



ج- حمایت از گیرنده خدمت

ج-۱- تأمین تسهیلات برای گیرنده خدمت

سطح	ج-۱-۱- بیمارستان تسهیلات لازم برای اطلاع رسانی به گیرندگان خدمت را فراهم می‌نماید.
سطح یک	<p>ج-۱-۱-۱- تسهیلات لازم برای دسترسی بیمار/ ولی قانونی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی فراهم است.</p> <ul style="list-style-type: none"> تعیین نحوه دسترسی بیمار/ ولی قانونی وی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی فراهم بودن تسهیلات لازم جهت دسترسی به پزشک معالج و تیم درمان، در طول مدت مراقبت و درمان آگاهی کارکنان درمانی از نحوه دسترسی بیمار به پزشک معالج و تیم درمانی اطلاع بیماران از نحوه دسترسی به پزشک معالج و تیم درمانی تأیید بیماران در زمینه کفایت اطلاع رسانی از سوی پزشک معالج و تیم درمانی خود <p>ولی قانونی بیمار شامل والدین و سرپرستان قانونی افراد صغیر و نمایندگان قانونی وی بوده و مسئول هماهنگی و اطلاع رسانی به بیمار، سرپرستار بخش و پرستار بیمار است.</p>
سطح دو	<p>ج-۱-۱-۲- خبرهای ناگوار پزشکی با رعایت اصول اخلاق بالینی و روش‌های از پیش تعیین شده با بیمار/ ولی قانونی در میان گذاشته می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> تبیین روش‌های اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه‌ای و منش انسانی با محوریت کمیته اخلاق بالینی آموزش نحوه اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران با محوریت کمیته اخلاق بالینی به پزشکان و پرستاران و سایر افراد واجد شرایط آگاهی پزشکان و پرستاران و سایر افراد واجد شرایط از نحوه اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران اطلاع رسانی خبر ناگوار به بیمار یا قیم قانونی وی بر اساس روش‌های از پیش تعیین شده و اخلاق حرفه‌ای و منش انسانی <p>کمیته اخلاق بالینی بایستی با مشارکت تیم مددکاری اجتماعی و دریافت مشاوره از یک روانشناس دستورالعملی مدون در خصوص روش‌های اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه‌ای و منش انسانی تدوین نماید. همچنین افراد/ مشاغل واجد شرایط برای اعلام خبرهای ناگوار به بیمار/ قیم قانونی وی توسط این کمیته شناسایی و در خصوص آموزش آن‌ها برنامه‌ریزی لازم به عمل آید.</p>
سطح دو	<p>ج-۱-۱-۳- اطلاع رسانی و ارتباط مؤثر و اطمینان بخش با بیماران توسط تیم درمان برنامه‌ریزی شده و اجرا می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> معرفی نام، مسئولیت و رتبه حرفه‌ای توسط پزشک معالج/ پرستار و تیم درمانی، در اولین برخورد با بیمار آگاهی و شناخت بیمار از پزشک معالج/ پرستار و تیم درمانی خود اطمینان بیماران از هدایت و محوریت پزشک معالج خود در همه اقدامات تشخیصی، درمانی و جراحی اطمینان بیماران از عملکرد تیم درمان و انجام به موقع امور تشخیصی و درمانی بدون نیاز به پیگیری <p>ملاک اصلی ارزیابی این سنجه شناخت و اطمینان بیماران به عملکرد تیم درمان است.</p>
سطح دو	<p>ج-۱-۱-۴- کارکنان مختلف به تفکیک مشاغل بر اساس پوشش و کارت شناسایی برای بیماران و مراجعین قابل شناسایی هستند.</p> <ul style="list-style-type: none"> ابلاغ و اطلاع رسانی پوشش حرفه‌ای به تمامی کارکنان رعایت پوشش حرفه‌ای کارکنان اعم از پزشکان، پرستاران/ سایر حرف و وابسته و کارکنان غیر بالینی رعایت پوشش حرفه‌ای توسط فراگیران در بیمارستان‌های آموزشی درمانی نصب کارت شناسایی خوانا، عکس دار و قابل رویت از فاصله دو متری <p>کد گذاری انواع پوشش‌ها در سطح بیمارستان مشروط به عدم مغایرت با سایر دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت و سایر قوانین جاری کشور منعی ندارد. همچنین تمامی کارکنان بیمارستان و فراگیران ملزم به نصب کارت شناسایی هستند. به گونه‌ای که در معرض دید مراجعین باشد و از قرار دادن کارت شناسایی در جیب و یا برگرداندن آن خودداری شود. همچنین نام و نام خانوادگی و سمت شغلی/ سطح و رده آموزشی فراگیر دقیقاً بر روی کارت شناسایی مشخص و خوانا باشد. در کارت شناسایی کارکنان/ فراگیران از بکار بردن عنوان "دکتر" بدون اشاره به سطح آموزشی خودداری شود.</p> <p>دستورالعمل شماره س/ ۹۸۰۷/ مورخ ۱۳۸۷/۲/۲۲ استانداردهای ملی پوشش بیماران، کارکنان</p> <p>استانداردهای ملی پوشش فراگیران به شماره د ۹۰۴/۶۰۰ مورخ ۱۳۹۱/۶/۱۴</p>



