1900

آیین نامه کمیته های

بیمارستان رضوی

واحد بهبود کیفیت

آئین نامه کمیته های بیمارستان رضوی

فهرست مطالب

فصل اول : چارچوب کمیته

۱. مقدمه ۶

۲. هدف ۶

۳. رسالت ۶

۴. نقش کمیته ۷

۵. چارت سازمانی

۱-۵ کمیته های اصلی بیمارستان ۸

۲-۵ کمیته های فرعی بیمارستان..... ۹

۶. شرح وظیفه کمیته ۱۰

۷. اعضاء کمیته..... ۱۰

۲-۳-۷ شرح وظایف اعضا ثابت تمام کمیته های

شرح وظیفه رئیس کمیته ۱۲

شرح وظیفه مدیرداخلی ۱۲

مدیر پرستاری ۱۳

مسئول ایمنی/کارشناس هماهنگ کننده فعالیت ایمنی بیمار..... ۱۳

مدیر بهبود کیفیت ۱۳

شرح وظایف دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان..... ۱۳

شرح وظایف اعضا ثابت کمیته ۱۴

۸. ارزیابی عملکرد کمیته ها ۱۴

۹. نحوه تعامل کمیته با سایر کمیته ها و تیم رهبری و مدیریت بیمارستان..... ۱۴

۱۰. کمیته های مشترک ۱۵

۱۱. برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته ها..... ۱۶

۱۲. رسمیت یافتن جلسه ۱۷

۱۳. دستور کار جلسه ۱۷

۱۴. صورتجلسه کمیته ۱۷

۱۵. مصوبات کمیته ۱۷

۱-۱۵ استاندارد مصوبات ۱۷

۲-۱۵ ارزیابی اثربخشی مصوبات کمیته ۱۸

۱۶. شرایط غیبت اعضا وبرگزاری جلسات ۱۸

۱۷. مستند سازی سوابق جلسات ۱۸

۱۸. نحوه پیگیری مصوبات ۱۹

فصل دوم : اعضا و شرح وظایف کمیته های اصلی بیمارستان

۱. کمیته رهبری و مدیریت ۲۱

۲. کمیته پایش و سنجش کیفیت ۲۵

۳. کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات ۲۶

۴. کمیته اخلاق بالینی ۲۸

۵. کمیته پیشگیری و کنترل عفونت ۳۰

۶. کمیته بهداشت محیط ۳۲

۷. کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلایا ۳۴

۸. کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار ۳۶

۹. کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن ۳۸

۱۰. کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر ۴۰

۱۱. کمیته درمان ، دارو و تجهیزات پزشکی و کمیته جذب، ممیزی و مالی پزشکان و اقتصاد سلامت ۴۲

۱۲. کمیته مرگ و میر و عوارض و زیر کمیته های مربوط ۴۶

شرح وظایف کمیته مرگ و میر ۴۷

شرح وظایف کمیته ۱ تا ۵۹ ماه ۴۸

شرح وظایف کمیته احیاء نوزاد ۴۹

شرح وظایف کمیته مرگ مادر و پریناتال ۴۹

۱۳. کمیته طب انتقال خون ۵۰

۱۴. کمیته ارتقای راهبردی خدمات بخش اورژانس ۵۲
۱۵. کمیته مستقل تغذیه بالینی ۵۴

فصل سوم : اعضا و شرح وظایف کمیته های فرعی بیمارستان

۱. کمیته IPD ۵۸
۲. کمیته ارتقاء سلامت ۵۹
۳. کمیته تحول منابع انسانی و رفاهی ۶۲
۴. کمیته تخلفات ۶۳
۵. کمیته سیاست گذاری پرستاری ۶۴
۶. کمیته تعیین خسارت ۶۴
۷. کمیته مدیریت بهره برداری از خدمات آزمایشگاهی بیمارستان ۶۴
۸. کمیته خرید ۶۵
۹. کمیته مدیریت سبز ۶۶

منابع ۶۸

تایید کنندگان ۶۹

فصل اول

چارچوب کمیته

۱. مقدمه

اساس تشکیل کمیته ها و جلسات، همفکری و مشورت برای تعیین و شناسایی چالش های سازمان، ارائه بهترین راه کار برای رفع مشکلات با توجه به نقاط ضعف و قوت و همچنین پیگیری مستمر برای حصول نتیجه مورد نظر میباشد. بدیهی است که انجام اثر بخش این امر مهم نیازمند اهتمام و همکاری کلیه اعضای کمیته ها میباشد. یکی از اهداف مهم تشکیل کمیته ها ایجاد یک اتاق فکر منسجم و متخصص برای برنامه ریزی، سازماندهی و هماهنگی فعالیتهای بیمارستانی در جهت حصول اهداف کلی واختصاصی بیمارستان با استفاده از همفکری و خرد جمعی است.

آئین نامه کمیته های بیمارستان رضوی بر اساس راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران ویرایش چهارم / سال ۹۸ و دستورالعمل ها و راهنماهای ابلاغی خارج سازمان تهیه و با تایید و تصویب مدیرعامل بیمارستان به دبیران کمیته ها مربوط ابلاغ می گردد.

اهداف و شرح وظایف هر کمیته در اولین جلسه بعد از ابلاغ برای تمام اعضا کمیته قرائت می شود تا اهداف و شرح وظایف کمیته برای تمام اعضا روشن شود و مباحث در چارچوب های یاد شده مطرح گردد. چنانچه کمیته عضو جدید داشته باشد موارد مذکور به ایشان تفهیم می گردد.

با توجه به ابلاغات خارج سازمانی مبنی بر تشکیل کمیته های متعدد منطبق با دستورالعمل های ابلاغی خارج سازمانی ، غیر قابل پیش بینی می باشد و الزام آئین نامه داخلی کمیته ها مرتبط با کمیته های اصلی و منطبق با استانداردهای اعتباربخشی ملی است لذا اعضا و شرح وظایف برای کمیته های فرعی منطبق با دستورالعمل های ابلاغی خارج سازمان به پیوست آئین نامه به واحدهای مرتبط ارسال می گردد.

۲. هدف :

اخذ مشارکت از صاحبان فرآیند و ذینفعان بیمارستان جهت دستیابی به بالاترین استانداردهای ملی و بین المللی

۳. رسالت :

کمک به ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی بیماران و ارائه راه حل های مداخله ای جهت برخورد با چالش ها، بازنگری و بهبود فرآیندهای جاری بیمارستان با تکیه بر مشارکت وهمفکری کارشناسان و متخصصین

۴.نقش کمیته:

۱) کمیته ها بازوهای مشورتی و تصمیم گیری مدیرعامل بیمارستان هستند.

۲) کمیته ها به عنوان اتاق فکر بیمارستان هستند .

۳) کمیته ها برنامه ریزی سازماندهی و هماهنگی فعالیت های بیمارستانی را انجام می دهند .

۴) کمیته ها زمینه ی مشارکت فعال پرسنل را ایجاد می کنند.

۵) کمیته ها بازتاب فعالیت های بیمارستان به شمار می آیند.

۶) کمیته ها محل تصمیم گیری گروه های تخصصی می باشند .

۷) کمیته ها محور هدایت بیمارستان ها هستند.

۵.چارت سازمانی

۵-۱ کمیته های اصلی بیمارستان (مطابق با استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران)

۲-۵ کمیته های فرعی بیمارستان (مطابق با دستورالعمل های خارج سازمان)

۶. شرح وظیفه کمیته

۶-۱ بررسی و اصلاح فرآیندهای معیوب جاری در بیمارستان

۶-۲ ترویج فرهنگ استفاده از خرد جمعی

۶-۳ جستجو و شناسایی مشکلات، نارسائی ها و کمبودها در بیمارستان

۶-۴ ارائه راه حل و راه کارهایی جهت رفع مشـــکلات، نارســـائی ها و ارائه راه کارهایی جهت ارتقاء کیفیت وبهینه کردن فعالیت های بیمارستانی

۶-۵جستجو، شناسایی و ارائه نقاط قوت بیمارستان توسط کارشناسان و استفاده از آ نها در جهت رفع مشکلات

۶-۶کمک به اتخاذ بهترین تصمیم در مواجه با مشکلات و نارسایی ها

۶-۷ نزدیک کردن مسئولین با یکدیگر در جهت همکاری و تعامل بیشتر در امور

۶-۸ فراهم کردن امکان م شاوره و مکالمه م ستقیم با رئیس و مدیر بیمار ستان برای م سئولین بخش ها در مورد م سائل بخش های مربوطه

۶-۹ شنا سایی و جمع آوری افراد با تجربه و کار شناس و ا ستفاده از پیشنهادات، انتقادات، مشاوره ها و راه کارهای ارائه شده تو سط ایشان

۶-۱۰ ارزیابی و بازنگری فرآیند فعالیت های جاری بیمارستان و تلاش جهت بهبود کیفیت و بهینه کردن فرآیندها

۶-۱۱ پایش و ارزیابی عملکرد واحدهای مختلف بیمارستان و تلاش مستمر جهت ارتقاء کیفیت خدمات و بهینه کردن فعالیت ها

۶-۱۲ در جریان گذاشتن مسئولین و کارکنان از امور جاری و ارائه آمارهای مختلف

۷. اعضا کمیته

۷-۱ رئیس کمیته

۷-۱-۱ شرایط

۷-۱-۱-۱ رئیس بیمارستان/مدیرعامل ، رئیس تیم رهبری ومدیریت کمیته های بیمارستان می باشد.

۷-۱-۱-۲ در صورت عدم ح ضور رئیس بیمار ستان/مدیرعامل در هر یک از کمیته های بیمار ستانی صدور ابلاغ برای جان شین تام الاختیار با قید اختیارات ایشان درکمیته مذبورضروری است.

۷-۱-۱-۳ ح ضور رئیس بیمار ستان/مدیرعامل یا نماینده تام الاختیار ای شان در کمیته های بیمار ستان ن شان دهنده ضمانت اجرایی یعنی همراهی تیم رهبری و مدیریت (هیأت عامل) بدون تغییر برای اجرایی شدن مصوبات است.

۷-۱-۱-۴ وجود ام ضای رئیس بیمار ستان/مدیرعامل یا جان شین تام الاختیار در صورت جل سات موید تایید م صوبات و اخذ ضمانت اجرایی است.

۷-۱-۲ شرح وظایف

۷-۱-۲-۱ صیانت از دستور کار جلسه

۷-۱-۲-۲ تصمیم گیری مناسب و سریع برای موارد غیرمنتظره

۷-۱-۲-۳ مدیریت جلسه با مشارکت دبیر کمیته و دخیل نمودن و پاسخگویی اعضا جلسه در مباحث حیطه کارشناسی

۷-۱-۲-۴ تایید نهایی بر مشخص نمودن مصوبات که چه کسی چه کاری را با استفاده از چه منابعی و در چه مهلت زمانی انجام دهد.

۷-۱-۲-۵ ضرورت حضور فعال در کمیته های بیمارستانی که در آنها دغدغه های ایمنی بیمار مطرح است.

۷-۲ دبیر کمیته

۷-۲-۱ شرایط و نحوه انتخاب

۷-۲-۱-۱ دبیر کمیته متنا سب با وظایف و تخ صص مورد نیازبا معرفی دبیر اجرایی کمیته های بیمار ستان و با تایید رئیس تیم رهبری ومدیریت تعیین می گردد.

۷-۲-۱-۲ صدور حکم برای دبیران کمیته های بیمارستانی، توسط رئیس بیمارستان/مدیرعامل می باشد.

۷-۲-۱-۳ ابلاغ دبیران کمیته با تغییر رئیس بیمارستان/مدیرعامل تا زمانی که تصمیم گیری جهت تعویض آنها صورت نگرفته به قوت خود باقی است و نیازی به ابلاغ جدید توسط رئیس بیمارستان/مدیرعامل جدید ندارد.

۷-۲-۱-۴ تعویض دبیر کمیته به هر دلیلی منجمله غیبت، ا ستعفا، درخوا ست اع ضای کمیته، خروج از خدمت و ... با پیشنهاد مجدد دبیر اجرایی کمیته و انتخاب و تایید رئیس بیمارستان/مدیرعامل قابل انجام است.

۷-۲-۲ شرح وظایف

۷-۲-۲-۱ تنظیم دستورجلسات مطابق شرح وظیفه کمیته مربوطه

۷-۲-۲-۲ آشنایی با اجزاء ورودی های کمیته ها مطابق با آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی و پیگیری

۷-۲-۲-۳ جمع آوری داده های مربوط به ورودی های مذکور.

۷-۲-۲-۴ تهیه صورتجلسات کامل و دقیق مطابق با آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی

۷-۲-۲-۵ نگهداری سوابق کلیه صورتجلسات کمیته.

۷-۲-۲-۶ پیگیری اجرای مصوبات کمیته مربوطه و ارائه گزارش پیشرفت فعالیت ها.

۷-۲-۲-۷ شرکت فعال، منظم و بموقع در کلیه جلسات کمیته مربوطه .

۷-۲-۲-۸ پیگیری جهت اطلاع رسانی جلسات برای کلیه اعضاء کمیته مربوطه .

۷-۲-۲-۹ پیگیری جهت دعوت از سایر افراد به عنوان اعضای موقت برای حضور در جلسات کمیته مربوطه در صورت لزوم.

۷-۲-۲-۱۰ آگاهی از آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی

۷-۳ اعضا کمیته

۷-۳-۱ نحوه تعیین

۷-۳-۱-۱ اعضاء ثابت کمیته ها : تمام اعضاء منطبق با ضوابط ابلاغی و توانمندی افراد با معرفی دبیر اجرایی کمیته ها و تایید رئیس تیم رهبری و مدیریت تعیین می گردد.

۷-۳-۱-۲ اعضاء ثابت تمام کمیته های اصلی بیمارستان : اعضایی هستند که در تمام کمیته های بیمارستان حضور دارند و تعدادی از اعضاء تیم مدیریت و رهبری می باشند که شامل :

۷-۳-۱-۲-۱ رئیس بیمارستان/مدیر عامل
۷-۳-۱-۲-۲ معاون درمان بیمارستان
۷-۳-۱-۲-۳ مسئول فنی وایمنی بیمار
۷-۳-۱-۲-۴ مدیر پرستاری بیمارستان
۷-۳-۱-۲-۵ سوپر وایزر ایمنی بیمار(کارشناس هماهنگ کننده فعالیت ایمنی بیمار)
۷-۳-۱-۲-۶ مدیر بهبود کیفیت
۷-۳-۱-۲-۷ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۷-۳-۱-۳ تعیین اعضا ثابت کمیته ها، متناسب با وظایف و تخصصهای مورد نیاز توسط تیم رهبری و مدیریت و با تایید رئیس تیم رهبری ومدیریت است.

۷-۳-۱-۴ حضور تیم رهبری و مدیریت (هیأت عامل) نشان دهنده ضمانت اجرایی بدون تغییر برای اجرایی شدن مصوبات است که شامل :

۷-۳-۱-۴-۱ مدیر عامل
۷-۳-۱-۴-۲ مدیر داخلی
۷-۳-۱-۴-۳ مدیر امور مالی
۷-۳-۱-۴-۴ مدیر پرستاری

۷-۳-۱-۵ صدورحکم برای اعضا ثابت کمیته های بیمارستانی توسط رئیس بیمارستان / مدیرعامل می باشد .

