مرگ و میر و زیرمجموعه های آن ضرورت دارد پزشک معتمد و پزشکان دخیل در پرونده در جلسه دعوت گردند. حضور ایشان در جلسه الزامی است و جلسه بدون حضور ایشان رسمیت ندارد.

توالی برگزاری کمیته : هر ماه یکبار (طبق خلاصه راهنما و دستورالعمل نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماه در دانشگاه های علوم پزشکی، در صورت نداشتن مرگ هر سه ماه یک بار برگزار می گردد).

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته
۱ ریاست بیمارستان	ریاست کمیته
۲ مدیریت بیمارستان	عضو کمیته
۳ متخصص اطفال	عضو کمیته
۴ مسئول مرگ و میر کودکان شهرستان	عضو کمیته
۵ مترون بیمارستان	عضو کمیته
۶ سوپروایزر آموزشی	عضو کمیته
۷ کارشناس پرستاری	دبیر کمیته
۸ مسئول بخش اطفال	عضو کمیته
۹ مسئول زنان	عضو کمیته
۱۰ مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته
۱۱ مسئول کمیته های بیمارستان	عضو کمیته
۱۲ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته

تهیه کنندگان :	تأییدکنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

آیین نامه داخلی

کمیته مرگ مادران

۱- بررسی مراقبتهای بارداری، مرگ مادریا وقلیع بحرانی نزدیک به مرگ مادر و عملکرد کارکنان مامایی در مراکز بهداشتی و درمانی وپایش نحوه ارائه خدمت در بخش زایمان و بررسی خطاهای پیش آمده ، جهت پیشگیری از بروز خطاهای احتمالی در آینده.

۲- بررسی و ارائه راهکارهای مناسب برای کاهش مرگ ومیر ناشی از بارداری و زایمان و پس از زایمان.

۳- انجام اقدامات برای درمان پرخطر در سطح بیمارستان و بررسی مشکلات مربوط به آن.

۴- بررسی خدمات بیمارستانی شامل خدمات اتاق زایمان، اتاق عمل و post partom

۵- ارائه مراقبتهای ادغام شده مطابق دستورالعمل مراقبتهای خارج بیمارستانی به مادران باردار.

۶- شناسایی درست موارد پرخطر و ارجاع به موقع آنها به مراکز درمانی سطوح بالایی.

۷- برنامه ریزی و آموزش سالیانه به کارکنان مرتبط جهت آشنایی با موارد پرخطر .

۸- کاهش میزان مرگ ومیر پری ناتال، حین بارداری، زایمان زودرس وبعد از آن.

پایش و ارزیابی نحوه ارائه خدمت در واحدهای زایمان و post partom .

۹- شناسایی درست موارد پرخطر در بخش زایمان توسط پرسنل مامایی و متخصص زنان.

❖ در کمیته مرگ و میر و زیرمجموعه های آن ضرورت دارد پزشک معتمد و پزشکان دخیل در پرونده

در جلسه دعوت گردند. حضور ایشان در جلسه الزامی است و جلسه بدون حضور ایشان رسمیت

ندارد.

دبیر کمیته : مسئول زنان

توالی برگزاری کمیته : هر ماه یکبار

اعضاء کمیته

سمت در کمیته	سمت در بیمارستان	
ریاست کمیته	ریاست بیمارستان	۱
عضو کمیته	مدیریت بیمارستان	۲
عضو کمیته	متخصص زنان	۳
عضو کمیته	مترون بیمارستان	۴
عضو کمیته	سوپروایزر آموزشی	۵
عضو کمیته	مسئول زایشگاه	۶
عضو کمیته	مسئول بخش اطفال	۷
دبیر کمیته	مسئول زنان	۸
عضو کمیته	مسئول بهبود کیفیت	۹
عضو کمیته	مسئول کمیته های بیمارستان	۱۰
عضو کمیته	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۱۱

تهیه کنندگان :	تائید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

کمیته مرگ پری ناتال

۱- بررسی تحلیلی علل تولد نوزادان زیر ۱۵۰۰ گرم.

۲- بررسی تحلیلی علل مرگ نوزادان براساس سن تولد.