سطح دو	<p>ج-۱-۵ * قبل از اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی اطلاعات لازم در اختیار بیمار/ ولی قانونی قرار می‌گیرد و رضایت آگاهانه اخذ می‌شود.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی و تدوین فهرست اقدامات تشخیصی/ درمانی مشمول اخذ رضایت آگاهانه حداقل شامل موارد مندرج در دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت ❖ آگاهی پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها از نحوه اخذ رضایت آگاهانه در هر بخش ❖ اخذ رضایت آگاهانه در تمامی اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی با رعایت حداقل الزامات فرآیند رضایت آگاهانه از بیمار/ ولی/ وابسته درجه یک وی ❖ آگاهی کامل بیمار در خصوص اقدام تهاجمی که قرار است برای وی انجام شود 	
<p>اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی اعمالی است که مستلزم ایجاد شکاف روی پوست، یا تعبیه‌ی دستگاه یا وسیله یا مواد خارجی در داخل بدن می‌باشد. قبل از اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی، در خصوص محاسن، مخاطرات، عوارض احتمالی روش درمانی پیشنهادی پزشک، عواقب ترک درمان پیشنهادی و سایر موارد درمانی جایگزین، مانند درمان غیرتهاجمی با توجه به میزان اثربخشی و ریسک آن‌ها توسط پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها توضیحات و آموزش‌های لازم و قابل درک، در اختیار بیمار/ ولی قانونی وی، با رعایت مدت زمانی که امکان انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه برای ایشان فراهم باشد، ارائه داده و رضایت آگاهانه اخذ می‌شود. ملاک استقرار این سنجه علاوه بر مصادیق ذکر شده میزان درک بیمار و کفایت اطلاعات ارائه شده در خصوص بیماری، اقدامات تشخیصی/ درمانی، داوطلبانه بودن رضایت‌های اخذ شده توسط فرد واجد صلاحیت و در نهایت تصمیم‌گیری آزادانه بیمار است. فهرست اقدامات تشخیصی درمانی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارند، بایستی با مشارکت و اجماع پزشکان و مسئول ایمنی بیمار و مطابق دستورالعمل ابلاغی الزامات اخذ رضایت آگاهانه و تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی "دارند شناسایی و تدوین شود. معمولاً اخذ رضایت آگاهانه برای بیماران تحت اقدامات تشخیصی/ درمانی تهاجمی و قبل از انجام مداخلات جراحی، اسکوپ، شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرام‌بخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآورده‌های خونی انجام می‌شود. انجام رضایت آگاهانه در بیماران همو دیالیزی، دیالیز صفاقی، پلاسما فروز، شیمی درمانی بایستی مطابق دستورالعمل ابلاغی صورت پذیرد. با توجه به اینکه خدمت دیالیز جز اقدامات درمانی تهاجمی می‌باشد لازم است در ابتدای تشکیل پرونده از بیمار یا ولی قانونی وی جهت ارائه خدمت دیالیز رضایت آگاهانه اخذ گردد. در موارد اورژانس (اختلالات هوشیاری، و شرایط تهدید کننده حیات بیمار) نیاز به اخذ رضایت آگاهانه قبل از اقدام مداخلات درمانی حیات بخش نیست.</p>	
<p>➤ نکاتی مهم در خصوص رضایت آگاهانه</p>	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. رضایت آگاهانه از حقوق‌گیرنده خدمت بوده و به هیچ وجه جایگزین یا معادل برائت از عواقب ارائه خدمات تشخیصی و درمانی نیست. ۲. مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی/ پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر ۳۰ روز می‌باشد. ۳. هر لحظه ای که بیمار بخواهد می‌تواند رضایت خود را پس بگیرد. ۴. اخذ رضایت از بیماران جهت اقدامات حیاتی و اضطراری در وضعیت‌های تهدیدکننده زندگی قبل از انجام پروسیجر الزامی نیست. ۵. گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی‌شود. ۶. پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و پروفیلاکسی قبل/ حین عمل جراحی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد. ۷. از بیمارانی که تحت برنامه‌های درمانی خاص نظیر شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فروز، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی، به شرط ثابت ماندن شرایط می‌توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، این رضایت نامه مشروط بر عدم تغییر در شرایط بیمار، نحوه درمان، روش‌های درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، عدم تغییر ظرفیت بیمار برای رضایت دادن، پس نگرفتن رضایت قبلی از سوی بیمار خود را پس نگیرد به مدت یک سال اعتبار دارد. 	
<p>➤ حداقل اطلاعات ضروری قبل از اخذ رضایت آگاهانه که بایستی به بیماران ارائه شود</p>	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. نام، سمت، صلاحیت فنی و تجربه کادر خدمات سلامت ارائه کننده مراقبت و درمان ۲. روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج ۳. محاسن و میزان اثربخشی روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج و روش‌های جایگزین اعم از تهاجمی و غیرتهاجمی و مقایسه آن‌ها ۴. مخاطرات روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج با توضیح میزان ریسک و روش‌های جایگزین و مقایسه آن‌ها ۵. عواقب ترک درمان پیشنهادی و روش‌های جایگزین ۶. اقدامات تشخیصی درمانی مورد نیاز پس از روش درمانی ارائه شده و هزینه‌های متعاقب بعدی ۷. عواقب اجتماعی روش درمانی اعم از از کار افتادگی دائم یا موقت، نیاز به مراقبت پس از ترخیص و ملاحظات مراقبتی خاص و مانند آن 	
<p>📄 دستورالعمل ابلاغی به شماره ۱۲۸۴۳/۴۰۰ مورخ ۹۵/۴/۲۷ الزامات اخذ رضایت آگاهانه و تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی " وزارت متبوع</p>	
<p>📄 راهنمای جراحی ایمن ابلاغی وزارت بهداشت طی نامه شماره ۵۴۰۹/۱۰۷۵۷ مورخ ۹۳/۶/۱۲</p>	