۷-۳-۱-۶ اعضا موقت کمیته ها : برحسب موضوع صورتجلسه کمیته ها از پزشکان ، متخصصین وسایر مسئولین یا کارشناسان دعوت می شود.

۷-۳-۲ شرح وظایف اعضا ثابت تمام کمیته های اصلی

۷-۳-۲-۱ شرح وظیفه رئیس کمیته :در بند۷-۱-۲ عنوان شده است .

۷-۳-۲-۲ شرح وظیفه مدیر داخلی :

۷-۳-۲-۲-۱ در صورت عدم حضور مدیرعامل (رئیس کمیته) ، نماینده تام الاختیار ایشان با حدود اختیارات تفویض شده می باشد .

۷-۳-۲-۲-۲ به عنوان مسئول فنی / ایمنی بیمار حضور فعال در تمام کمیته ها دارند .

۷-۳-۲-۲-۳ اظهارنظر کارشناسی در حوزه زیر مجموعه و درمان، در حوزه اداری و پشتیبانی د رخصوص تامین منابع مصوبات

۴-۲-۲-۳-۷ اطمینان از ضمانت اجرایی مصوبات کمیته با توجه به همراهی ایشان در تیم رهبری ومدیریت

۵-۲-۲-۳-۷ حضور فعال ایشان در تمام کمیته های بیمارستان الزامی می باشد.

۳-۲-۳-۷مدیر پرستاری :

۱-۳-۲-۳-۷ اظهار نظر کارشناسی در حوزه فعالیت

۲-۳-۲-۳-۷ مشارکت فعال در بحث کارشناسی و ارائه بحث رسا ، جامع ، موثر و گویا

۳-۳-۲-۳-۷ اطمینان از ضمانت اجرایی مصوبات با توجه به همراهی ایشان در تیم مدیریت و رهبری

۴-۴-۲-۳-۷ حضور فعال ایشان در تمام کمیته های بیمارستان الزامی می باشد.

۴-۲-۳-۷مسئول ایمنی/کارشناس هماهنگ کننده فعالیت ایمنی بیمار

۱-۴-۲-۳-۷ اظهار نظر کارشناسی در خصوص مطابقت با استانداردهای ایمنی بیمار

۲-۴-۲-۳-۷ مشارکت فعال در بحث کارشناسی و ارائه بحث رسا ، جامع ، موثر و گویا

۳-۴-۲-۳-۷ مساعدت و همکاری با رئیس و دبیر کمیته

۴-۴-۲-۳-۷ طرح موارد عدم انطباق بازدیدهای ایمنی مرتبط با کمیته (هماهنگی با دبیر کمیته جهت طرح در دستور کار جلسه)

۵-۴-۲-۳-۷ حضور فعال ایشان در تمام کمیته ها الزامی می باشد .

۵-۲-۳-۷مدیر بهبود کیفیت :

۱-۵-۲-۳-۷ اظهارنظر کارشناسی در خصوص مطابقت با استانداردهای اعتباربخشی ملی

۲-۵-۲-۳-۷ مشارکت فعال در بحث کارشناسی و ارائه بحث رسا ، جامع ، موثر و گویا

۳-۵-۲-۳-۷ مساعدت و همکاری با رئیس و دبیر کمیته

۴-۵-۲-۳-۷ حضور فعال در تمام کمیته ها

۵-۵-۲-۳-۷ ممیزی فعالیت کمیته ها و ارزیابی عملکرد دبیران کمیته های بیمارستانی

۶-۵-۲-۳-۷ نظارت بر بانک جامع اطلاعات کمیته های بیمارستانی در قالب نگهداری مستندات مرتبط

۶-۲-۳-۷ شرح وظایف دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان :

۱-۶-۲-۳-۷ تنظیم آئین نامه کمیته های بیمارستان مطابق با استانداردهای اعتباربخشی و دستورالعمل های ابلاغی خارج سازمان

۲-۶-۲-۳-۷ تدوین و ابلاغ تقویم کمیته های بیمارستان به دبیران کمیته

۳-۶-۲-۳-۷ هدایت فعالیت دبیران کمیته ها منطبق بر برنامه ی تدوینی و اهداف بیمارستان و شرح وظایف هر کمیته

۴-۶-۲-۳-۷ معرفی دبیر کمیته منطبق بر ضوابط ابلاغی و توانمندی افراد جهت تایید به ریاست بیمارستان

۵-۶-۲-۳-۷ حضور فعال در تمام کمیته ها

۶-۶-۲-۳-۷ نظارت بر بانک جامع اطلاعات کمیته های بیمارستانی در قالب نگهداری مستندات مرتبط

۷-۶-۲-۳-۷ اطلاع رسانی و مشارکت سازمانی در زمینه ی اجرای مصوبات کمیته های بیمارستانی

۸-۶-۲-۳-۷ ممیزی فعالیت کمیته ها و ارزیابی عملکرد دبیران کمیته های بیمارستانی

۹-۶-۲-۳-۷ تعامل دبیران کمیته ها در نحوه ارجاع مصوبات به کمیته های بیمارستان و انجام تعاملات درون سازمانی جهت پیگیری در اجرای مصوبات

۷-۲-۳-۷ شرح وظایف اعضا ثابت کمیته

۱-۷-۲-۳-۷ مشارکت فعال در بحث کارشناسی و ارائه بحث رسا ، جامع ، موثر و گویا

۲-۷-۲-۳-۷ پرهیز از خروج از دستور کار و مطالب جانبی و حاشیه ای غیر مرتبط با موضوع

۳-۷-۲-۳-۷ مساعدت و همکاری با رئیس و دبیر کمیته

۴-۷-۲-۳-۷ در صورت نیاز انجام مطالعه جهت اظهار نظر کارشناسی

۸.ارزیابی عملکرد کمیته ها

واحد کمیته ها و کمیته پایش و سنجش کیفیت نقش نظارتی ، راهبردی و کنترلی بر روی تمام کمیته های بیمارستان را خواهد داشت.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته به شرح ذیل می باشد :

۸-۱ تشکیل کمیته منطبق با برنامه زمانی مشخص شده برای هر کمیته و تقویم کمیته ها

۸-۲ برگزاری کمیته بر اساس ضوابط تعیین شده در آئین نامه کمیته ها (از جمله : دستورکار جلسه منطبق با شرح وظایف کلی کمیته ها و کمیته مربوطه باشد)

۸-۳ ثبت مستندات صورتجلسه و مصوبات کمیته منطبق با ضوابط تعیین شده در آئین نامه کمیته ها

۸-۴ پیگیری اجرای مصوبات کمیته از افراد مربوطه و در مهلت تعیین شده در صورتجلسه کمیته

۸-۵ میزان تاثیر مصوبات بر ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی بیماران

۸-۶ ایفای نقش کمیته در بازنگری و بهبود فرآیندهای جاری بیمارستان

۸-۷ پرهیز از برگزاری جلسات صوری و بی محتوا و بدون دستور کار مهم واثر بخش

۸-۸ کیفیت مناسب جلسات و استفاده دقیق از شیوه های بارش افکار وگفتگوی ساختارمند برای دستیابی به راه حل های موثر وعملی

۸-۹ پرهیز از طرح درخواستهای زیر ساختی ومنابع انسانی وتجهیزاتی(بجز در مصوبات مرتبط)

موارد فوق برای هرکمیته در فایل اکسل بررسی و امتیاز دهی می شود.

۹.نحوه تعامل کمیته با سایر کمیته ها و تیم رهبری و مدیریت بیمارستان

۹-۱ جهت تعامل کاراتر و مؤثرتر بین کمیته های مختلف و تیم رهبری و مدیریت تمهیدات ذیل اندیشیده شده است:

۹-۲ دبیر اجرایی کمیته ها و دبیر کمیته پایش و سنجش کیفیت عموماً نقش مهمی در تعیین شرایط برگزاری کمیته ها ایفا میکند. این امر درتعامل هرچه بهترکمیته ها مثمرثمرخواهد بود.

۹-۳ جلسات رهبری و مدیریت نیز به عنوان یک کمیته در نظر گرفته شده است و دبیر آن، دبیر کمیته پایش و سنجش کیفیت و مدیر بهبود کیفیت است. انتظار می رود همپوشانی این مسئولیتها تعامل و ارتباط بین کمیته های بیمارستانی را افزایش دهد.

۹-۴ توالی هفته های جلسات تیم رهبری و مدیریت (کمیته رهبری و مدیریت) سبب همزمانی ادواری این کمیته مهم با سایر کمیته های بیمارستانی و در نتیجه تعامل بیشتر خواهد شد.

۹-۵ تشکیل جلسات کمیته ها به صورت مشترک با توجه به دستور کار اشتراکی بین کمیته ها و موارد ابلاغی در سنجه های اعتباربخشی و دستورالعمل های خارج از سازمان

۱۰.کمیته های مشترک

۱۰-۱ با توجه به تعاملات بین کمیته ها و یا مشترک بودن دبیر و اعضا کمیته می بایستی کمیته های ذیل همزمان در یک مکان با ساعت اختصاصی به خود و صورت جلسات مستقل برگزار گردد:

۱۰-۱-۱ کمیته بهداشت محیط با کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

۱۰-۱-۲ کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار با کمیته مدیریت خطر ، حوادث و بلایا

۱۰-۱-۳ کمیته ترویج تغذیه با شیرمادر باکمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن

۱۰-۲ کمیته ها میتوانند با داشتن دستور کارهای مشترک با هماهنگی دبیر اجرایی کمیته ها و تایید ریاست کمیته ها بصورت مشترک برگزار می گرددکه نیازی به صورت جلسه مستقل نمی باشد. از جمله :

۱۰-۲-۱ کمیته اخلاق بالینی با کمیته پایش وسنجش کیفیت / کمیته رهبری و مدیریت

۱۰-۲-۲ کمیته پایش وسنجش کیفیت با کمیته رهبری و مدیریت

۱۰-۳ کمیته های فرعی منطبق با دستورالعمل ابلاغی خارج سازمانی با توجه به دستور کار جلسه میبایستی در جلسات مشترک با کمیته های اصلی بیمارستان برگزار گردند. صورت جلسه در کمیته های اصلی با دستور جلسه و عنوان کمیته مذبور، ثبت می گردد و یک نسخه از صورت جلسه توسط فرد پاسخگو اخذ می گردد.

۱۰-۴ کمیته های فرعی منطبق با دستورالعمل های ابلاغی که به صورت مشترک با کمیته های اصلی بیمارستان می تواند برگزار گردند.

۱۱. برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته ها

ردیف	نام کمیته	فواصل زمانی
۱	کمیته رهبری و مدیریت	هفتگی
۲	کمیته پایش و سنجش کیفیت در بیمارستان	ماهانه
۳	کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات	ماهانه
۴	کمیته اخلاق بالینی	ماهانه
۵	کمیته پیشگیری و کنترل عفونت	ماهانه
۶	کمیته بهداشت محیط	ماهانه
۷	کمیته مدیریت حوادث و بلایا	ماهانه
۸	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار	ماهانه
۹	کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن	ماهانه
۱۰	کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر	فصلی
۱۱	کمیته درمان ، دارو و کمیته جذب، ممیزی و مالی پزشکان و اقتصاد سلامت	ماهانه
۱۲	کمیته تجهیزات پزشکی	ماهانه
۱۳	کمیته مرگ و میر و عوارض و زیر کمیته های مربوط	هفتگی
۱۴	کمیته طب انتقال خون	ماهانه
۱۵	کمیته ارتقای راهبردی خدمات بخش اورژانس	ماهانه

۱۲.رسمیت یافتن جلسه

۱-۱۲ جلسات کمیته با حضور نصف بعلاوه یک تعداد اعضا اصلی رسمیت دارد.

۲-۱۲ تصمیمات جلسه با رای نصف بعلاوه یک حاضرین تصویب خواهد شد.در صورتی که آرای مخالف و موافق مساوی باشند رای نهایی با گروهی است که یکی از اعضای تیم رهبری و مدیریت (هیأت عامل) در آن گروه باشد.

۱۳.دستور کار جلسه

۱-۱۳ دستور کار جلسات کمیته ها ، همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی و شرح وظیفه هر کمیته باشد.

۲-۱۳ معیار همسویی دستور کار جلسات با مشکلات واقعی و جاری بیمارستان، نتایج شاخص های بیمارستانی ، نتایج رضایت سنجی ذینفعان و مصاحبه با اعضا کمیته است .

۱۴.صورتجلسه کمیته

حداقل مورد انتظار فرم صورتجلسه کمیته شامل :

۱-۱۴ تاریخ ، ساعت و محل برگزاری جلسه

۲-۱۴ دستور کار جلسه فهرست افراد حاضر و غایب

۳-۱۴ نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبل

۴-۱۴ شرح مباحث / مذاکرات مطرح شده در جلسه

۵-۱۴ در صورتجلسه به طور واضح مشخص شده باشد که چه کسی ، چه کاری را با استفاده از چه منابعی و در چه مهلت زمانی باید انجام دهد/ پیگیری کند.

۶-۱۴ امضای اعضای حاضر و ذکر اسامی اعضای غایب جلسه و اخذ امضای غایبین پس از جلسه

۷-۱۴ دستور کار جلسه آتی در صورت نیاز تعیین گردد.

۸-۱۴ در هر جلسه کمیته می بایست حداقل یک مصوبه وجود داشته باشد.

۱۵. مصوبات کمیته

۱-۱۵ استاندارد مصوبات

۱-۱-۱۵ مصوبات کمیته های بیمارستانی قابلیت اجرایی داشته باشند.

۲-۱-۱۵ مصوبات کمیته های بیمارستانی می بایستی شامل راه حل های واضح ، مشخص و قابل اجرا برای حل مشکلات و تحقق نتایج مطلوب باشد.

۳-۱-۱۵ ارائه گزارش در ابتدای هر جلسه در خصوص اقدامات انجام گرفته و مشکلات رفع شده مطابق جلسات پیشین باشد.

۴-۱-۱۵ همفکری اعضا با تصویب راه حل های واضح ، کاربردی و مشخص ، همسو با دستور کار جلسات و مباحث مطرح شده در جلسه باشد.

۵-۱-۱۵ ارتباط بین مصوبات جلسات کمیته و مشکلات شناسایی شده مشخص باشد.

۶-۱-۱۵ بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای مصوبات کمیته انجام پذیرد.

۷-۱-۱۵ اولویت بخشی به ارتقا مستمر کیفیت ایمنی بیمار در دستور کار و مصوبات کمیته باشد.

۸-۱-۱۵ مصوبات در راستای سیاستهای اصلی باشند و بر مبنای سیاستهای اصلی دسته بندی، پایش و تحلیل می شوند.

۲-۱۵ ارزیابی اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی

ارزیابی اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی توسط مدیر بهبود کیفیت، دبیر اجرایی کمیته ها در کمیته پایش و سنجش کیفیت به شرح ذیل انجام می گیرد:

۱-۲-۱۵ اندازه گیری و تحلیل شاخص درصد اجرایی شدن مصوبات کمیته های بیمارستانی طبق مهلت زمانی تعیین شده

۲-۲-۱۵ ارزیابی میزان بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای تصمیمات کمیته ها

۳-۲-۱۵ ارائه گزارشات دوره ای (حداقل فصلی) از فعالیت و کیفیت کمیته ها به تیم رهبری و مدیریت

۴-۲-۱۵ انجام اقدامات اصلاحی در کمیته های بیمارستان توسط تیم رهبری و مدیریت بر اساس نتایج سنجش اثربخشی به هر یک از کمیته ها

۱۶. شرایط غیبت اعضا وبرگزاری جلسات

۱-۱۶ درصورت غیبت اعضای ثابت بیش از سه جلسه متوالی و یا بیش از ۳۰ در صد جلسات سالیانه بایستی عضو جدید جایگزین شود.