۳- تعیین راهکار جهت کاهش هرنوع عارضه ی بیمارستانی و آسیب به نوزاد.

۴- تشکیل کمیته ی مرگ نوزاد به روش RCA درمورد هر مرگ.

❖ در کمیته مرگ و میر و زیرمجموعه های آن ضرورت دارد پزشک معتمد و پزشکان دخیل در پرونده

در جلسه دعوت گردند. حضور ایشان در جلسه الزامی است و جلسه بدون حضور ایشان رسمیت

ندارد.

دبیر کمیته : مسئول زایشگاه

توالی برگزاری کمیته : هر ماه یکبار

اعضاء کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته	
ریاست بیمارستان	ریاست کمیته	۱
مدیریت بیمارستان	عضو کمیته	۲
متخصص اطفال	عضو کمیته	۳
متخصص زنان	عضو کمیته	۴
مترون بیمارستان	عضو کمیته	۵
سوپروایزر آموزشی	عضو کمیته	۶
مسئول زایشگاه	دبیر کمیته	۷
مسئول بخش اطفال	عضو کمیته	۸
مسئول زنان	عضو کمیته	۹
مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته	۱۰
مسئول کمیته های بیمارستان	عضو کمیته	۱۱
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته	۱۲

تهیه کنندگان :	تأیید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

کمیته مدیریت درمان سکته قلبی

در هر بیمارستان مجری برنامه مدیریت درمان سکته حاد قلبی، باید کمیته ای تحت عنوان سکته های قلبی تشکیل شود. ریاست این کمیته به عهده رییس بیمارستان بوده، دبیر علمی آن که یک اینترونشنال کاردیولوژیست است، توسط رییس بیمارستان انتخاب می گردد. وظایف این کمیته به شرح زیر است:

- ❖ تنظیم برنامه عملیاتی دستیابی به الزامات برنامه مطابق چک لیست ارزیابی شماره ۲ با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه
- ❖ تامین تجهیزات و نیروی انسانی آموزش دیده متناسب برای اجرای برنامه با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه
- ❖ صدور ابلاغ مسئولیت افراد مسئول اجرای برنامه در بیمارستان
- ❖ فرآیند اجرایی پذیرش، تریاژ سریع و هماهنگی دریافت خدمات مدیریت درمان سکته حاد قلبی با مسوولیت رئیس بیمارستان، نظارت معاون درمان یا مدیر بیمارستان و هماهنگی مسوول اورژانس و اینترونشنال کاردیولوژیست
- ❖ هماهنگی با اورژانس محلی و برگزاری دوره های آموزشی برای تکنسین های اورژانس ۱۱۵ مطابق طرح درس پیوست شماره ۶ این دستورالعمل
- ❖ تدوین فرآیند اعلام کد ۲۴۷ در بیمارستان و اطمینان از آشنایی کلیه پرسنل با نحوه اجرای آن
- ❖ اطمینان از آموزش پرسنل درگیر در آنژیوپلاستی اولیه مطابق پیوست شماره ۶ این دستورالعمل (به ویژه دوره احیای قلبی پیشرفته و اصول کار با دستگاه بالن پمپ)
- ❖ طراحی فرآیند کنترل کیفی روتین دستگاه ها و انجام کالیبراسیون های مورد نیاز
- ❖ نظارت دوره ای بر کنترل کیفی دستگاه ها و مرور داده های مربوط به کنترل کیفی روتین و یا انجام کنترل های کیفی خاص به صورت دوره ای و تطبیق با استانداردهای تکنیکی
- ❖ تامین زیرساخت پشتیبانی سامانه ثبت، نظارت بر ثبت و گزارش دهی و ارزیابی شاخص های مدیریتی برنامه
- ❖ تدوین و اجرای فرآیند رضایت سنجی مراجعین و ارزیابی گزارش های دوره ای آن
- ❖ طراحی و اجرای فرآیند آموزش بیمار و همراهان وی درخصوص مراقبت های پس از خدمت و پیگیری درمان

مسئولیت نظارت بر اجرای دستورالعمل فنی برنامه، رعایت زمان های مهم، بررسی دلایل ترومبولیتیک تراپی یا no reperfusion در بیمارستان ۲۴۷ و ثبت اطلاعات در سامانه، به عهده رئیس بیمارستان است. وی باید گزارش های دوره ای مشکلات مشاهده شده را در جلسه کمیته بیمارستانی مطرح نموده، اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه را به تصویب کمیته برساند و تا حصول نتیجه پیگیری نماید.