سطح دو	<p>ج-۱-۶- صدای سیستم اطلاع رسانی بلندگو / پیجر در سراسر بیمارستان به صورت واضح قابل شنیدن است.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود سیستم اطلاع رسانی بلندگو/ پیجر کار آمد و فعال و به صورت واضح قابل شنیدن در تمام نقاط بیمارستان ❖ پیش بینی سیستم جایگزین برای موارد قطع سیستم اطلاع رسانی و حوادث غیر مترقبه ❖ آگاهی کارکنان مرتبط از نحوه فعالیت سیستم اطلاع رسانی بیمارستان و استفاده از سیستم فوق در صورت نیاز ❖ استفاده از تن صدای ملایم و آرام بخش بدون مزاحمت صوتی ❖ وجود دستور العمل محدود و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو/ پیجر ❖ کنترل دوره‌ای سیستم اطلاع رسانی طراحی و اجرای اقدام اصلاحی در صورت لزوم
	<p>در دستور العمل، محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو/ پیجر، همچنین موارد مجاز اطلاع رسانی از طریق بلندگو تعیین و بر اساس آن اقدام شود.</p>
سطح سه	<p>ج-۱-۷- * هر گونه خسارت جسمی، روحی-روانی و مالی ناشی از ارائه خدمات، به اطلاع بیمار/ خانواده رسیده و در صورت لزوم جبران می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین خط مشی و روش " نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/ خانواده/ مراجعین " ❖ آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش ❖ تعهد و اشراف تیم مدیریت و رهبری بیمارستان به خط مشی و روش ❖ تعهد کارکنان مرتبط و عمل بر اساس خط مشی و روش ❖ اطلاع رسانی وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار که باعث بروز خسارت برای بیمار/ خانواده/ مراجعین مطابق خط مشی و روش ❖ جبران خسارت وارده به بیمار از سوی بیمارستان
	<p>اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری^۱ به بیمار/مراجعین و خانواده آنان در ارتباط با نتایج و پیامدهای نامطلوب در وقایع ناخواسته درمان، استفاده می شود. هم چنان که استنباط می شود، عوارض یا پیامدهای ناخواسته، عدم توفیق در درمان بیماری یا جراحی است که انتظار بهبودی و درمان آن می‌رفته است.</p> <p>➤ مراحل مختلف فرایند اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری که لازم است در خط‌مشی و روش اجرایی پیش بینی شود.</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. برقراری ارتباط صادقانه، باز و منسجم با بیمار/مراجعین یا فرد حامی او بعد از وقوع یک حادثه ناخواسته . ۲. اظهار پشیمانی و تأسف از وقوع آن چه که اتفاق افتاده. ۳. با توجه به مسئولیت کادر ارشد حرفه‌ای در قبال اطلاع رسانی به بیمار/مراجعین، ایشان بایستی وقوف کامل به حادثه داشته باشند. ۴. تعیین مسئولان و کارکنانی که لازم است فرایند توضیح به مراجعین/بیمار/همراهان را انجام دهند از سوی کمیته اخلاق بیمارستان. ۵. تعیین مسئولان و کارکنانی که لازم است فرایند اظهار پشیمانی و عذرخواهی از مراجعین/بیمار/همراهان را انجام دهند از سوی کمیته اخلاق بیمارستان. ۶. برقراری ارتباط به موقع و صادقانه طی ۲۴ ساعت اولیه بعد از وقوع حادثه و با تشریح کامل رخداد به صورت باز و شفاف توضیح واقعه برای مراجعین/بیمار/همراهان و اظهار پشیمانی / عذرخواهی توسط مسئولان و کارکنان تعیین شده از سوی کمیته اخلاق. ۷. تشخیص انتظارات منطقی مراجعین/بیمار/همراهان و فرد حامی وی. ۸. حمایت از کارکنان منطبق بر مبانی فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار (از جمله حمایت عاطفی از کارکنان درگیر، بیمه مسئولیت حرفه‌ای کارکنان و ...) ۹. حفظ جوانب محرمانگی وقایع رخ داده. ۱۰. پیش بینی ساز و کار جبران خسارت به بیمار. <p>چارچوب‌ها برای اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری به مراجعین/بیمار/همراهان در مورد نتایج و پیامدهای بد درمان شامل هفت مرحله آمادگی، شروع مکالمه، بیان واقعیات، گوش دادن فعال، تأیید آن چه بیان شده است، نتیجه گیری مکالمه و مستند کردن می‌باشد. قبل از اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری مرور و بررسی تمامی واقعیات دخیل در حادثه حائز اهمیت می باشد. بایستی شرکت کنندگان مناسب برای مکالمه شناسایی و درگیر موضوع شوند و محل مناسبی هم برای بحث انتخاب شود.</p>