۲-۱۶ جلسات حداقل در فواصل زمانی تعیین شده بر اساس آئین نامه کمیته های بیمارستان و تقویم کمیته ها برگزار می گردد.

۱۷. مستند سازی سوابق جلسات

۱-۱۷ صورتجلسات کمیته براساس الگوی اعتبار بخشی در فایل الکترونیکی ثبت می شود.(نسخه کاغذی هم موجود است)

۲-۱۷ صورتجلسات کمیته توسط اعضای کمیته مطالعه و سپس به امضای حاضرین و غایبین در جلسه می رسد. در صورت ضرورت از امضای الکترونیک استفاده می شود.

۳-۱۷ در قسمت شرح مطالب مطروحه صورتجلسه، دبیر کمیته علاوه بر پیگیری مصوبات جلسه قبل میبایستی ریز مطالبی را که در کمیته مطرح شده است را بیاورد.

۴-۱۷ حداقل های مورد انتظار فرم صورتجلسه کمیته شامل: تاریخ و ساعت جلسه، دستور کار جلسه، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبل، مباحث مطرح شده توسط اعضای جلسه، مصوبات جدید، مسئول پیگیری مصوبات، مهلت زمانی اجرای مصوبات، امضا حاضرین در جلسه است.

۱۸. نحوه پیگیری مصوبات

۱-۱۸ درجدول مصوبات میبایستی فرد مسئول و پیگیر هر کدام از مصوبات به تفکیک مشخص گردد.

۲-۱۸ برای اجرا و پیگیری هر مصوبه میبایستی بازه زمانی در نظر گرفته شده و در ستون مربوط به مصوبه درج گردد.

فصل دوم

اعضا و شرح وظایف کمیته های اصلی بیمارستان

(مطابق با استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران)

۱. کمیته رهبری و مدیریت

۱-۱ اعضای ثابت

۱-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۱-۱-۲ مدیر داخلی

۱-۱-۳ مسئول فنی / مسئول ایمنی بیمار

۱-۱-۴ مدیر پرستاری بیمارستان/ مدیر حراست

۱-۱-۵ مدیر مالی و اداری

۱-۱-۶ مدیر بهبود کیفیت / دبیر کمیته

۱-۱-۷ رئیس اداره مدیریت فناوری و اطلاعات سلامت

۱-۱-۸رئیس امور دارویی

۱-۱-۹ رئیس واحد فنی و مهندسی

۱-۱-۱۰ مسئول فنی آزمایشگاه

۱-۱-۱۱ سوپروایزر رادیولوژی

۱-۱-۱۲ سرپرست خدمات و سرپرست تدارکات

۱-۱-۱۳ رییس دفتر مدیر عامل

۱-۲ اعضای موقت

۱-۲-۱ پزشکان متخصص برحسب موضوع صورتجلسه

۱-۲-۲ مسئول بخش ها و واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۱-۲-۳ دعوت از کارشناس مربوطه بر حسب موضوع صورتجلسه

۳-۱ شرح وظایف کمیته رهبری و مدیریت

۱-۳-۱ تعیین و همسویی سیاستهای اصلی با سیاستهای سازمان بالادستی و ملاحظات بومی بیمارستان و استفاده از آن به عنوان راهنما در تدوین استراتژیها و فعالیتهای بیمارستان، نظارت و ارزیابی عملکرد واحدها

۲-۳-۱ تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان مطابق الگوی علمی منتخب، هماهنگ با سیاستهای اصلی بیمارستان

۳-۳-۱ فعالیت کمیته بر اساس ارزشها و سیاستهای اصلی بیمارستان و با درنظر گرفتن اهمیت خوش نامی بیمارستان

۴-۳-۱ تدوین، تصویب و ابلاغ نمودار سازمانی بازنگری و به روز رسانی در صورت تغییر و نظارت بر انطباق آن با عملکرد و روابط بین واحدها

۵-۳-۱ تعیین گواهی آموزش مدیران، برای پنج رده مدیریتی و نیاز سنجی آموزشی در زمینه رهبری و مدیریت برای تمام مسئولان/ مدیران سطوح مختلف

۶-۳-۱ آگاهی از نیازهای به روز شده ی جامعه و مراجعه کنندگان و سایر ذینفعان و مشکلات سازمانی و تاثیرات محیط بیرونی بر عملکرد بیمارستان جهت اخذ تصمیمات باریشه یابی مشکلات سازمانی و تاثیرات محیط بیرونی

۷-۳-۱ استفاده از اطلاعات پردازش شده و شواهد سیستمی جهت اخذ تصمیمات و اقدامات

۸-۳-۱ گزارش تحلیلی نتایج اندازه گیری شاخصهای عملکردی بخشها/ واحدها و فرآیندها (هر سه ماه یک بار)

۹-۳-۱ گزارش تحلیلی رضایت سنجی از بیماران/ خانواده بیماران (هر سه ماه یک بار)

۱۰-۳-۱ گزارش تحلیلی رضایت سنجی از کارکنان (حداقل هر شش ماه یک بار)

۱۱-۳-۱ گزارش اجرای برنامه های عملیاتی/بهبود بیمارستان و تحقق اهداف تعیین شده (هر سه ماه یک بار)

۱۲-۳-۱ گزارش ارزیابی فعالیت کمیته های بیمارستانی، انجام اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج سنجش اثربخشی هریک از کمیته ها و ارائه تحلیل تاثیر مصوبات مرتبط اجرا شده کمیته ها بر شاخص های کیفیت خدمات و ایمنی بیماران

۱۳-۳-۱ گزارش ارزیابی شاخصهای عملکردی مربوط به سکته های قلبی و مغزی و ترویج زایمان طبیعی (هر شش ماه یک بار)

۱۴-۳-۱ گزارشهای توصیفی و تحلیلی از اجرای برنامه های بالادستی ابلاغ شده

۱۵-۳-۱ شناسایی چالشها و فرصتهای بهبود بیمارستان وطراحی مؤثر اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود

۱۶-۳-۱ بررسی و تاییدآئین نامه کمیته های بیمارستان

۱۷-۳-۱ اولویت بخشی به ارتقا مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در دستورکار و مصوبات جلسات

۱۸-۳-۱ استفاده ازنتایج بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمارجهت اخذ تصمیمات و اقدامات/ برنامه های مدیریت

۱۹-۳-۱ اولویت بخشی، پشتیبانی و تامین منابع برنامه های ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار

۲۰-۳-۱ تخصیص بودجه مناسب برای ارتقا ایمنی بیمار در برنامه ریزی عملیاتی

۲۱-۳-۱ آگاهی و تسلط به شاخصهای کلیدی

۲۲-۳-۱ اخذ گزارشهای اثربخشی هر یک از اقدامات/ برنامه های ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمارجهت تصمیمات اصلاحی و تامین منابع برای مواردی که اقدامات/برنامه ها اثربخشی لازم را نداشته و یا اثربخشی کمتر از حد مورد انتظار باشد

۲۳-۳-۱ بررسی نتایج ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه/ برنامه بهبود در صورت لزوم

۲۴-۳-۱ اقدامات اصلاحی و برنامه های بهبود کیفیت برای ارتقا ایمنی بیماران در مستندات مانند برنامه استراتژیک، برنامه های عملیاتی

۲۵-۳-۱ برنامه ریزی درتوسعه اخلاق حرفه ای و ترویج فرهنگ بیمار محوری

۲۶-۳-۱ برنامه ریزی جهت نظارت مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای

۲۷-۳-۱ ارائه گزارش از عدم انطباق های بدست آمده از پایش اجرای موارد مرتبط با رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان

۲۸-۳-۱ تصویب اقدامات اصلاحی /بهبود کیفیت درشاخصهای مرتبط با رعایت حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای

۲۹-۳-۱ ارائه و اجرای پیشنهادات پیشگیرانه برای جلوگیری از وقوع مصادیق تعارض منافع با رویکرد بیمارمحوری

۳۰-۳-۱ اطمینان درخصوص فعالیت و استفاده بهینه از ظرفیتهای بستری عادی، ویژه و سرپایی

۳۱-۳-۱ تعریف شاخص، ساز و کار، نحوه ثبت و انتقال و محا سبه بهینگی و حد مورد انتظار/ مطلوب برای شاخ صهای تعریف شده بهینگی از ظرفیتهای بستری عادی، ویژه و سرپایی

۳۲-۳-۱ تفسیر و تحلیل نتایج و روندها برای شاخصهای تعریف شده بهینگی از ظرفیتهای بستری عادی، ویژه و سرپایی با طرح ریزی اقدامات/برنامه های بهبود اجرای اقدامات/برنامه های بهبود مدیریت مدیر تخت

۳۳-۳-۱ سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده شاخصهای بهینگی از ظرفیتهای بستری عادی، ویژه و سرپایی

۳۴-۳-۱ تصویب اقدام اصلاحی/ پیشگیرانه در موارد عدم انطباق از پایش رعایت اصول رفتار حرفه ای و اخلاق بالینی

۳۵-۳-۱ تعیین دامنه بهینگی و شاخصهای مورد نظر برای بهینگی اتاق عمل

۳۶-۳-۱ تعریف ساز و کار ثبت و انتقال و محاسبه بهینگی اتاق عمل و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخص/شاخصهای تعریف شده

۳۷-۳-۱ اندازه گیری بهینگی اتاق عمل، تفسیر و تحلیل نتایج و روندهاو شناسایی و پیش بینی شرایط خاصی که ممکن است روی بهینگی تاثیر بگذارد

۳۸-۳-۱ طرح ریزی ونظارت براجرای اقدامات/برنامه های بهبود با مدیریت مدیر تخت و سنجش و تحلیل عوامل مخدوش کننده بهینگی اتاق عمل

۳۹-۳-۱ تایید تامین هزینه های ساخت و تجهیز بیمارستان و درمانگاههای تخصصی

۴۰-۳-۱ گزارشهای تفسیری و تحلیلی فصلی در تامین و مصرف اعتبارات توسط مدیر مالی

۴۱-۳-۱ نظارت بربرنامه ریزی تامین کالا / ملزومات و تجهیزات با رعایت اصول هزینه اثربخشی، کیفیت و ایمنی بیمار

۱-۳-۴۲ تحلیل ضرورت واگذاری خدمات به پیمانکاران براساس شواهد عینی و صرفه وصلاح بیمارستان

۱-۳-۴۳ تهیه گزار شات تحلیلی حا صل از نتایج پایش تو سط ناظرین بر عملکرد پیمانکاران و ارائه به تیم رهبری و مدیریت و ت صمیم گیری در خصوص تداوم رابطه کاری با آنها

۱-۳-۴۴ پایش مستمر برنامه ملی تغذیه با شیر مادر و تحلیل نتایج

۱-۳-۴۵ تامین بودجه و تصویب و ابلاغ برنامه اموزشی سالیانه کارکنان

۱-۳-۴۶ تدوین دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس

۱-۳-۴۷ برنامه ریزی و مدیریت ارزشیابی و نظارت بر عملکرد کارکنان در مسیر ارتقاء و توسعه

۱-۳-۴۸ تعیین و ابلاغ ملاکهای ارتقاء شغلی چهارگانه (ویژگیهای تحصیلی، دانشی، مهارتی و تجربه)

۱-۳-۴۹ عملکرد و تصمیمات کمیته نشان دهنده ارزش گذاری، توسعه و حمایت از کارکنان

۱-۳-۵۰ اقدامات در قبال عملکرد/ نقش کارکنان در وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت مبتنی بر فرهنگ ایمنی بیمار

۱-۳-۵۱ اعلام کمبود نیروی پرستاری توسط مدیر پرستاری و جبران کمبود از طریق جذب نیروهای جدید در صورت وجود مجوز

۱-۳-۵۲ گزارش اقدامات، فرآیندها و امور غیر مرتبط شناسایی شده توسط مدیریت پرستاری جهت تعیین تکلیف و بازنگری آنها

۱-۳-۵۳ آگاهی تیم رهبری و مدیریت با تاکید برمدیر عامل /رئیس بیمارستان بر روند مراقبت و درمان به صورت گزارشات ۲۴ ساعته از مدیر پرستاری جهت اخذ تصمیمات مربوطه در کمیته

۱-۳-۵۴ طرح چالشهای بین بخشی که در جلسات تفاهمی و هم اندیشی اولیه که با مدیر پر ستاری به توافق نر سیده و یا نیازمند تامین منابع است

۱-۳-۵۵ تایید وابلاغ سیاستهای آموزشی بیماران با محوریت مدیریت پرستاری متناسب با سطح و نوع مراقبتهای بیماران

۱-۳-۵۶ گزارش اقدامات، فرایندها و امور غیر مرتبط و مانع مراقبت مستقیم شناسایی شده توسط مدیریت پرستاری جهت تعیین تکلیف و بازنگری آنها

۱-۳-۵۷ ارزیابی نتایج پایش شاخص عملکردی کیفیت مراقبت از بیماران حاد از جمله نرخ مورتالیتی

۱-۳-۵۸ ارزش گذاری و فرهنگ سازی در خ صوص رعایت ا صول بهدا شت د ست در بین پز شکان /پر ستاران و سایر کارکنان بالینی وبررسی نتایج پایش بهداشت دست و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه/ برنامه بهبود در صورت لزوم

۱-۳-۵۹ تصویب و ابلاغ برنامه های آموزشی در زمینه اخلاق بالینی و منشور حقوق بیماران

۱-۳-۶۰ تامین فضاهای درمانی مورد نیاز با توجه به ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار

۱-۳-۶۱ تایید اقدامات اصلاحی بررسی شده عوامل تاثیر گذار بر کیفیت خدمات تصویربرداری

۱-۳-۶۲ تصویب پیشنهادات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت در خصوص شکایات، انتقادات و پیشنهادات

۶۳-۲-۱ اعلام گزارش تحلیلی نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان توسط مسئول بهبود کیفیت

۶۴-۳-۱ اقدام ا صلاحی / تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت برا ساس گزارش تحلیلی نتایج ر ضایت سنجی بیماران و همراهان به صورت فصلی

۶۵-۳-۱ ت صویب پی شنهادات ا صلاحی/ برنامه بهبود کیفیت در خ صوص موارد انطباق شنا سایی شده در فرایند پیگیری م ستمر امور بیماران

۶۶-۳-۱ گزارش شناسایی موارد منجر به خسارات به گیرندگان خدمت جهت تصمیم گیری و اقدام مقتضی

۲.کمیته پایش و سنجش کیفیت

۲-۱ اعضای ثابت

۲-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۲-۱-۲ مدیر داخلی بیمارستان / مسئول فنی و ایمنی بیمار

۲-۱-۳ مدیر پرستاری بیمارستان

۲-۱-۴ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۲-۱-۵ سوپروایزر ایمنی بیمار (کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار)