مدیر درمان بیمارستان ۲۴۷ باید در دوره آموزشی مدیریت درمان سکته حاد قلبی (مطابق پیوست شماره ۶ شناسنامه استاندارد خدمات مدیریت درمان سکته حاد قلبی) مصوبه کمیته تخصصی معاونت درمان شرکت نماید.

در بیمارستان هایی که شرایط انجام آنژیوپلاستی را ندارند، اطمینان از وجود داروی ترومبولیتیک مناسب الزامی است.

دبیر کمیته : مسئول بخش CCU

توالی برگزاری کمیته : فصلی

اعضای کمیته

سمت در کمیته	سمت در بیمارستان	
ریاست کمیته	ریاست بیمارستان	۱
عضو کمیته	مدیریت بیمارستان	۲
عضو کمیته	متخصص قلب	۳
عضو کمیته	رئیس بخش	۴
عضو کمیته	مترون	۵
عضو کمیته	سوپروایزر آموزشی	۶
دبیر کمیته	سرپرستار CCU	۷
عضو کمیته	سرپرستار اورژانس	۸
عضو کمیته	مسئول بهبود کیفیت	۹
عضو کمیته	مسئول کمیته های بیمارستان	۱۰
عضو کمیته	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۱۱

تهیه کنندگان :	تأیید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

کمیته مدیریت درمان سکته مغزی

در هر بیمارستان مجری برنامه ۷۲۴ باید کمیته ای تحت عنوان کمیته راهبردی سکته های مغزی بیمارستان تشکیل شود. ریاست این کمیته به عهده رییس بیمارستان بوده، دبیر علمی آن که یک نورولوژیست است، که توسط مدیر گروه نورولوژی معرفی و توسط ریاست بیمارستان انتخاب و ابلاغ می گردد، دبیر اجرایی کمیته (معاون درمان بیمارستان) در صورت وجود می باشد. سایر اعضای کمیته مترون بیمارستان، رئیس بخش اورژانس، سوپروایزر اورژانس، استروک یونیت یا SCU، مسئول بهبود کیفیت، کارشناس مسئول کمیته های بیمارستانی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی، به علاوه سایر اعضای پیشنهادی دبیر کمیته می باشند. وظایف این کمیته به شرح زیر است:

- ❖ ارزیابی و دستیابی به الزامات برنامه مطابق چک لیست های ارزیابی با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه
- ❖ تامین تجهیزات و نیروی انسانی آموزش دیده متناسب برای اجرای برنامه با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه
- ❖ تهیه ابلاغ مسوولیت افراد مسوول اجرای برنامه در بیمارستان
- ❖ ابلاغ شرح وظایف پرسنل درگیر در ارائه خدمات مطابق با الزامات بخش مشخصات فنی این دستورالعمل
- ❖ طراحی و تصویب و ابلاغ فرایند اجرایی پذیرش، تریاژ سریع و هماهنگی دریافت خدمات مدیریت درمان سکته حاد مغزی با مسوولیت رئیس بیمارستان، نظارت مدیر بیمارستان و هماهنگی مسوول اورژانس و نورولوژیست در مرکز مراقبت های ویژه سکته حاد مغزی
- ❖ تدوین فرایند اعلام کد سکته حاد مغزی/کد ۷۲۴ در بیمارستان و اطمینان از آشنایی کلیه پرسنل با نحوه اجرای آن
- ❖ تنظیم برنامه مقیمی یا آنکالی ۲۴ ساعته ۷ روز در هفته برای نورولوژیست و پرسنل واحدهای مراقبت سکته حاد مغزی و نظارت بر روند اجرای آن
- ❖ برآورد و تامین داروی مورد نیاز ترومبولیتیک تراپی برای واحدهای SCU باهماهنگی معاونت درمان و غذا و دارو در دانشگاه
- ❖ اطمینان از آموزش پرسنل درگیر در درمان سکته حاد مغزی (فرایند و زمانبندی ارائه خدمات / درمانهای اولیه / درمانهای تکمیلی / اعزام بیمار)