¹ Disclosure



بیمارستان طبق خط مشی و روش اجرائی دارای ساز و کار تعریف شده برای جبران خسارت‌های وارده (اعم از جسمی، مالی، روحی و روانی) به بیمار/ مراجعین از ناحیه وقایع ناخواسته می‌باشد. تشخیص موارد خسارت جسمی، روحی - روانی در کمیته مورتالیتی و موربیدیتی صورت می‌گیرد. در خصوص نحوه جبران خسارت وارده، به صورت موردی در کمیته اخلاق بیمارستان تصمیم گیری خواهد شد. بدیهی است بیمار در قبال هزینه‌های جبرانی مانند افزایش طول مدت اقامت و هزینه‌های مرتبط با آن اعم از هتلینگ، دارو و لوازم و ... مسئولیتی نخواهد داشت. باید توجه داشت که بیمار بابت طولانی شدن مدت بستری و یا دریافت خدمات بعدی برای جبران خسارت ناشی از وقایع ناخواسته هزینه‌ای پرداخت ننماید. استفاده از ظرفیت‌های بیمه مسئولیت حرفه‌ای می‌تواند در این زمینه کمک کننده باشد. کارکنانی که مستقیماً درگیر بروز آسیب به بیمار/مراجعین هستند لازم است در خصوص نحوه مدیریت میدانی در دقایق و ساعات اولیه در خصوص برقراری ارتباط با بیمار آموزش دیده، در این خصوص مهارت لازم را دارند. سایر کارکنان که درگیر بروز آسیب به بیمار/مراجعین نیستند نیز در خصوص نحوه مدیریت میدانی در دقایق و ساعات اولیه و پس از آن در خصوص برقراری ارتباط با بیمار آموزش دیده، در این خصوص مهارت لازم را داشته باشند.