۲-۱-۶ مدیر بهبود کیفیت / دبیر کمیته

۲-۲ اعضای موقت

۲-۲-۱ پزشکان متخصص برحسب موضوع صورتجلسه

۲-۲-۲ مسئول بخش ها و واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۲-۲-۳ دعوت از کارشناس مربوطه بر حسب موضوع صورتجلسه

۳-۲ شرح وظایف کمیته سنجش و پایش کیفیت

۳-۲-۱ بررســی گزارش تحلیلی و جمع بندی نتایج موارد شــکایات، انتقادات و پیشــنهاداتِ بیمار، خانواده و کارکنان درکمیته مشترک با کمیته اخلاق بالینی جهت ارائه پیشنهادات اصلاحی/تدوین برنامه بهبود کیفیت به کمیته رهبری و مدیریت

۳-۲-۲ بررسی نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان در جلسه مشترک با کمیته اخلاق بالینی

۳-۲-۳ ارزیابی اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی

۳-۲-۴ تدوین تحلیل تاثیر مصوبات مرتبط اجرا شده کمیته ها بر شاخص های کیفیت خدمات و ایمنی بیماران

۳-۲-۵ تدوین شاخص های عملکردی مرتبط با ایمنی بیماران برای هر یک از کمیته ها

۳. کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات

۳-۱ اعضای ثابت

۳-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۳-۱-۲ مدیر داخلی بیمارستان / مسئول فنی و ایمنی بیمار

۳-۱-۳ مدیر پرستاری بیمارستان

۳-۱-۴ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۳-۱-۵ سوپروایزر ایمنی بیمار (کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار)

۳-۱-۶ مدیر بهبود کیفیت

۳-۱-۷ سرپرست فناوری اطلاعات

۳-۱-۸ مسئول ترخیص

۹-۱-۳ مسئول اسناد پزشکی

۱۰-۱-۳ کارشناس مدارک پزشکی

۱۱-۱-۳ کارشناس آمار

۱۲-۱-۳ مسئول پذیرش و مدارک پزشکی / دبیر کمیته

۲-۳ اعضای موقت

۱-۲-۳ پزشکان متخصص برحسب موضوع صورتجلسه

۲-۲-۳ مسئول بخش ها / واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۳-۳ شرح وظایف کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات

۱-۳-۳ تعیین شرایط و معیارهای سطح دسترسی درون سازمانی و برون سازمانی به اطلاعات بیماران

۲-۳-۳ مداخلات مناسب جهت کاهش نواقص پرونده های پزشکی با پایش مستمر و بازخورد گزارش موارد نقص پرونده به افراد و گروههای سهیم در ثبت اطلاعات پرونده به منظور ارتقای کیفی مستندسازی پرونده پزشکی

۳-۳-۳ تعیین تکلیف، اقدامات اصلاحی /برنامه بهبود پرونده های مفقودی

۴-۳-۳ طراحی و انجام اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود بر نحوه تکمیل پرونده های پزشکی در حین بستری

۵-۳-۳ گزارش از نحوه عملکرد بر اساس شیوهای مدون، ورود صحیح داده ها در سامانه اطلاعات بیمارستانی و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی /برنامه بهبود

۶-۳-۳ تدوین و تصویب چک لیست ممیزی پرونده های پزشکی

۴.کمیته اخلاق بالینی

۴-۱ اعضای ثابت

۴-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۴-۱-۲ مدیر داخلی بیمارستان / مسئول فنی و ایمنی بیمار

۴-۱-۳ مدیر پرستاری بیمارستان / مدیر حراست

۴-۱-۴ نماینده مدیر عامل در اجرای طرح انطباق امورپزشکی با موازین شرعی

۴-۱-۵ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۴-۱-۶ سوپروایزر ایمنی بیمار (کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار)

۴-۱-۷ مسئول دفتر بهبود کیفیت / دبیر کمیته

۴-۲ اعضای موقت

۴-۲-۱ روسای بخش های بیمارستان برحسب موضوع صورتجلسه

۴-۲-۲ پزشکان متخصص برحسب موضوع صورتجلسه

۴-۲-۳ مسئول بخش ها و واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۴-۳ شرح وظایف کمیته اخلاق بالینی

۴-۳-۱ برنامه ریزی براجرای توسعه اخلاق حرفه ای و ترویج فرهنگ بیمار محوری

۴-۳-۲ مشارکت فعال و برنامه ریزی برای ارتقای اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای

۴-۳-۳ تدوین و اندازه گیری شاخصهای مرتبط با رعایت حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای با هدایت تیم رهبری و مدیریت

۴-۳-۴ تحلیل نتایج اندازه گیری شاخصها و اصلاح موارد عدم انطباق مرتبط با حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای

۴-۳-۵ طرح اولیه تخلفات کارکنان بالینی واخذ تصمیم در زمینه برخوردهای انضباطی با متخلفین احتمالی

۴-۳-۶ تعیین محل نگهداری مستندات مربوط به موارد سو رفتار حرفه ایی کارکنان به منظور حفظ محرمانگی و امنیت اطلاعات کارکنان و سطح بندی دسترسی به این اطلاعات

۴-۳-۷ کد شناخته شده تنها برای کارکنان مصوب در کمیته اخلاق بالینی در کدبندی رنگی دستبند شناسایی

۴-۳-۸ وجود ایستگاه اطلاعات و راهنمایی بیماران در درمانگاههای با سایز بزرگ

۴-۳-۹ تبیین روشهای اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفهای و منش انسانی

۴-۳-۱۰ برنامه ریزی درآموزش نحوه اطلاع ر سانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران به پز شکان و پر ستاران و سایر افراد واجد شرایط

۴-۳-۱۱ تدوین دستورالعمل روشهای اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی با مشارکت تیم مددکاری اجتماعی و دریافت مشاوره از یک روانشناس

۴-۳-۱۲ تعیین مسئولان و کارکنان جهت فرایند توضیح وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار که باعث بروز خسارت برای بیمار/خانواده /مراجعین

۴-۳-۱۳ تعیین مسئولان و کارکنان جهت فرایند اظهار پشیمانی و عذرخواهی دراطلاع رسانی وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار که باعث بروز خسارت برای بیمار /خانواده /مراجعین

۴-۳-۱۴ تصمیم گیری موردی نحوه جبران خسارت در وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار که باعث بروز خسارت برای بیمار/خانواده /مراجعین

۴-۳-۱۵ تعیین مصادیق مشمول جبران با در نظرداشتن حداقل وقایع 15 گانه تهدید کننده حیات و میزان و شدت آسیب وارده به بیمار /مراجعین ناشی از وقایع ناخواسته

۴-۳-۱۶ گزارش ازنظارت بر رعایت صحیح منشور حقوق بیمار در بیمارستان

۱۷-۳-۴ طراحی اقدام اصلاحی /برنامه بهبود کیفیت دررعایت صحیح منشور حقوق بیمار در بیمارستان

۱۸-۳-۴ بررسی وتحلیل نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان در جلسه مشترک با کمیته پایش و سنجش کیفیت

۵.کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

۱-۵ اعضای ثابت

۱-۱-۵ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۲-۱-۵ مدیر داخلی بیمارستان / مسئول فنی و ایمنی بیمار

۳-۱-۵ رئیس واحد کنترل عفونت

۴-۱-۵ مدیر پرستاری بیمارستان

۵-۱-۵ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان / سوپروایزر کنترل عفونت / دبیر کمیته

۶-۱-۵ سوپروایزر ایمنی بیمار (کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار)

۷-۱-۵ مدیر بهبود کیفیت

۸-۱-۵ مسئول بهداشت

۹-۱-۵ کارشناس بهداشت حرفه ای

۱۰-۱-۵ رئیس داروخانه/مسئول ملزومات پزشکی

۱۱-۱-۵ مسئول فارماکوویژیلانس

۱۲-۱-۵ رئیس بخش ICU

۱۳-۱-۵ رئیس آزمایشگاه

۱۴-۱-۵ میکروبیولوژیست

۱۵-۱-۵ سرپرستار اتاق عمل

۱۶-۱-۵ مسئول واحد CSSD

۵-۲ اعضای موقت

۵-۲-۱ پزشکان متخصص برحسب موضوع صورتجلسه

۵-۲-۲ مسئول بخش ها / واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۵-۳ شرح وظایف کمیته پیشگیری وکنترل عفونت

۵-۳-۱ ارائه گزارش نتایج ممیزی بهداشت دست

۵-۳-۲ اعلام گزارش بیماریابی مستمر و بررسی ، تحلیل نتایج به منظور پیگیری و انجام اقدام اصلاحی اثر بخش

۵-۳-۳ برگزاری فوری در زمان وقوع طغیان عفونتهای بیمارستانی و اپیدمی بیماریهای واگیر

۵-۳-۴ اعلام طغیان عفونتهای بیمارستانی و تدوین برنامه مداخله ای اصلاحی

۵-۳-۵ اعلام نمونه برداری کشت به صورت هدفدار در شرایط طغیان عفونتهای بیمارستانی و ارزیابی اثربخشی اقدام اصلاحی انجام شده

۵-۳-۶ ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در شرایط طغیان عفونتهای بیمارستانی

۵-۳-۷ تدوین روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی "با تاکید بر چهار عفونت شایع (عفونت ادراری ، عفونت خون، عفونت سیستم تحتانی تنفسی و عفونت موضع جراحی)

۵-۳-۸ تعیین وتدوین شاخصهای عملکردی کنترل عفونت

۵-۳-۹ ارزیابی اثربخشی برنامه های پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی در بخش /واحدها براساس چک لیست ممیزی

۵-۳-۱۰ برنامه ریزی وارزیابی اثربخشی اجرای تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیکها

۵-۳-۱۱ برنامه ریزی وارزیابی اثربخشی اجرای تجویز و مصرف آنتی بیوتیکها برای عفونتهای مهم و شایع بیمارستان و محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی تجویز

۵-۳-۱۲ اعلام گزارش وتحلیل نتایج مقاومتهای میکروبی

۵-۳-۱۳ تدوین فهرست وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخشها /واحدها و تعداد مورد نیاز براساس نوع بیماران بستری و دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت

۱۴-۳-۵ شناسایی موارد گزارش بیماریهای واگیر مشمول نظام مراقبت بر اساس دستورالعمل

۶. کمیته بهداشت محیط

۶-۱ اعضای ثابت

۶-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۶-۱-۲ مدیر داخلی بیمارستان / مسئول فنی و ایمنی بیمار

۶-۱-۳ رئیس واحد کنترل عفونت

۶-۱-۴ مدیر پرستاری بیمارستان

۶-۱-۵ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان/ سوپروایزر کنترل عفونت

۶-۱-۶ سوپروایزر ایمنی بیمار (کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار)

۶-۱-۷ مدیر بهبود کیفیت

۶-۱-۸ کارشناس بهداشت حرفه ای

۶-۱-۹ سرپرست تاسیسات و برق

۶-۱-۱۰ سرپرست ساختمان

۶-۱-۱۱ سرپرست BMS

۶-۱-۱۲ مسئول بهداشت

۶-۱-۱۳ مسئول خدمات عمومی

۶-۱-۱۴ دبیر کمیته

۶-۲ اعضای موقت

۶-۲-۱ پزشکان متخصص برحسب موضوع صورتجلسه

۶-۲-۲ مسئول بخش ها و واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۳-۶ کمیته بهداشت محیط

۱-۳-۶ تدوین برنامه راهنمای گندزدایی ونظافت، شستشو و اجرای دستورالعمل در تمام بخشها / واحدها

۲-۳-۶ برچسب گذاری محلول های گندزدای مصرفی

۳-۳-۶ انجام بازدیدهای دوره ای و ارائه گزارش در خصوص ساختار فیزیکی ازجمله کف، دیوار، سقف، درب و پنجره های بیمارستان مطابق ضوابط بهداشتی

۴-۳-۶ اطمینان از صلاحیت بهداشتی کارکنان در خصوص دریافت گواهینامه آموزشی بهداشت معتبر

۵-۳-۶ کنترل حشرات و جانوران موذی با اولویت استفاده از روشهای تلفیقی و لحاظ نکات بهداشتی و ایمنی

۶-۳-۶ بررسی نتایج ارزیابی از وضعیت تهویه بخش ها و و احدها براساس راهنمای تهویه در بیمارستان ابلاغی وزارت بهداشت و تدوین اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت در صورت لزوم

۷-۳-۶ برر سی نتایج ارزیابی از و ضعیت بهدا شت محیط بیمار ستان مطابق بخ شنامه ابلاغی وزارت بهدا شت و تدوین اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت در صورت لزوم

۸-۳-۶ تدوین برنامه معین و موثر برای کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز همزمان با ارائه خدمت

۹-۳-۶ نظارت بر مراحل تهیه، آماده سازی، طبخ، توزیع و سرو غذا با رعایت اصول بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم

۱۰-۳-۶ بررسی نتایج ارزیابی از رعایت ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت، در زمینه بهداشت آشپزخانه و مواد غذایی و تدوین اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت در صورت لزوم

۱۱-۳-۶ مدیریت آب و فاضلاب بیمارستان براساس استانداردهای ملی و ضوابط بهداشتی

۱۲-۳-۶اجرای مدیریت پسماند براساس ضوابط و دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت

۱۳-۳-۶ اجرای فرآیندهای رختشویخانه بارعایت ضوابط و شرایط ا ستاندارد و همچنین شرایط بهدا شتی محیط رختشویخانه (اطمینان از رعایت ا ستانداردهای محیط رختشویخانه از نظر نور، سرو صدا، رطوبت، تهویه و دما منا سب و ساختار و ف ضاهای فیزیکی)

۱۴-۳-۶ بررسی نتایج ارزیابی بهداشت محیط رختشویخانه در فواصل زمانی تعیین شده و تدوین اقدام اصلاحی در صورت لزوم

۱۵-۳-۶اطمینان از رعایت اصول حفاظت در برابر پرتوها

۷. کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلایا

۷-۱ اعضای ثابت

۷-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۷-۱-۲ مدیر داخلی بیمارستان / مسئول فنی و ایمنی بیمار

۷-۱-۳ مدیر پرستاری بیمارستان

۷-۱-۴ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۷-۱-۵ سوپروایزر آموزشی

۷-۱-۶ سوپروایزر ایمنی بیمار (کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار)

۷-۱-۷ مدیر بهبود کیفیت

۷-۱-۸ رئیس بخش اورژانس

۷-۱-۹ رئیس داروخانه

۷-۱-۱۰ مسئول بهداشت

۷-۱-۱۱ کارشناس بهداشت حرفه ای

۷-۱-۱۲ سرپرست تاسیسات و برق

۷-۱-۱۳ سرپرست ساختمان

۷-۱-۱۴ سرپرست BMS

۷-۱-۱۵ مدیر روابط عمومی

۷-۱-۱۶ مسئول تکریم مراجعین

۷-۱-۱۷ مسئول تدارکات

۷-۱-۱۸ سرپرستار بخش اورژانس

۷-۱-۱۹ مسئول خدمات عمومی

۷-۱-۲۰ دبیر کمیته

۷-۲ اعضای موقت

۷-۲-۱ روسای بخش های بیمارستان برحسب موضوع جلسه

۷-۲-۲ پزشکان متخصص برحسب موضوع صورتجلسه

۷-۲-۳ مسئول بخش ها و واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۷-۳ شرح وظایف مدیریت خطر، حوادث و بلایا

۷-۳-۱ تشکیل تیم ارزیابی ایمنی بیمارستان

۷-۳-۲ طرح و بررسی نتایج ارزیابی عوامل خطر آفرین و ایمنی بیمارستان

۷-۳-۳ گزارش، بررسی و تحلیل حوادث در بیمارستان و در صورت لزوم طراحی جهت اجرا اقدامات اصلاحی /برنامه بهبود مؤثر

۷-۳-۴ تدوین فهرست منابع خبری معتبر جهت آگاهی پیش از مواجهه با حادثه همراه با شمار ه تماس با آنهاکه می بایستی نسخه مذبور در اختیار دفتر پرستاری ، دفتر مدیریت و اتاق فرماندهی حادثه قرارگیرد.