- ❖ طراحی فرایند کنترل کیفی روتین دستگاه ها و انجام کالیبراسیون های مورد نیاز
- ❖ نظارت دوره ای بر کنترل کیفی دستگاه ها و مرور داده های مربوط به کنترل کیفی روتین و یا انجام کنترل های کیفی خاص به صورت دوره ای و تطبیق با استانداردهای تکنیکی
- ❖ تامین زیرساخت پشتیبانی سامانه ثبت، نظارت بر ثبت و گزارش دهی و ارزیابی شاخص های مدیریتی برنامه

دبیر کمیته : مسئول بخش اورژانس

توالی برگزاری کمیته : فصلی

اعضای کمیته

سمت در بیمارستان	سمت در کمیته	
ریاست بیمارستان	ریاست کمیته	۱
مدیریت بیمارستان	عضو کمیته	۲
متخصص نورولوژیست	عضو کمیته	۳
رئیس بخش اورژانس	عضو کمیته	۴
مترون	عضو کمیته	۵
سوپروایزر آموزشی	عضو کمیته	۶
سرپرستار اورژانس	دبیر کمیته	۷
مسئول بهبود کیفیت	عضو کمیته	۸
مسئول کمیته های بیمارستان	عضو کمیته	۹
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	عضو کمیته	۱۰

تهیه کنندگان :	تأیید کنندگان :
مسئول کمیته های بیمارستان + اعضای کمیته	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان

آیین نامه داخلی تیم مدیریت اجرایی

(تیم مدیریت و رهبری)

تدوین : دفتر بهبود کیفیت

اهداف و شرح وظایف تیم مدیریت اجرایی بیمارستان :

- ✓ تدوین برنامه استراتژیک ۳ تا ۵ ساله بیمارستان
- ✓ بازنگری برنامه استراتژیک بیمارستان
- ✓ نشر بیانیه رسالت بیمارستان در تمامی قسمت ها به نحوی که تمامی کارکنان از آن اطلاع داشته باشند.
- ✓ تعیین سیاستها و خط مشی های کلان بیمارستان به صورت شفاف و واضح
- ✓ تعیین ایمنی بیمار و ارتقاء مستمر کیفیت به عنوان اولویت های استراتژیک بیمارستان و نظارت بر اجرای آن در قالب برنامه عملیاتی در کل بیمارستان
- ✓ تخصیص منابع به بخش ها و واحدها به منظور دستیابی به اهداف استراتژیک سازمان
- ✓ نظارت بر اجرای برنامه عملیاتی مناسب در کل بیمارستان برای بهبود کیفیت و ایمنی بیمار و دستیابی به اهداف استراتژیک بیمارستان

- ✓ مشارکت در تدوین برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار
- ✓ نظارت بر تعیین و تحلیل شاخص های کلیدی عملکرد و انجام اقدامات اصلاحی در تمام بخش ها و واحدهای بیمارستان از جمله واحدهای برون سپاری شده
- ✓ کسب اطمینان از انجام اقدامات لازم در خصوص گزارش های ارزیابی و یا سازمان های قانون گذار از جمله اعتبار بخشی
- ✓ کسب اطمینان از استفاده بهینه منابع فیزیکی، انسانی و مالی در بیمارستان
- ✓ کسب اطمینان از بازنگری منظم آیین نامه ها، دستورالعمل ها و خط مشی های داخلی بیمارستان (حداقل سالانه)
- ✓ انتصاب یکی از کارکنان بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار
- ✓ انتصاب مسئول فنی به عنوان مسئول ایمنی در بیمارستان
- ✓ اجرای بازدیدهای منظم مدیریتی
- ✓ بررسی برنامه ها و پیشنهادهای ارائه شده از سوی تیم مدیریت اجرایی بیمارستان و تصویب موارد مورد قبول
- ✓ کسب اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با قوانین، مقررات و استانداردهای نهادهای ناظر و سیاستگذار
- ✓ کسب اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با مأموریت، اهداف، برنامه ها و آیین نامه های داخلی سازمان
- ✓ کسب اطمینان از رعایت حقوق گیرندگان خدمت و کارکنان بیمارستان
- ✓ نظارت برگزاری کمیته های بیمارستانی و پایش میزان اجرایی شدن مصوبات آن و ارائه مداخلات اصلاحی