➤ تعیین مصادیق مشمول جبران با محوریت کمیته اخلاق بیمارستان و حداقل شامل موارد ۱۵ گانه وقایع تهدید کننده حیات است

۱. سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
۲. واکنش ناشی از تزریق خون ناسازگار
۳. آسیب حین تولد نوزاد
۴. سوختگی با کوتر در اتاق عمل
۵. انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
۶. جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی
۷. آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
۸. عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
۹. خونریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
۱۰. ایجاد زخم فشاری درجه ۳ یا ۴ و یا زخم‌های فشاری تونلی در بیمارستان بستری
۱۱. تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پرخطر منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار
۱۲. تکرار موارد منجر به مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه
۱۳. شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو منجر به مرگ یا عوارض پایدار
۱۴. عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار
۱۵. سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ایمنی بیمار منجر به مرگ یا عارضه پایدار

➤ دسته بندی ذیل از منظر میزان و شدت آسیب وارده به بیمار / مراجعین ناشی از وقایع ناخواسته می‌باشد که می‌تواند در تعیین مصادیق مشمول جبران با محوریت کمیته اخلاق بیمارستان مورد استفاده قرار گیرد.

۱. مخاطرات (وضعیت/ شرایطی) که دارای ظرفیت خطا بوده اند.
۲. خطایی که به بیمار نرسیده است
۳. خطایی که به بیمار رسیده است اما سبب صدمه نشده است.
۴. خطایی که به بیمار رسیده است و نیازمند پایش به منظور بررسی و تایید این موضوع است که آسیبی به بیمار وارد نشده است.
۵. آسیب‌های موقت، نیازمند مداخله
۶. آسیب‌های موقت، نیاز به بستری یا طولانی کردن بستری
۷. آسیب دائمی به بیمار
۸. مداخله برای حفظ زندگی نیاز است
۹. نقش داشتن در مرگ

بنابر مراجع معتبر، ردیف‌های ۶ به بعد به عنوان مصادیق خسارت جسمی، روحی - روانی وارده به بیمار جهت تعیین معیار جبران از اهمیت بیشتر برخوردارند.