۷-۳-۵ تدوین فهر ست موارد قابل گزارش به سوپروایزر و ستاد هدایت دان شگاه برا ساس آخرین د ستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت جهت ابلاغ به تمام بخشها /واحدها

۷-۳-۶ تدوین سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان براساس نمودار پیشنهادی فرماندهی حوادث بیمارستانی

۷-۳-۷ تمرین دورمیزی حداقل دو بار در سال براساس نتایج ارزیابی خطر و سناریو محتمل بلایا برای اعضا کمیته و ارائه گزارش از روند برگزاری تمرین و نقاط قوت و ضعف

۷-۳-۸ تدوین و ابلاغ دستورالعمل "تخلیه بیمارستان در زمان حادثه "به تمامی واحدها / بخشها

۷-۳-۹ شناسایی فهرستی از خدمات ضروری و بخشها/واحدهای حیاتی بیمار ستان جهت تداوم خدمات حیاتی و برنامه بازیابی پس از حوادث و بلایا

۷-۳-۱۰ تدوین خط مشی و روش "تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران"

۷-۳-۱۱ تحلیل عملکرد بیمارستان پس از انجام تمرینها و یا بروز حوادث داخلی و خارجی و طراحی واجرا اقدامات اصلاحی مؤثر

۷-۳-۱۲ ارائه گزارش کامل اعضای سامانه فرماندهی حادثه ظرف 72 ساعت، از عملیات و فعالیتهای صورت گرفته، مشکلات و پیشنهادات پس از اتمام عملیات و توقف برنامه به کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا

۸. کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار

۸–۱ اعضای ثابت

۸-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۸-۱-۲ مدیر داخلی بیمارستان / مسئول فنی و ایمنی بیمار

۸-۱-۳ مدیر پرستاری بیمارستان

۸-۱-۴ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۸-۱-۵ سوپروایزر ایمنی بیمار (کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار)

۸-۱-۶ مدیر بهبود کیفیت

۸-۱-۷ سرپرست مهندسی پزشکی

۸-۱-۸ سرپرست تاسیسات و برق

۸-۱-۹ سرپرست ساختمان

۸-۱-۱۰ مسئول بهداشت

۸-۱-۱۱ کارشناس بهداشت حرفه ای

۸-۱-۱۲ دبیر کمیته

۸–۲ اعضای موقت

۸-۲-۱ پزشکان متخصص برحسب موضوع صورتجلسه

۸-۲-۲ مسئول بخش ها و واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۳-۸شرح وظایف کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار

۸-۳-۱ ارائه گزارش نواقص در زمینه عوامل شیمیایی موجود بر اساس بازدیدهای انجام شده و ارزیابی های کمی در بخشها

۸-۳-۲ برر سی انجام ارزیابی مجدد کنترل خطراندازه گیری عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار در بخشهای پرخطر مرتبط با عوامل زیان آور شیمیایی با تشخیص کمیته

۸-۳-۳ ارائه گزارش نواقص در زمینه عوامل زیان آور فیزیکی موجود بر ا ساس بازدیدهای انجام شده و ارزیابی های کمی در بخشها

۸-۳-۴ گزارش ارزیابی ها، اقدامات اصلاحی و اثربخشی آنها در زمینه کنترل عوامل بیولوژیک درجلسه مشترک با کمیته کنترل عفونت

۸-۳-۵ برر سی انجام ارزیابی مجدد کنترل خطر اندازه گیری عوامل زیان آور بیولوژیک محیط کار در بخ شهای پرخطر مرتبط با عوامل زیان آور بیولوژیک با تشخیص کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار و کنترل عفونت

۸-۳-۶ ارائه گزارش نواقص در زمینه عوامل زیان آور ارگونومیک موجود بر اساس بازدیدهای انجام شده و ارزیابی های کمی در بخشها

۸-۳-۷ گزارش نتایج ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه عوامل زیان آور ارگونومیک محیط کار

۸-۳-۸ مطرح شدن حوادث بر ح سب نوع حادثه جهت تدوین و اجرای اقدامات ا صلاحی/ برنامه بهبود در جل سه م شترک با کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا

۹. کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن

۹-۱ اعضای ثابت

۹-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۹-۱-۲ مدیر داخلی بیمارستان / مسئول فنی و ایمنی بیمار

۹-۱-۳ مدیر پرستاری بیمارستان

۹-۱-۴ پزشک مسئول مادران پرخطر/ رئیس بخش بلوک زایمان

۹-۱-۵ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۹-۱-۶ سوپروایزر ایمنی بیمار (کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار)

۹-۱-۷ مدیر بهبود کیفیت

۹-۱-۸ رئیس بخش NICU

۹-۱-۹ رئیس بخش جراحی زنان

۹-۱-۱۰ سوپروایزر مامایی/ رابط مادران پر خطر

۹-۱-۱۱ سرپرستار بخش جراحی زنان

۹-۱-۱۲ سرپرستار بخشNICU

۹-۱-۱۳ مسئول بخش بلوک زایمان

۹-۱-۱۴ کارشناس تغذیه

۹-۱-۱۵ دبیر کمیته

۹-۲ اعضای موقت

۹-۲-۱ پزشکان متخصص زنان برحسب موضوع صورتجلسه

۹-۳ شرح وظایف کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن

۹-۳-۱ بررسی نتایج شاخص سزارین و سزارین بار اول ، سزارین نخست زا و انجام اصلاحات / اقدامات اصلاحی برای کاهش میزان سزارین

۹-۳-۲ بررسی اندیکاسیون های انجام سزارین بر اساس دستورالعمل های کشوری و ارائه بازخورد به متخصصان

۹-۳-۳ ارزیابی نتایج اثر بخ شی مراقبت های مادر و نوزاد با ا ستفاده از ابزار برر سی کیفیت خدمات مامایی ابلاغی وزارت بهداشت

۹-۳-۴ تعیین بازه زمانی و ارزیابی پیگیری میزان رعایت برنامه های خود مراقبتی مادران و نوزادان آنها پس از ترخیص

۹-۳-۵ برنامه ریزی و اجرای برنامه های آموزشی برای توانمند سازی کارکنان مرتبط با مراقبت های مادر و نوزاد

۹-۳-۶ نظارت بر اجرای اقدامات بیمارستان های دوستدار مادر در بیمارستان

۹-۳-۷ نظارت بر آموزش های ارائه شده به مادران در مدت بستری و در کلاس های آمادگی برای زایمان

۱۰. کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر

۱۰-۱ اعضای ثابت

۱۰-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۱۰-۱-۲ مدیر داخلی بیمارستان / مسئول فنی و ایمنی بیمار

۱۰-۱-۳ مدیر پرستاری بیمارستان

۱۰-۱-۴ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۱۰-۱-۵ سوپروایزر ایمنی بیمار (کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار)

۱۰-۱-۶ سوپروایزر آموزشی

۱۰-۱-۷ مدیر بهبود کیفیت

۱۰-۱-۸ رئیس بخش بلوک زایمان

۱۰-۱-۹ رئیس بخش NICU

۱۰-۱-۱۰ رئیس بخش جراحی زنان

۱۰-۱-۱۱ سوپروایزر مامایی

۱۰-۱-۱۲ سرپرستار بخش جراحی زنان

۱۰-۱-۱۳ سرپرستار بخش NICU

۱۰-۱-۱۴ مسئول بخش بلوک زایمان

۱۰-۱-۱۵ کارشناس تغذیه

۱۰-۱-۱۶ مددکار اجتماعی

۱۰-۱-۱۷ دبیر کمیته

۱۰-۲ اعضای موقت

۱۰-۲-۱ پزشکان متخصص (کودکان-زنان) برحسب موضوع صورتجلسه

۳-۱۰ شرح وظایف کمیته ترویج تغذیه با شیرمادر

۱-۳-۱۰ برنامه ریزی و اجرای اقدامات و پایش آن برای استقرار گام های ده گانه استاندارد دوستدار کودک ، بررسی اثر بخشی اقدامات و تحلیل نقاط قوت و ضعف و ارائه اقدامات اصلاحی / برنامه های بهبود برای بهبود روند نتایج

۲-۳-۱۰ تعیین بازه زمانی برای پیگیری وضعیت نوزاد پس از ترخیص از مادر

۳-۳-۱۰مشارکت در اجرای محورهای برنامه ملی تغذیه با شیر مادر و برنامه های ملی نوین نوزاد و کودک

۴-۳-۱۰برگزاری جلسات به صورت حداقل هر ۳ ماه یک بار

۵-۳-۱۰ نظارت مستمر و منظم بر عملکرد کارکنان در زمینه رعایت دستورالعمل های مراقبت های مادر و کودک و آموزش مادران و اجرای اقدامات ۱۰ گانه در اتاق زایمان و اتاق عمل ، بخش پس از زایمان ، بخش NICU ، بخش اطفال و واحد ارائه خدمات دوران بارداری و مشاوره شیردهی ، داروخانه .

۶-۳-۱۰ اجرا و نظارت بر پایش های دوره ای بیمارستان ، پیگیری دریافت نتایج و برنامه ریزی برای مداخلات لازم با زمان بندی مشخص و حفظ مستندات ، همکاری با معاونت بهداشت دانشگاه در انجام ارزیابی مجدد بیمارستان .

۷-۳-۱۰ نظارت بر اجرای قانون شیر مادر و کد بین المللی جانشین شونده های شیر مادر در زمینه حمایت از کارکنان شاغل شیر ده و منع تبلیغات شیر مصنوعی و شیشه و گول زنک .

۸-۳-۱۰ برنامه ریزی آموزش استاندارد کارکنان مرتبط با مراقبت های مادر و کودک به صورت شرکت در کارگاه های ۲۰ ساعته با صدور گواهی

۹-۳-۱۰ تشکیل دوره های باز آموزی برای کارکنان و نیز توجیه کارکنان جدید الورود

۱۰-۳-۱۰ شرکت در دوره های بازآموزی و سمینارهای برگزار شده از سوی کمیته دانشگاهی و کشوری

۱۱-۳-۱۰نظارت و پیگیری بر فراهم نمودن تسهیلات لازم برای اقامت مادرانی که شیرخوارانشان در بخش بستری هستند .

۱۲-۳-۱۰ نظارت بر ترخیص همزمان مادران و نوزادان

۱۳-۳-۱۰ تهیه نشریات آموزشی برای مادران و نظارت بر توزیع آن ها

۱۴-۳-۱۰ تنظیم و ارسال گزارشات لازم به مراجع ذیربط ، تنظیم صورتجلسات و پیگیری مصوبات

۱۱. کمیته درمان ، دارو و تجهیزات پزشکی و کمیته جذب، ممیزی و مالی پزشکان و اقتصاد سلامت

۱-۱۱ اعضای ثابت

۱-۱-۱۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۲-۱-۱۱ مدیر داخلی بیمارستان / مسئول فنی و ایمنی بیمار

۳-۱-۱۱ مدیر آموزش و پژوهش

۴-۱-۱۱ مدیر پرستاری بیمارستان

۵-۱-۱۱ مدیر مالی واداری

۶-۱-۱۱ مدیر بهبود کیفیت

۷-۱-۱۱ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۸-۱-۱۱ رئیس داروخانه/مدیر داروئی وملزومات پزشکی

۹-۱-۱۱ سرپرست مهندسی پزشکی

۱۰-۱-۱۱ سوپروایزر ایمنی بیمار (کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار)

۱۱-۱-۱۱ سوپروایزر آموزشی

۱۲-۱-۱۱ مسئول فنی ملزومات پزشکی

۱۳-۱-۱۱ مسئول تدارکات

۱۴-۱-۱۱ دبیرکمیته

۲-۱۱ اعضای موقت

۱-۲-۱۱ پزشکان متخصص برحسب موضوع صورتجلسه

۲-۲-۱۱ مسئول بخش ها / واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۳-۱۱ شرح وظایف کمیته درمان ، دارو و تجهیزات پزشکی و کمیته جذب، ممیزی و مالی پزشکان و اقتصاد سلامت

۱-۳-۱۱ تبیین مفاهیم صرفه و صلاح به صورت بومی برای هر مورد خرید تجهیزات پزشکی سرمایه ای و یا انتخاب نوع /مدل آن

۲-۳-۱۱ تعیین و تصویب فهرست تجهیزات ضروری هر بخش

۳-۳-۱۱ تعیین و تصویب واحدها /بخشهای پشتیبان تجهیزات ضروری هر بخش

۴-۳-۱۱ تعیین وتصویب فهرست تجهیزات حیاتی و سرمایه ای مشمول سرویسهای دوره ای

۵-۳-۱۱ تعیین وتصویب فهرست تجهیزات حیاتی و سرمایه ای /کالیبراسیون

۱۱-۳-۶ تصویب وابلاغ تعریف خطرات (از جمله بیماران مستعد یا مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط یا ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سو تغذیه، تشنج)

۷-۳-۱۱ تصویب وابلاغ لیست مقادیر بحرانی پاراکلینیک

۸-۳-۱۱ تعیین وتصویب نحوه برچسب گذاری بر روی ویال یا باکس یا قفسه برای انواع داروهای با هشدار بالا بر اساس شواهد معتبر

۹-۳-۱۱ تصویب دستورالعمل نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک

۱۰-۳-۱۱ تصویب چیدمان ترالی اورژانس در تمامی بخشها /واحدها منطبق برآخرین نسخه ابلاغی وزارت متبوع

۱۱-۳-۱۱ تصویب تعداد و مکان استقرار ترالی احیا در بیمارستان منطبق برآخرین نسخه ابلاغی وزارت متبوع

۱۱-۳-۱۲ تصویب تصمیمات اصلاحی /برنامه بهبود در زمینه تامین و توزیع دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی باتوجه به نظرات و انتقادات بخشهای بالینی در بازه زمانی فصلی با محوریت مسئول فنی بخش مراقبتهای دارویی

۱۱-۳-۱۳ تصویب اقدامات اصلاحی /برنامه بهبود درزمینه مصرف ایمن دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی، با محوریت مسئول فنی بخش مراقبتهای دارویی

۱۱-۳-۱۴ تصویب تجویز و مصرف ایمن تجهیزات مصرفی پزشکی با قابلیت مصرف مجدد با تایید کارخانه سازنده، منابع معتبر و شواهد علمی و دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت با مشارکت کمیته پیشگیری وکنترل عفونت