دبیر تیم مدیریت و رهبری: مسئول بهبود کیفیت

اعضاء تیم :

ردیف	سمت	مسئولیت در تیم
۱	ریاست مسئول فنی.مسئول ایمنی	ریاست
۲	مدیریت	عضو
۳	پزشک داروساز	عضو
۴	مدیر منابع انسانی	عضو
۵	مدیر خدمات پرستاری	عضو
۶	سوپروایزر آموزشی	عضو
۷	مسئول امور مالی	عضو
۸	مسئول فناوری اطلاعات	عضو
۹	مسئول بهبود کیفیت	دبیر
۱۰	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	عضو

وظایف اعضای تیم اجرایی بیمارستان

- ✓ ریاست بیمارستان ، ریاست تیم را بر عهده دارد و مسئول بهبود کیفیت به عنوان دبیر کمیته فعالیت می نماید.
- ✓ کلیه اعضای کمیته با حکم کتبی ریاست بیمارستان منصوب خواهند شد و یک نسخه از ابلاغ اعضا در پرونده کمیته نگهداری خواهد شد. اعضای کمیته با توجه به اهداف کمیته که به صورت ابلاغ شده در اختیار آنان قرار می گیرد در جلسات شرکت می نمایند و در تصمیم گیری ها و مصوبات ایفای نقش دارند.
- ✓ اعضای کمیته با دریافت ابلاغ عضویت در کمیته ، نسبت به شرکت در جلسات ملزم گردیده و بنا به هر دلیلی در صورت عدم شرکت در جلسه دبیر کمیته را در جریان قرار خواهند داد .
- ✓ غیبت غیر موجه و یا بدون اطلاع قبلی بیش از ۲ جلسه متوالی و یا ۴ جلسه متناوب در سال در جلسات کمیته توسط دبیر کمیته به اطلاع ریاست بیمارستان می رسد تا در این خصوص تصمیم گیری لازم (از جمله : اخطار کتبی یا کسر مزایا و یا جایگزینی عضو دیگر و ...) به عمل آید .
- ✓ هماهنگی برای مکان برگزاری جلسات و تنظیم برنامه زمان بندی آن توسط دبیر کمیته صورت خواهد گرفت.
- ✓ راس ساعت اعلامی جلسه شروع به کار می کند
- ✓ در صورت تاخیر بیش از سی دقیقه عضو حق ورود به جلسه را ندارد .
- ✓ حداکثر مدت زمان اختصاص داده شده به هر جلسه دو ساعت می باشد.
- ✓ صورتجلسات کمیته پس از تشکیل کمیته توسط دبیر تنظیم و برای اعضای کمیته ارسال می گردد اعضا ضمن مطالعه و امضاء آن ، نسبت به پیگیری مفاد صورتجلسات متعهد می گردند .

✓ صورتجلسات کمیته شامل فهرست اسامی حاضرین، غائبین، مهمترین موضوعات مورد بحث، مصوبات، مسئول پیگیری هر مصوبه، مهلت مقرر جهت اجرا، نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل، تاریخ برگزاری جلسه فعلی و جلسه آتی میباشد.

✓ کلیه صورتجلسات نزد دبیر کمیته نگهداری خواهد شد.

✓ برحسب نیاز و پیشنهاد ریاست و دبیر کمیته، این آیین نامه بازنگری خواهد شد.

زمان تشکیل جلسات تیم : به صورت ماهانه در دفتر ریاست بیمارستان برگزار می گردد.

شایان ذکر است حضور (نصف + ۱) نفر از اعضاء برای تشکیل جلسات الزامی می باشد.

تصویب کننده : این آیین نامه در تیم مدیریت اجرایی مورد تایید و تصویب قرار گرفته و لازم الاجرا خواهد بود.