سطح سه	ج-۱-۸ در فواصل زمانی مشخص، اثربخش بودن و کفایت اطلاعات ارائه شده به بیماران ارزیابی و اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود برنامه‌ای مشخص برای ارزیابی کفایت و اثربخشی اطلاعات ارائه شده به بیماران ❖ ارائه گزارش نتایج ارزیابی به تیم مدیریت و در صورت لزوم، طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه / برنامه بهبود کیفیت ❖ نظارت تیم مدیریت بر اجرای اقدامات / برنامه بهبود مصوب
	ارزیابی کیفیت اطلاع رسانی و اثربخشی شیوه‌های اطلاع رسانی از طریق مصاحبه با مراجعین یا تماس تلفنی با بیماران ترخیص شده میسر است. همچنین بایستی ارزیابی با استفاده از ابزار مناسب انجام شود. این ارزیابی در فرم‌های نظر سنجی و رضایت سنجی از بیماران قابل بارگذاری است. در فواصل زمانی حداقل شش ماه یکبار اثربخشی و کفایت اطلاعات ارائه شده به گیرندگان خدمت بایستی بررسی شود.
سطح	ج-۱-۲ دسترسی بیماران به مسیرهای ورودی و داخلی بیمارستان تسهیل شده است.
سطح یک	ج-۱-۲-۱ دسترسی بیماران و مراجعین کم توان جسمی در سطح بیمارستان به بخش‌ها / واحدها تسهیل شده است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود رمپ غیرلغزنده با شیب استاندارد در مسیر ورودی‌ها و سطوح غیر همسطح در صورت عدم دسترسی به بالا بر / آسانسور در سطح بیمارستان ❖ وجود دستگیره‌های کمکی در طرفین سطح شیب‌دار / رمپ غیرلغزنده ❖ وجود آسانسورهای با شرایط ایمن و به تعداد کافی با راهبر مناسب ❖ دسترسی بدون مانع و تسهیل شده برای افراد کم توان جسمی به سراسر بیمارستان
	➤ شرایط رمپ استاندارد
	<ol style="list-style-type: none"> ۱. حداقل عرض سطح شیب‌دار ۱۲۰ سانتیمتر باشد. ۲. برای سطوح شیب‌دار تا ۳ متر طول حداکثر شیب ۷ درصد با عرض ۱۲۰ سانتیمتر باشد. ۳. در سطوح شیب‌دار بیش از سه متر طول (تا حد مجاز ۹ متر) در ازای هر متر افزایش طول ۵ سانتیمتر به عرض مفید اضافه و ۵ درصد از شیب کاسته شود. ۴. در هر ۹ متر طول پاگرد حداقل به عرض ۱۲۰ سانتیمتر باشد و در سطوح شیب دار دو جهت عرض پاگرد برابر عرض سطح شیب‌دار پیش بینی شود. ۵. کف سطح شیب‌دار باید غیرلغزنده باشد. ۶. سطوح شیب‌دار و ورودی ساختمان مسقف باشد. ۷. میله دستگرد در طرفین سطح شیب‌دار نصب شود. ۸. ارتفاع میله دستگرد از کف سطح شیب‌دار برای شخص نشسته ۷۵ سانتیمتر برای شخص ایستاده ۸۵ سانتیمتر و برای کودکان ۶۰ سانتیمتر است. ۹. حداکثر قطر میله دستگرد ۵ و ۳ سانتیمتر و حداقل فاصله بین آن و دیوار ۴ سانتیمتر است.
	➤ شرایط و حداقل الزامات آسانسور
	<ol style="list-style-type: none"> ۱. ورودی آسانسور با در دسترسی بلامانع صندلی چرخدار یا برانکاردر همسطح باشد. ۲. حداقل فضای انتظار در جلو آسانسور در هر طبقه ۱۵۰*۱۵۰ سانتیمتر مربع باشد. ۳. حداقل عرض مفید ۸۰ سانتیمتر و مجهز به درب کشویی با چشم الکترونیکی باشد. ۴. در محل‌های پرتردد معلولان ارتفاع دکمه‌های کنترل کننده آسانسور حداکثر ۱۳۰ سانتیمتر باشد. ۵. حداقل برجستگی دکمه‌های کنترل کننده آسانسور ۱/۵ سانتیمتر و حداقل قطر آن ۲ سانتیمتر و نیز برای استفاده نابینایان قابل تشخیص باشد. ۶. دستگیره‌های کمکی در دیواره‌های آسانسور در ارتفاع ۸۵ سانتیمتر از کف اتاقک نصب شود. ۷. در صورتی که بیمارستان تنها ناچار به انتخاب و خرید از یک نوع آسانسور باشد هر ۲ آسانسور از نوع تخت بر باشد. ۸. لازم است توقف آسانسور با صوت مشخص شود. ۹. آسانسورهای ویژه حمل بیمار به تعداد کافی وجود دارد و بیماران و افراد کم توان در اولویت استفاده از آسانسورها هستند. ۱۰. راهنمای طبقات در داخل آسانسور نصب باشد.
	تعداد آسانسور در هر بیمارستان به ازای هر ۱۰۰ تخت ۲ آسانسور (۱ نفربر و ۱ تخت بیماربر) است. راهبر در آسانسورهای مورد استفاده مراجعین حداقل در ساعات پر ازدحام مستقر است. در بیمارستان‌هایی که سطح اورژانس یا درمانگاه و حتی بخش‌های داخلی آن همسطح باشد یا از سایر امکانات از قبیل بالا بر فعال و سالم برای جابجایی بیمارانی که امکان رفتن از پله‌ها را ندارند تامین شده باشد، نیازی به ایجاد رمپ نیست.