بررسی وتصویب فرمولاری دارویی بیمارستان در چارچوب و زیرمجموعه فهرست رسمی داروهای ایران(ID L)

۱۱-۳-۱۶ پیش بینی فرایندی قابل کنترل توسط کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی برای مدیریت تجویز خارج از فرمولاری دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی

۱۱-۳-۱۷ تامین دارو و تجهیزات مصرفی خارج از فرمولاری دارو و تجهیزات پزشکی

۱۱-۳-۱۸ابلاغ حداکثر مهلت زمان انجام و گزارش نتایج تصویر برداری غیر اورژانس به بخش تصویر برداری

۱۱-۳-۱۹ شناسایی آزمایشهای شایع و مورد نیاز بیماران درمانگاههای تخصصی

۱۱-۳-۲۰ راه اندازی/عقد قراداد ارجاع نمونه به منظور ارائه خدمات آزمایشگاهی مورد نیاز بیماران سرپایی طبق مصوبه کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان

۱۱-۳-۲۱ تایید تهیه داروها و تجهیزات گرانقیمت

۱۱-۳-۲۲ برنامه ریزی واجرا تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیکها درجلسات مشترک با کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

۱۱-۳-۲۳ اعلام بازنگری فهرست داروهای ضروری و داروهای حیاتی

۱۱-۳-۲۴ بررسی وتصویب فرمولاری و فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی پیشنهادی مسئول فنی /رئیس بخش مراقبتهای دارویی

۱۱-۳-۲۵ انجام و گزارش تصویر برداریهای غیر اورژانس بدون ایجاد هرگونه تاخیر /اختلال در روند تشخیص درمان براساس مصوبه کمیته درمان، دارو و تجهیزات

۱۱-۳-۲۶ شناسایی آزمایشهای شایع و مورد نیاز بیماران درمانگاههای تخصصی در کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان

۱۱-۳-۲۷ نظارت بر تامین دارو و تجهیزات پزشکی(مصرف آنها به نحوی نباشد که منجر به کاهش در کمیت و کیفیت خدمات و تهدید ایمنی بیماران شود)

۱۱-۳-۲۸ ارزیابی صرفه و صلاح برای خرید ملزومات و تجهیزات پزشکی

۱۱-۳-۲۹ برنامه ریزی درافزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه تجهیزات پزشکی

۱۱-۳-۳۰ تهیه فهرست تجهیزات پزشکی مورد نیاز /ذخیره و یا نحوه تأمین آنها برای تداوم عملکرد بخشها/واحدهای حیاتی بیمارستان

۱۱-۳-۳۱ برنامه ریزی بر حسن اجرای تهیه، نگهداری و حمل و نقل ایمن کپسولهای طبی

۱۱-۳-۳۲ نظارت بر تامین اکسیژن با فشار، جریان و خلوص مورد انتظار برای بیمار

۱۱-۳-۳۳ تصویب تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی مطابق با ضوابط سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی و رعایت آیین نامه های مالی و معاملاتی و تشریفات قانونی مربوط

۱۱-۳-۳۴ بهبود و توسعه تجهیزات پزشکی در راستای ارتقای سرعت، دقت و صحت خدمات تشخیصی، با استفاده از تجهیزات دارای تکنولوژی پیشرفته و به روز

۱۱-۳-۳۵ بهبود و توسعه تجهیزات پزشکی با تکنولوژی پیشرفته و به روز در راستای ارتقای کیفیت، خدمات بالینی، ایمنی بیمار، کاهش عوارض و کاهش مدت مراقبت

۱۱-۳-۳۶ برنامه ریزی و مدیریت درپایش، نگهداری، ارزیابی و کاربری صحیح تجهیزات پزشکی

۱۱-۳-۳۷ بررسی اطلاعات مربوط به حجم مداخلات تجویز شده توسط پزشکان شاغل در بیمارستان با استفاده ازروشهای آماری و مدیریتی

۱۱-۳-۳۸ شناسائی موارد خارج از بازه های معمول و پیگیری علت آن .

۱۱-۳-۳۹ بررسی آماری از مداخلات تشخیصی و درمانی از جمله: میانگین بالا و خارج از اندیکاسیون با ارائه تذکر و راهنمائی لازم به صورت مکتوب از طرف کمیته

۱۱-۳-۴۰ بررسی مداخلات درمانی نادر و پرهزینه دربیمارستان(برگزاری جلسات مورد نیاز قبل از ایجاد مداخلات با دعوت از متخصصین رشته های مربوطه و پزشک متخصصی که قرار است مداخله درمانی را انجام دهد)

۱۱-۳-۴۱ بررسی و صدور مجوز مربوط به مداخلات درمانی نادر و پرهزینه ، بدون هیچگونه تاخیر یا تغییر دربرنامه پذیرش بیماران و نیز معطلی آنان.

۱۱-۳-۴۲بررسی درآمدهای بیمارستان و چگونگی استحصال آنها

۱۱-۳-۴۳ موارد تخصصی ارجاع شده در کمیته رهبری ومدیریت

۱۱-۳-۴۴هماهنگی با قسمتهای مرتبط در جهت توازن و تصحیح درخواست ها و مصارف کلی، جزئی و عمومی بخش ها

۱۱-۳-۴۵صرفه جویی و برنامه ریزی جهت بهره وری و نیاز واقعی بخش ها

۱۲. کمیته مرگ و میر و عوارض و آسیب شناسی

۱-۱۲ اعضای ثابت

۱-۱-۱۲ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۲-۱-۱۲ مدیر داخلی بیمارستان / مسئول فنی و ایمنی بیمار

۳-۱-۱۲ مدیر پرستاری بیمارستان

۴-۱-۱۲ پزشک متخصص قانونی

۵-۱-۱۲ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۶-۱-۱۲ سوپروایزر ایمنی بیمار (کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار)

۷-۱-۱۲ مدیر بهبود کیفیت

۸-۱-۱۲ مسئول پزشکان عمومی

۹-۱-۱۲ رئیس آزمایشگاه / متخصص آسیب شناسی

۱۰-۱-۱۲ متخصص بیهوشی / ICU

۱۱-۱-۱۲ متخصص قلب

۱۲-۱-۱۲ متخصص رادیولوژی

۱۳-۱-۱۲ متخصص اطفال/فوق تخصص نوزادان

۱۴-۱-۱۲ متخصص زنان

۱۵-۱-۱۲ سوپروایزر مامایی

۱۶-۱-۱۲ دبیر کمیته احیاء نوزادان

۱۷-۱-۱۲ دبیر کمیته مرگ مادر و پریناتال

۱۸-۱-۱۲ دبیرکمیته ۱ تا ۵۹ ماه

۱۹-۱-۱۲ دبیر کمیته

۲-۱۲ اعضا موقت

۱-۲-۱۲ پزشکان متخصص برحسب موضوع صورتجلسه

۲-۲-۱۲ مسئول بخش ها و واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۳-۱۲ شرح وظایف کمیته مرگ و میر و عوارض و آسیب شناسی

۱-۳-۱۲ گزارش موارد مر و عوارض ناشی از سکته های قلبی و مغزی

۲-۳-۱۲تشخیص موارد خسارت جسمی، روحی روانی به بیمار /مراجعین از ناحیه وقایع ناخواسته

۳-۳-۱۲تدوین و پایش اجرای روش اجرایی «ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی»

۴-۳-۱۲ بررسی فهرست عوامل تهدید کننده زیرساختی و فرآیندی و خطاهای احتمالی پزشکی حاصل از نتایج اجرای ارزیابی پیشگیرانه وارجاع آن به کمیته های مرتبط

۵-۳-۱۲ برنامه ریزی جهت برگزاری سمینار/ کنفرانس هایی با موضوع خطای پزشکی و مرگ و میر و عوارض بیمارستانی

۶-۳-۱۲ تدوین و پایش اجرای روش اجرایی «نحوه گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه»

۷-۳-۱۲ بررسی تفاوت های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته های پاتولوژی و جراحی در بیمارستان

۸-۳-۱۲ تحلیل ریشه ای و بررسی پرونده بالینی بیماران پس از وقوع مرگ و میر غیر منتظره حداکثر تا ۷۲ ساعت و گزارش به دانشگاه

۹-۳-۱۲ تدوین سازو کار مناسب برای انجام اتوپسی در اولین فرصت ممکن برای اثبات علت مرگ ها با همکاری پزشکی قانونی

۱۰-۳-۱۲ برنامه ریزی جهت برگزاری جلسات کمیته مرگ و میر ۵۹-۱ ماهه به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و تحلیل ریشه ای دلایل مرگ و میر کودکان و تدوین اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود در صورت لزوم

۱۱-۳-۱۲ برنامه ریزی جهت برگزاری جلسات کمیته مرگ مادر به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و تحلیل ریشه ای دلایل مرگ و میر مادران وتدوین اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود در صورت لزوم

۱۲-۳-۱۲ برنامه ریزی جهت برگزاری جلسات کمیته مرگ پریناتال به عنوان زیر مجموعهای از کمیته مرگ و میر و تحلیل ریشه ای دلایل مرگ پریناتال و تدوین اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود در صورت لزوم

۱۳-۳-۱۲ برنامه ریزی جهت برگزاری جلسات کمیته احیاء نوزاد مطابق با بسته خدمتی احیاء نوزاد به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و تنظیم دستورالعمل ها و بخشنامه های مرتبط با احیای نوزاد و ساماندهی وسایل و تجهیزات لازم برای احیای نوزادان و برای برگزاری دوره های بازآموزی احیای نوزادان

۱-۳-۱۲ شرح وظایف کمیته مرگ کودک ۱ تا ۵۹ ماه

۱-۱-۳-۱۲ بحث و بررسی لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه، استخراج شده از پرسشنامه های (ب، ج، د، ه) بررسی موارد فوت

۲-۱-۳-۱۲ مصوب کردن مداخلات براساس اطلاعات بدست آمده در بیمارستان

۳-۱-۳-۱۲ تعیین بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله و ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده

۴-۱-۳-۱۲ تعیین مسئولین اجرای پایش و ارزیابی بر نحوه اجرای مداخلات تصویب شده در بیمارستان

۵-۱-۳-۱۲ ارائه پیشنهاد به کمیته شهرستانی کاهش مرگ ومیر برای اجرای مداخلات تصویب شده در سطح شهرستان

تبصره۱– مداخلات استخراج شده از نرم افزار و اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه ها در گروه کاری بیمارستان که با مسئولیت مدیر پرستاری بیمارستان تشکیل می شود را بررسی کرده و لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان را برای دستور جلسه در کمیته آماده می کنند.

تبصره۲– در صورتیکه در ماه گذشته مرگ کودکی اتفاق نیافتاده است یا لیست مداخلاتی از مرگ های اتفاق افتاده، استخراج نمی شود لیست پیشنهادی مداخلات باید براساس اطلاعات پایش و ارزیابی بخش کودکان و اورژانس بیمارستان استخراج شود.

شرح وظایف کمیته مرگ مادر و پریناتال

۶-۱-۳-۱۲ بحث و بررسی لیست پیشنهادی مداخله ها مرگ پریناتال، استخراج شده از نتایج بررسی و جدول نرخ مرگ بر حسب وزن و علل مرگ

۷-۱-۳-۱۲ مصوب کردن مداخله ها براساس اطلاعات بدست امده در بیمارستان

۸-۱-۳-۱۲ تعیین بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله

۹-۱-۳-۱۲ ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده

۱۰-۱-۳-۱۲ تعیین مسئولین اجرای پایش و ارزیابی برچگونگی اجرای مداخله ها تصویب شده در بیمارستان

۱۱-۱-۳-۱۲ ارائه پیشنهاد به کمیته شهرستانی کاهش مرگ و میر برای اجرای مداخله ها تصویب شده در سطح شهرستان

تبصره۱– در صورتی که در ماه گذشته مرگ نوزادی اتفاق نیافتاده است باید براساس پایش و ارزیابی فعالیت های انجام شده و مداخله ها مقرر شده قبلی بررسی لازم انجام و تصمیم برای اقدامات مقتضی گرفته شود.

۲–۳–۱۲ شرح وظایف کمیته احیاء نوزاد

۱-۲-۳-۱۲ اجرای دستورالعمل ها و بخشنامه های مرتبط با احیای نوزاد در بیمارستان

۲-۲-۳-۱۲ پایش و ارزشیابی اجرای برنامه ها و دستورالعمل های مرتبط با احیای نوزاد در بیمارستان

۳-۲-۳-۱۲ تنظیم دستورالعمل های اجرایی اختصاصی برای بیمارستان

۴-۲-۳-۱۲ ساماندهی آموزش:

۱-۴-۲-۳-۱۲ شناسایی و تهیه فهرست روز آمد پرسنل دارای مدرک احیاء نوزاد در سطوح مختلف تخصصی و تعیین کمبودهای احتمالی در زمینه پرسنل آموزش دیده

۲-۴-۲-۳-۱۲ برنامه ریزی و حمایت برای شرکت پرسنل در دوره های آموزشی و بازآموزی احیاء نوزادان

۳-۴-۲-۳-۱۲ تعیین نیازهای آموزشی بیمارستان

۴-۴-۲-۳-۱۲ برگزاری تهیه وسایل، تجهیزات و داروهای مورد نیاز و نظارت بر تهیه و توزیع موارد یاد شده

۵-۴-۲-۳-۱۲ آموزش و توانمندی سازی پرسنل در جهت حفظ و نگهداری وسایل دوره های آموزشی داخل بیمارستانی برای پرسنل دخیل در امر احیا

۵-۲-۳-۱۲ ساماندهی وسایل، تجهیزات و داروها:

۱-۵-۲-۳-۱۲ تهیه لیست روزآمد از تجهیزات و وسایل موجود در مرکز و شناسایی کمبودهای احتمالی

۲-۵-۲-۳-۱۲ برنامه ریزی جهت تامین تجهیزات

۳–۳–۱۲ شرح وظایف کمیته مرگ مادر و پریناتال

۱-۳-۳-۱۲ بحث و بررسی لیست پیشنهادی مداخله ها مرگ پریناتال، استخراج شده از نتایج بررسی و جدول نرخ مرگ بر حسب وزن و علل مرگ

۲-۳-۳-۱۲ مصوب کردن مداخله ها براساس اطلاعات بدست آمده در بیمارستان

۱۲-۳-۳-۳ تعیین بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله

۱۲-۳-۳-۴ ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده

۱۲-۳-۳-۵ تعیین مسئولین اجرای پایش و ارزیابی برچگونگی اجرای مداخله ها تصویب شده در بیمارستان

۱۲-۳-۳-۶ ارائه پیشنهاد به کمیته شهرستانی کاهش مرگ و میر برای اجرای مداخله ها تصویب شده در سطح شهرستان

تب صره۱- در صورتی که در ماه گذ شته مرگ نوزادی اتفاق نیافتاده ا ست باید برا ساس پایش و ارزیابی فعالیت های انجام شده و مداخله های مقرر شده قبلی بررسی لازم انجام و تصمیم برای اقدامات مقتضی گرفته شود.