^۱ مرجع: کتاب استاندارد برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن جلد ۱ تألیف دفتر مدیریت منابع فیزیکی و مچری طرح‌های عمرانی وزارت بهداشت



سطح یک	<p>ج-۱-۲- دسترسی بیماران و مراجعین در داخل و خارج از اورژانس تسریع و تسهیل شده است.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود تابلوهای اورژانس به صورت واضح و با قابلیت دید از خیابان با تامین نورپردازی در شب ❖ استفاده از علائم راهنما از درب ورودی اورژانس بیمارستان تا بخش اورژانس ❖ مستقل بودن درب ورودی اورژانس از درمانگاه‌ها و درب اصلی بیمارستان ❖ مسقف بودن ورودی بخش اورژانس و در زیر سقف قرار گرفتن آمبولانس به طور کامل ❖ انتقال بیمار به اورژانس با آمبولانس یا خودروی حامل بیمار بدحال یا ناتوان، از مسیر باز و بدون مانع و بدون برخورد با ازدحام و شلوغی ❖ وجود صندلی چرخ دار و برانکاردها به تعداد کافی و متناسب با نیاز مراجعین ❖ حضور راهنما و بیماربر برای انتقال بیماران بدحال در ورودی اورژانس ❖ قابل شناسایی بودن مسیرهای داخل بخش اورژانس به وسیله نشانه‌ها و راهنماها ❖ قابل شناسایی بودن بخش‌های مختلف اورژانس به وسیله تابلو ❖ مسقف بودن مسیر انتقال بیمار و دسترسی تسهیل شده به واحد آزمایشگاه/ بانک خون ❖ مسقف بودن مسیر انتقال بیمار و دسترسی تسهیل شده به واحد تصویر برداری ❖ مسقف بودن مسیر انتقال بیمار و دسترسی تسهیل شده به بخش‌های بستری <p>در بیمارستان‌های پر ازدحام پیش بینی مکانی با شرایط رفاهی و اطلاع رسانی مناسب برای همراهان در مجاورت بخش اورژانس توصیه می‌شود.</p>
سطح	<p>ج-۱-۳ ملاقات خانواده‌ها به صورت تسهیل شده برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.</p>
سطح یک	<p>ج-۱-۱-۳ ملاقات بیماران با محدودیت ورود کودکان و رعایت تکریم انسانی مراجعین و حسن برخورد در چارچوب ضوابط تسهیل شده است.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اطلاع رسانی ساعات ملاقات و قوانین آن در ورودی‌های بیمارستان و بخش‌ها ❖ وجود واحد اطلاعات بیمارستان در محل ورودی مراجعین/لابی اصلی ❖ وجود فرد/ افراد آشنا به مکان بخش‌ها/ واحدهای مختلف در واحد اطلاعات به صورت مستمر در لابی بیمارستان ❖ خوش رویی و حسن برخورد و تکریم انسانی از سوی کارکنان حفاظت فیزیکی و سایر کارکنان با مراجعین و عیادت کنندگان ❖ محدودیت ورود کودکان و پیش بینی محل نگهداری ایمن کودکان همراه ملاقات کنندگان در لابی بیمارستان ❖ امکان ارتباط بیماران بستری با خانواده با رعایت ایمنی و حریم خصوصی در زمان ملاقات عیادت کنندگان ❖ عدم محدودیت زمانی ملاقات خانواده درجه یک بیماران محتضر با رعایت آرامش سایر بیماران
	<p>ملاقات کنندگان بیماران به عنوان یکی از گیرندگان خدمت تلقی شده و دیدگاه آن‌ها در خصوص نحوه برخورد/ عملکرد کارکنان نقش تعیین کننده‌ای در معرفی بیمارستان در سطح جامعه دارد. از سوی دیگر تلقی خانواده بیمار به عنوان ذینفع کلیدی بیمارستان در خصوص کیفیت مدیریت و نحوه برخورد کارکنان و تامین آرامش روانی آن‌ها نیز تاثیر شگرفی در سطح رضایتمندی و اطمینان از روند مراقبت و درمان بیماران دارد. لذا برنامه‌ریزی دقیق و نظارت مستمر بر حسن اجرای این استاندارد از منظر بیمار محوری و احترام به حقوق گیرنده خدمت بسیار با اهمیت می‌باشد.</p> <p>✓ نتایج سایر استانداردهای این محور نیز با در نظر گرفتن نتیجه این استاندارد ارزیابی خواهد شد و دارای وزن و تاثیر بالایی در نتایج اعتباربخشی است.</p> <p>برنامه‌ریزی برای ملاقات کودکان با والدین و اقوام درجه یک با حفظ شرایط سلامت جسمی، روحی روانی و ایمنی بیمار و کودک در زمان کوتاه منعی ندارد. همچنین پیش بینی مکان نگهداری موقت کودکان برای استفاده عیادت کنندگان با شرایط بهداشتی و ایمن همراه با مربیان آموزش دیده توصیه می‌شود. ایمنی محل نگهداری کودکان در زمان ملاقات باید نحوی باشد که مصالح مورد استفاده، مناسب فضای کودکان بوده و در کف و دیوارها از مصالح نرم و قابل ارتجاع استفاده شود.</p>