۱۳. کمیته طب انتقال خون

۱-۱۳ اعضای ثابت

۱۳-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۱۳-۱-۲ مدیر داخلی بیمارستان / مسئول فنی و ایمنی بیمار

۱۳-۱-۳ مدیر پرستاری بیمارستان

۱۳-۱-۴ پزشک ارشد همو‌ویژلانس / مسئول فنی آزمایشگاه

۱۳-۱-۵ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۱۳-۱-۶ سوپروایزر ایمنی بیمار (کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار)

۱۳-۱-۷ سوپروایزر آموزشی

۱۳-۱-۸ مدیر بهبود کیفیت

۱۳-۱-۹ جانشین پزشک ارشد همو‌ویژلانس

۱۳-۱-۱۰ سوپروایزر آزمایشگاه

۱۳-۱-۱۱ پزشک مشاوره طب انتقال خون و مدیریت خون بیمار/ رئیس راهبردی گروه داخلی

۱۳-۱-۱۲ رئیس بخش اورژانس

۱۳-۱-۱۳ مسئول پذیرش و مدارک پزشکی

۱۳-۱-۱۴ سرپرستار اتاق عمل

۱۳-۱-۱۵ دبیر کمیته

۱۳-۲ اعضای موقت

۱۳-۲-۱ پزشکان متخصص برحسب موضوع صورتجلسه
۱۳-۲-۲ مسئول بخش ها و واحدها برحسب موضوع صورتجلسه
۱۳-۲-۳ نماینده دفتر نظارت و پخش فرآورده های خونی سازمان انتقال خون

۱۳-۳ شرح وظایف کمیته طب انتقال خون

۱۳-۳-۱ بررسی و ارزیابی موارد تزریق خون و موارد عدم مصرف و میزان خون های برگشتی و تدوین اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود جهت مصرف بهینه خون و کاهش میزان خون برگشتی

۱۳-۳-۲ اطمینان از پیاده سازی طرح سیستم مراقبت از خون (همووژلانس) در بیمارستان

۱۳-۳-۳ تدوین و پایش روش اجرایی «مدیریت عوارض ناخواسته احتمالی به دنبال تزریق خون»

۱۳-۳-۴ بررسی علل ریشه ای عوارض ناخواسته انتقال خون و فرآورده های خونی و تدوین اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود

۱۳-۳-۵ تدوین و پایش اجرای روش اجرایی «نحوه شناسایی بیمار، نحوه نمونه گیری، نحوه آماده سازی بیمار قبل از تزریق خون»

۱۳-۳-۶ تدوین و پایش اجرای روش اجرایی نحوه تزریق خون و فرآورده ها

۱۳-۳-۷ تدوین و پایش اجرای روش اجرای «درخواست و تزریق خون برای نوزادان و شیرخواران با سن کمتر از ۴ماه»

۱۳-۳-۸ تحلیل نتایج کنترل کیفی خارجی و نتایج ممیزی های پایگاه انتقال خون در آزمایشگاه بانک خون و در صورت لزوم طراحی و اجرای اقدام اصلاحی و برنامه بهبود کیفیت

۱۳-۳-۹ اطمینان از رعایت اصول ایمنی در آماده سازی بیماربرای تزریق خون

۱۳-۳-۱۰ بررسی مشکلات طب انتقال خون در بیمارستان و تعیین راهکارهای استاندارد

۱۴.کمیته ارتقای راهبردی خدمات بخش اورژانس

۱-۱۴ اعضای ثابت

۱-۱-۱۴ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۲-۱-۱۴ مدیر داخلی بیمارستان / مسئول فنی و ایمنی بیمار

۳-۱-۱۴ مدیر پرستاری بیمارستان

۴-۱-۱۴ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۵-۱-۱۴ سوپروایزر ایمنی بیمار(کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار)

۶-۱-۱۴ مدیر بهبود کیفیت

۷-۱-۱۴ رئیس بخش اورژانس / Bed Manger

۸-۱-۱۴ سرپرستار بخش اورژانس

۹-۱-۱۴ مسئول بلوک زایمان

۱۰-۱-۱۴ سوپروایزر مامایی

۱۱-۱-۱۴ مسئول پذیرش و مدارک پزشکی

۱۲-۱-۱۴ مسئول واحد تکریم

۱۳-۱-۱۴ دبیر کمیته

۱۴-۱-۱۴ روسای بخش های بستری

۱۵-۱-۱۴ مدیر آموزش و پژوهش

۲-۱۴ اعضای موقت

۱-۲-۱۴ پزشکان متخصص طب اورژانس برحسب موضوع صورتجلسه

۲-۲-۱۴ روسای بخش های پاراکلینیک بیمارستان برحسب موضوع صورتجلسه

۳-۲-۱۴ پزشکان عمومی مستقر در واحد تریاژ برحسب موضوع صورتجلسه

۴-۲-۱۴سوپروایزر آموزشی

۴-۲-۱۴ سوپروایزرهای بالینی برحسب موضوع

۵-۲-۱۴ مسئول بخش / واحدهای مرتبط با موضوع صورتجلسه

۶-۲-۱۴ مسئول حراست

۷-۲-۱۴ مسئول واحد IT

۳-۱۴ شرح وظایف کمیته ارتقای راهبردی خدمات بخش اورژانس

۱-۳-۱۴ طراحی جهت اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبودشاخص تعیین تکلیف بیماران کمتر از شش ساعت در اورژانس با گزارش ارزیابی سیستمی عوامل موثر در اطاله تعیین تکلیف بیماران وبه صورت میدانی

۲-۳-۱۴ طراحی جهت اجرای اقدامات ا صلاحی/ برنامه بهبود شاخص انتقال بیماران اورژانس به بخ شهای ب ستری کمتر از دوازده ساعت در اورژانس با گزارش ارزیابی سی ستمی عوامل موثر در اطاله زمان انتقال بیماران به بخ شهای ب ستری وبه صورت میدانی

۳-۳-۱۴ ارزیابی مستمر عملکرد اورژانس در حوزه های بالینی و غیر بالینی بر اساس روشهای مدون

۴-۳-۱۴ طراحی/ بازنگری/ بهبود فرایندها و شاخصهای عملکردی اورژانس

۵-۳-۱۴ برنامه ریزی در شناسایی خدمات اورژانس و نحوه ارائه و نیز زمان بندی خدمات آزمایشگاه تصویر برد اری، داروخانه و سایر خدمات پاراکلینیک

۶-۳-۱۴ تعیین و ابلاغ جهت اجرای زمان بندی مشخص برای جوابدهی آزمایشات، تصویر بردار ی اورژانس وطراحی در اجرای اقدامات اصلاحی موارد عدم انطباق

۷-۳-۱۴ طراحی اجرای اقدامات اصلاحی بر روند ارائه خدمات در تمامی واحدهای بیمار ستان (فنی و پشتیبانی) در موارد غیر پرستاری با هماهنگی ریاست بیمارستان/ کمیته اورژانس و با مدیران مربوطه

۸-۳-۱۴ بررسی آمار مراجعین و شاخصهای کیفی بخش اورژانس بیمارستان

۹-۳-۱۴ اتخاذ راهکارهای اصلاحی پیرامون بهبود شاخصهای کیفی بخش اورژانس

۱۰-۳-۱۴ تحلیل نتایج آمار و شاخص های مرتبط با تریاژ و اتخاذ راهکارهای اصلی

۱۱-۳-۱۴ بررسی روند پذیرش و درمان بیماران بخش اورژانس (Patient Flow) و اصلاح فرآیندهای مرتبط

۱۲-۳-۱۴ بررسی وضعیت تعیین تکلیف بیماران و عملکرد مدیر تخت های بیمارستانی و اتخاذ راهکارهای اصلاحی

۱۳-۳-۱۴ بررسی وضعیت تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی بخش اورژانس و اتخاذ راهکارهای اجرایی در زمینه تامین نیازها

۱۴-۳-۱۴ تصمیم گیری پیرامون وضعیت منابع انسانی مورد نیاز بخش اورژانس بیمارستان و رفع کمبودهای پرسنلی

۱۵-۳-۱۴ بررسی نیازسنجی های آموزشی و تصویب برنامه های آموزشی مورد نیاز کارکنان بخش اورژانس بیمارستان

۱۶-۳-۱۴ تدوین طرح ها مربوط به اصلاح ساختار فیزیکی بخش اورژانس و ارائه آن به اداره اورژانس بیمارستانی دانشگاه

۱۷-۳-۱۴ تصمیم گیری پیرامون افزایش همکاری و هماهنگی فیمابین اورژانس بیمارستانی و پیش بیمارستانی

۱۸-۳-۱۴ پیگیری کلیه فرآیندهای اختصاصی و عمومی و پشتیبانی که نیازمند مداخله می باشد و تعیین مسئول پیگیری مصوبات

۱۹-۳-۱۴ بررسی شکایات بخش اورژانس و وضعیت تکریم ارباب رجوع

۱۵.کمیته مستقل تغذیه بالینی

۱-۱۵ اعضای ثابت

۱-۱-۱۵ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۲-۱-۱۵ مدیر داخلی

۳-۱-۱۵ سوپروایزر آموزشی

۴-۱-۱۵ مدیر بهبود کیفیت/ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۵-۱-۱۵ مدیر آموزش و پژوهش

۶-۱-۱۵ مسئول تغذیه بالینی

۷-۱-۱۵ مدیر پرستاری

۸-۱-۱۵ مدیر مالی

۹-۱-۱۵ مدیر اداری

۱۰-۱-۱۵ مسئول بهداشت محیط

۱۱-۱-۱۵ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

۱۲-۱-۱۵ مسئول خدمات

۱۳-۱-۱۵ مسئول فنی داروخانه

۲-۱۵ اعضای موقت

۱-۲-۱۵ مسئول وکارشناس مسئول بخش ها/ واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۲-۲-۱۵ پزشکان متخصص بر حسب موضوع صورتجلسه

۳-۱۵ شرح وظایف کمیته مستقل تغذیه بالینی

۱-۳-۱۵ بررسی شاخص های واحد تغذیه، برنامه ریزی جهت دستیابی به موقع و صحیح به شاخصها

۲-۳-۱۵ اجرا و نظارت مستمر بر استقرار استانداردهای اعتباربخشی

۳-۳-۱۵ برقراری تعامل تیم درمان با واحد تعذیه بالینی جهت استقرار ضوابط مربوط به مشاوره تغذیه بیماران

۴-۳-۱۵تاکید ویژه بر حمایت های تغذیه ای بیماران مبتلا به کووید۱۹

۵-۳-۱۵ نظارت بر اجرای دستورالعمل های تغذیه ای وزارت بهداشت در خصوص بیماران کرونایی

۶-۳-۱۵ اجرا و نظارت مستمر بر تهیه و استفاده از گاواژ

۷-۳-۱۵ اجرا و نظارت مستمر بر شناسایی بیماران در معرض خطر سوء تغذیه

۸-۳-۱۵ اجرا و نظارت مستمر بر شناسایی بیماران نیازمند تغذیه حمایتی

۹-۳-۱۵ اجرا و نظارت مستمر بر ارتقاء ارجاعات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در بیماران بستری در بخشهای معمولی و ویژه، دیالیز، سوختگی، پیوند، سرطان و روانی

۱۰-۳-۱۵ اجرا و نظارت مستمر برارتقاء پوشش استفاده از خدمات مشاوره تغذیه در مراجعین سرپایی کلینیک تغذیه

۱۱-۳-۱۵ اجرا و نظارت مستمر بر ارتقاء پوشش استقرار ضوابط گاواژ

۱۲-۳-۱۵ اجرا و نظارت مستمر بر ارتقاء پوشش استقرار ضوابط تجهیزات سیستم توزیع غذا

۱۳-۳-۱۵ اجرا و نظارت مستمر بر ارتقاء رضایتمندی بیماران از خدمات غذایی

۱۴-۳-۱۵ اجرا و نظارت مستمر برارتقاء پوشش مشاوره تغذیه در بیماری های اولویت دار

۱۵-۳-۱۵ ارزیابی و بررسی گزارش های عدم انطباق در هر کدام از مراحل تجویز رژیم غذایی یا گاواژ با دستور مشاوره تغذیه

۱۶-۳-۱۵ به روز کردن دستورالعمل NPO کردن

۱۷-۳-۱۵ بررسی موردی عدم دریافت یا دریافت ناقص توصیه ی رژیمی توسط بیمار به ویژه در بیماران کرونایی

۱۸-۳-۱۵ بررسی موردی عدم ارجاع مشاوره های تغذیه برای مراحل پیگیری هر بیمار

۱۹-۳-۱۵ ارزیابی، تحلیل و گزارش صرفه اقتصادی هزینه های خدمات غذایی و در هزینه های درمان

۲۰-۳-۱۵ بررسی موردی عوارض تغذیه ای ناشی از مداخلات تغذیه ای ناکافی نظیر مرگ و میر، سوء تغذیه، تداخل غذا و دارو، مسمومیت های غذایی و سایر عوارض مرتبط

۲۱-۳-۱۵ بررسی موردی هر گونه مداخله تغذیه ای افراد فاقد صاحی صلاحیت در حوزه ی مشاوره تغذیه بیمار

۳-۱۵-۲۲ بررسی موردی هر گونه دریافت غذا توسط بیمار خارج از توصیه های تغذیه ای تجویز شده توسط مشاور تغذیه

۲۳-۳-۱۵ تاکید ویژه بر ممنوعیت تغذیه بیمار توسط خانواده و همراهان

۲۴-۳-۱۵ اجرا و نارت مستمر بر توزیع میان وعده برای همه گروه ها ترجیحا گروههای آسیب پذیر

۲۵-۳-۱۵ برگزاری دوره های تکمیلی در مورد آموزش و آگاهی تیم درمان و کارکنان خدمات غذایی در مورد اهمیت تغذیه بالینی

۲۶-۳-۱۵ برگزاری دوره های تکمیلی در مورد آموزش کارکنان بخش تغذیه به منظور مراعات موازین بهداشت محیط، مقررات غذایی و دستورالعمل بهداشت کار در آشپزخانه و سایر اماکن بیمارستان

۲۷-۳-۱۵ ارتقاء تجهیزات مرتبط با ارزیابی، تشخیص و مداخله تغذیه ای

۲۸-۳-۱۵ بررسی مشکلات تهیه، آماده سازی، طبخ، نگهداری، سرو و توزیع مواد غذایی در بیمارستان و ارائه راهکار اجرایی

۲۹-۳-۱۵ تهیه برنامه منسجم برای نظارت بر تهیه مواد اولیه غذایی، نظارت بر حمل بهداشتی مواد غذایی و نگهداری آنها به شیوه بهداشتی و با درجه حرارت مطمئن

۳۰-۳-۱۵ تبادل نظر در خصوص برنامه غذایی بیماران (از نظر کمی و کیفی)

۳۱-۳-۱۵ تدوین رنامه های زمان بندی شده جهت بهسازی محیط کار

۳۲-۳-۱۵ ارزیابی رضایت مندی بیماران و کارکنان از کیفیت غذا

۳۳-۳-۱۵ پیگیری انجام مصوبات کمیته قبل

اعضا و شرح وظایف کمیته های فرعی بیمارستان

(مطابق با دستورالعمل های خارج سازمان)

۱. کمیته IPD

۱-۱ اعضای ثابت

۱-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۱-۱-۲ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۱-۱-۳ سوپروایزر ایمنی بیمار

۱-۱-۴ مدیر بهبود کیفیت

۱-۱-۵ سرپرست IPD

۱-۱-۶ سرپرستار IPD

۱-۱-۷ مسئول واحد IT

۱-۱-۸ مسئول واحد ترخیص

۱-۱-۹ مسئول واحد پذیرش

۱-۱-۱۰ دبیر کمیته

۱-۲ اعضای موقت

۱-۲-۱مسئول وکارشناس مسئول در بخش / واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۱-۲-۲ پزشکان متخصص بر حسب موضوع صورتجلسه

۳-۱ شرح وظایف کمیته IPD

۱-۳-۱ برنامه ریزی جهت ارتقاء سطح کیفی خدمات درمانی بیماران IPD

۱-۳-۲ برنامه ریزی جهت کاهش زمان انتظار خدمات درمانی بیماران IPD

۱-۳-۳ برنامه ریزی جهت کاهش زمان انتظار خدمات پاراکلینیک بیماران IPD

۱-۳-۴ اقدامات اصلاحی / بهبود کیفیت در بررسی فرآیندهای قبل از پذیرش ، بستری ، ترخیص و follow up بعد از ترخیص بیماران IPD

۱-۳-۵ تعیین و پایش شاخص های کلیدی واحد IPD جهت تدوین اقدام اصلاحی/ بهبود کیفیت

۱-۳-۶ برنامه ریزی جهت افزایش رضایتمندی بیماران IPD

۲. کمیته ارتقاء سلامت

۲-۱ اعضای ثابت

۲-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۲-۱-۲ مدیر داخلی / مسئول فنی / مسئول ایمنی بیمار

۲-۱-۳ مدیر پرستاری بیمارستان

۲-۱-۴ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۲-۱-۵ سرپرست مالی و اداری

۲-۱-۶ سوپروایزر آموزشی

۲-۱-۷ مدیر دفتر بهبود کیفیت

۸-۱-۲ سوپروایزر آموزش به بیمار / دبیر کمیته

۹-۱-۲ مدیر آموزش و پژوهش

۱۰-۱-۲ سرپرست واحد ارتقاء سلامت

۱۱-۱-۲ سوپروایزر تصویربرداری

۱۲-۱-۲ مسئول فنی آزمایشگاه

۱۳-۱-۲ مسئول بهداشت

۱۴-۱-۲ مسئول بهداشت حرفه ای

۱۵-۱-۲ کارشناس تغذیه

۱۶-۱-۲ مدیر منابع انسانی و امور اداری

۱۷-۱-۲ رئیس واحد فنی و مهندسی

۱۸-۱-۲ کارشناس IPD

۲-۲ اعضای موقت

۱-۲-۲ مسئول وکارشناس مسئول بخش ها/ واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۲-۲-۲ پزشکان متخصص بر حسب موضوع صورتجلسه

۲-۳ شرح وظایف کمیته ارتقاء سلامت

۱-۳-۲ برنامه ریزی و فراهم سازی زمینه اجرای دستورالعمل های ابلاغ شده از طرف کمیته آموزش خود مراقبتی به بیمار و خانواده دانشگاه

۲-۳-۲ نیازسنجی و برنامه ریزی جهت تهیه محتوای آموزشی استاندارد بر اساس پروتکل استاندارد تهیه محتوای آموزشی ابلاغ شده به بیمارستان ها متناسب با تشخیص های شایع و اولویتهای خاص نیازهای آموزشی در هر بیمارستان

۲-۳-۳ تعامل با کمیته آموزش خود مراقبتی به بیمار و خانواده دانشگاه در خصوص موانع موجود در ارائه خدمات آموزش و مشاوره در بیمارستان و برنامه ریزی جهت برطرف سازی موانع

۲-۳-۴ نظارت بر حسن ارائه خدمات آموزش و مشاوره در بخش های بیمارستانی از طریق بررسی نحوه ثبت ارائه خدمات آموزش و مشاوره در فرم ثبت ابلاغ شده توسط کمیته آموزش خود مراقبتی به بیمار و خانواده دانشگاه ، نظارت بر عملکرد آموزشی کارکنان بهداشتی

۲-۳-۵ تهیه گزارش عملکرد از نحوه ارائه خدمات آموزش و مشاوره در بیمارستان مربوطه و ارائه آن به کمیته آموزش خود مراقبتی به بیمار و خانواده دانشگاه

۲-۳-۶ همکاری با ناظرین کمیته آموزش خود مراقبتی به بیمار و خانواده دانشگاه در جهت بررسی کیفیت ارائه خدمات آموزش و مشاوره در بیمارستان

۲-۳-۷ تدوین برنامه مدون آموزش خود مراقبتی به بیمار و خانواده جهت حداقل ۵ بیماری شایع در هر بخش

۲-۳-۸ ارتقاء مستمر دانش و مهارتهای آموزش و مشاوره کارکنان از طریق برگزاری کارگاه های آموزش خود مراقبتی به بیمار و خانواده و تعامل با بیمار برای همه رده های شغلی کارکنان علوم پزشکی

۲-۳-۹ برنامه ریزی جهت در نظر گرفتن کیفیت عملکرد آموزشی و مشاوره کلیه رده های شغلی کارکنان علوم پزشکی در ارزشیابی عملکرد آنان

۲-۳-۱۰ تعامل با کمیته آموزش خود مراقبتی به بیمار و خانواده دانشگاه در خصوص اجرای روشهای روزآمد و موثر آموزشی با توجه به امکانات و شرایط هر بیمارستان

۳. کمیته تحول منابع انسانی و رفاهی

۳-۱ اعضای ثابت

۳-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۳-۱-۲ مدیر داخلی / مسئول فنی/ مسئول ایمنی بیمار

۳-۱-۳ مدیر پرستاری بیمارستان

۳-۱-۴ مدیر بهبود کیفیت/ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۳-۱-۵ رییس دفتر مدیر عامل

۳-۱-۶ سرپرست مالی و اداری

۳-۱-۷ مدیر منابع انسانی و امور اداری

۳-۱-۸ کارشناس اداری و پرسنلی /دبیر کمیته

۳-۱-۹ رئیس حسابداری

۳-۱-۱۰ سرپرست واحد کنترل و گزارش کارکرد

۳-۲ اعضای موقت

۳-۲-۱ مسئول وکارشناس مسئول بخش ها/ واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۳-۲-۲ پزشکان متخصص بر حسب موضوع صورتجلسه

۳-۳ شرح وظایف کمیته منابع انسانی و رفاهی

۳-۳-۱ هماهنگی با قسمتهای مرتبط در جهت ارتقای کیفیت زندگی کاری پرسنل

۴. کمیته تخلفات

۴-۱ اعضای ثابت

۴-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۴-۱-۲ مدیر داخلی / مسئول فنی/ مسئول ایمنی بیمار

۴-۱-۳ مدیر پرستاری بیمارستان

۴-۱-۴ مدیر بهبود کیفیت/ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۴-۱-۵ رییس دفتر مدیر عامل

۴-۱-۶ سرپرست مالی و اداری

۴-۱-۷ مدیر منابع انسانی و امور اداری

۴-۱-۸ مدیر گروه پزشکی قانونی

۴-۱-۹ مدیر آموزش و پژوهش

۴-۱-۱۰ سوپروایزر بالینی

۴-۲ اعضای موقت

۴-۲-۱ مسئول وکارشناس مسئول بخش ها/ واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۴-۲-۲ پزشکان متخصص بر حسب موضوع صورتجلسه

۴-۳ شرح وظایف کمیته تخلفات

۴-۳-۱ هماهنگی با قسمتهای مرتبط در جهت کاهش وقوع تخلفات مالی، اداری، انضباطی

۴-۳-۲ برقراری نظم و اجرای مقررات بیمارستان بر اساس آیین نامه انضباطی

۵. کمیته سیاست گذاری پرستاری

۵–۱ اعضای ثابت

۵-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۵-۱-۲ مدیر داخلی / مسئول فنی/ مسئول ایمنی بیمار

۵-۱-۳ مدیر پرستاری بیمارستان

۵-۱-۴ مدیر بهبود کیفیت/ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۵-۱-۵ مدیر آموزش و پژوهش

۵-۱-۶ مشاور بیمارستان در امور اعتباربخشی

۵-۱-۷ سوپروایزر بالینی/ دبیر کمیته

۵-۱-۸ سرپرستار IPD

۵–۲ اعضای موقت

۵-۲-۱ مسئول وکارشناس مسئول بخش ها/ واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۵-۲-۲ پزشکان متخصص بر حسب موضوع صورتجلسه

۵–۳ شرح وظایف کمیته سیاست گذاری پرستاری

۵-۳-۱ هماهنگی با قسمتهای مرتبط در جهت ارتقاء کیفیت خدمات رسانی به بیماران از لحاظ خدمات پرستاری

۶. کمیته تعیین خسارت

۶–۱ اعضای ثابت

۶-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۶-۱-۲ مدیر داخلی / مسئول فنی/ مسئول ایمنی بیمار

۶-۱-۳ مدیر پرستاری بیمارستان

۶-۱-۴ مدیر بهبود کیفیت/ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۶-۱-۵ سرپرست مالی و اداری

۶-۱-۶ رئیس اداره مدیریت فناوری و اطلاعات سلامت

۶-۱-۷ رئیس امور داروئی و ملزومات

۶-۱-۸ سرپرستار اتاق عمل

۶-۱-۹ کارشناس برنامه ریزی و تحلیل سیستمها

۶-۲ اعضای موقت

۶-۲-۱ مسئول وکارشناس مسئول بخش ها/ واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۶-۲-۲ پزشکان متخصص بر حسب موضوع صورتجلسه

۶-۳ شرح وظایف کمیته تعیین خسارت

۶-۳-۱ هماهنگی با قسمتهای مرتبط در جهت نگهداری تجهیزات و ملزومات پزشکی و غیر پزشکی به منظور کاهش خسارت

۷. کمیته مدیریت بهره برداری از خدمات آزمایشگاهی بیمارستان

۷-۱ اعضای ثابت

۷-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۷-۱-۲ مدیر داخلی / مسئول فنی/ مسئول ایمنی بیمار

۷-۱-۳ مدیر پرستاری بیمارستان

۷-۱-۴ مدیر بهبود کیفیت/ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۷-۱-۵ مسئول فنی آزمایشگاه

۶-۱-۶ سوپروایز آزمایشگاه

۶-۱-۷ سوپروایزر ایمنی بیمار

۷-۲ اعضای موقت

۷-۲-۱ مسئول وکارشناس مسئول بخش ها/ واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۷-۲-۲ پزشکان متخصص بر حسب موضوع صورتجلسه

۷-۳ شرح وظایف کمیته مدیریت بهره برداری از خدمات آزمایشگاهی بیمارستان

۷-۳-۱ پیگیری اجرای برنامه مدیریت بهره برداری از خدمات آزمایشگاهی

۷-۳-۲ نظام مند کردن تجویز و یا پیشگیری از تکرار غیرضروری آزمایشات، با کمترین ضرر و زیان به بیماران

۷-۳-۳ طرح و پیگیری مشکلات آزمایشگاه و مشکلات بیمارستان در ارتباط با آزمایشگاه

۸. کمیته خرید

۸-۱ اعضای ثابت

۸-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۸-۱-۲ مدیر داخلی / مسئول فنی/ مسئول ایمنی بیمار

۸-۱-۳ مدیر پرستاری بیمارستان

۸-۱-۴ مدیر بهبود کیفیت/ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۸-۱-۵ مسئول تدارکات

۸-۱-۶ مدیر امور مالی

۸-۱-۷ رئیس داروخانه

۸-۱-۸ مسئول تاسیسات

۸-۲ اعضای موقت

۸-۲-۱ مسئول وکارشناس مسئول بخش ها/ واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۸-۲-۲ پزشکان متخصص بر حسب موضوع صورتجلسه

۸-۳ شرح وظایف کمیته خرید

۸-۳-۱ پیگیری خریدها بر اساس کمیسیون معاملات

۸-۳-۲ نظام مند کردن خرید و پیشگیری از خریدهای غیر ضروری

۸-۳-۳ طرح و پیگیری مشکلات تدارکات و مشکلات بیمارستان در ارتباط با خرید و تدارکات

۹. کمیته مدیریت سبز

۹-۱ اعضای ثابت

۹-۱-۱ رئیس بیمارستان/ مدیرعامل

۹-۱-۲ مدیر داخلی / مسئول فنی/ مسئول ایمنی بیمار

۹-۱-۳ مدیر پرستاری بیمارستان

۹-۱-۴ مدیر بهبود کیفیت/ دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

۹-۱-۵ سرپرست ارتقا سلامت

۹-۱-۶ مسئول بهداشت

۹-۱-۷ مسئول تاسیسات

۹-۱-۸ مسئول خدمات

۹-۲ اعضای موقت

۹-۲-۱ مسئول وکارشناس مسئول بخش ها/ واحدها برحسب موضوع صورتجلسه

۹-۲-۲ پزشکان متخصص بر حسب موضوع صورتجلسه

۹-۳ شرح وظایف کمیته مدیریت سبز

۹-۳-۱ پیگیری اجرای مفاد استاندارد بیمارستان سبز (در حیطه های مصرف انرژِی، تغذیه، آب، کاغذ و...)

منابع:

- راهنمای جامع استاندارد اعتبار بخشی ملی بیمارستان های ایران /ویرایش چهارم / سال ۹۸
- آئین نامه فعالیت بانک خون و بخش های مصرف کننده خون و فرآورده های آن در مراکز درمانی طی نامه ۱۳۳۰/< د۱۰۱ مورخ ۹۴/۰۸/۲۳
- کتابچه راهنمای تاسیس دپارتمان پذیرش بیماران بین المللIPD در بیمارستان /معاونت درمان /اداره گردشگری سلامت
- د ستورالعمل "فرآوری مجدد ایمن و سایل پز شکی" طی نامه شماره ۲۵۷۴۳/ د ۴۰۰ مورخ ۱۳۹۶/۱۰/۲۰معاونت درمان وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی
- دستورالعمل "تجویز ومصرف آنتی بیوتیک های پر هزینه " طی نامه شماره ۶۸۷۶/ د ۴۰۰ مورخ ۱۳۹۷/۳/۳۰معاونت درمان وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی
- شرح وظایف ادارات آزمایشگاه های معاونت درمان دانشگاه طی نامه به شماره ۱۹۳/۴۰۰ مورخ ۹۸/۱/۱۳
- دستورالعمل اداره بیمارستان مستقل / فروردین ۹۷
- آئین نامه مالی ومعاملاتی دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور باستناد ماده 94 قانون برنامه چهارم توسعه اجتماعی اقتصادی و فرهنگی مصوب بهمن ماه

آئین نامه کمیته های بیمار ستان ر ضوی در سه فصل تو سط دبیر کمیته های بیمار ستانی تدوین و پس از تایید و تصـــویب تیم رهبری و مدیریت در جلســـه شـــماره ٥٦ مورخه ١٤٠٠/٣/٢٢ با ابلاغ مدیر عامل بیمارستان رضوی برای هر یک از کمیته های بیمارستان لازم الاجرا می باشد .

تائید کنندگان آئین نامه

تیم رهبری و مدیریت	محل امضا
رئیس بیمارستان/ مدیرعامل	
مدیر داخلی/مسئول فنی و ایمنی بیمار	
مدیر پرستاری بیمارستان	
مدیر اداری	
مدیر مالی	
مدیر بهبود کیفیت	