سطح دو	<p>ج-۱-۲-۳ * ملاقات بیماران بستری در بخش‌های ویژه و ایزوله با رعایت اصول ایمنی بیمار و پیشگیری و کنترل عفونت تسهیل شده است.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین ضوابط، شرایط و ساعت ملاقات جهت بیماران بستری در بخش‌های ویژه و ایزوله ❖ فراهم کردن امکان ارتباط بیشتر بیماران هوشیار بستری در بخش‌های ویژه و ایزوله با خانواده با رعایت ایمنی و حریم خصوصی ❖ وجود وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای حفاظت فردی ملاقات کنندگان در بخش‌های ویژه و ایزوله ❖ ایجاد شرایط لازم جهت ملاقات با اقوام و خانواده جهت بیمار بخش ویژه و ایزوله، با رعایت استانداردهای کنترل عفونت و سایر الزامات ایمنی ❖ نظارت گروه پرستاری بر ملاقات بیمار با خانواده <p>ایجاد شرایط لازم جهت ملاقات با اقوام و خانواده جهت بیمار بخش ویژه و ایزوله، با رعایت استانداردهای کنترل عفونت و سایر الزامات ایمنی، در روند بهبودی بیمار تاثیر مثبت دارد.</p>
سطح دو	<p>ج-۱-۳-۳ * یک محل مطمئن خارج از ساختمان جهت ملاقات بیماران در بخش روانپزشکی و ملاقات کنندگان پیش بینی شده است.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین ضوابط ملاقات بیماران روانپزشکی با خانواده اعم از شرایط بیمار و شرایط خانواده ❖ اعلام ضوابط و شرایط ملاقات به خانواده بیمار جهت اجرا ❖ تعیین فضای مناسب و تسهیلات لازم جهت ملاقات بیمار روانپزشکی در فضای آزاد و یا مکانی مسقف ❖ نظارت گروه پرستاری بر ملاقات بیمار با خانواده ❖ در دسترس بودن امکانات جهت مهار بیمار و پیشگیری از آسیب به خود و دیگران ❖ کنترل راه‌های فرار احتمالی بیماران روانپزشکی <p>با تشخیص پزشک معالج و تیم مراقبتی شرایط بیماران و خانواده بررسی می‌شود و اگر بیمار روانپزشکی در مرحله حاد بیماری باشد و یا خانواده وی دارای روحیه آرام و پذیرا جهت برقراری ارتباط نباشند ملاقات برنامه‌ریزی نمی‌شود. فضای مناسب جهت ملاقات بیمار روانپزشکی با خانواده در فضای آزاد و یا مکانی مسقف باید به نحوی باشد که هر فضا به یک بیمار با خانواده اختصاص یابد تا از ازدحام و سرو صدا جلوگیری شده و از تشدید حالات بیماری پیشگیری شود. شرایط محیطی مانند گرما و سرما، نور، سرو صدا مانع برقراری ارتباط موثر نگردد. همچنین با رعایت استانداردهای مراقبتی و حفاظتی برای بیماران مذکور از جمله عاری بودن از وسایل آسیب زنده، محیط برای ملاقات بیماران روانپزشکی و ملاقات کنندگان ایمن باشد.</p>
سطح	<p>ج-۱-۴ فرایندهای پذیرش و ترخیص به صورت تسهیل شده ارائه می‌شود.</p>
سطح یک	<p>ج-۱-۴-۱ واحدهای پذیرش و ترخیص در معرض دید مراجعین است و فضای انتظار متناسب با تعداد مراجعین پیش بینی شده است.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود مکان پذیرش و ترخیص با فضای مناسب و در معرض دید مراجعین در هنگام ورود به لابی ❖ حضور مستمر حداقل یک نفر در هر زمان در باجه ❖ ایجاد تسهیلات اخذ نوبت جهت مراجعه به موقع و پیش بینی زمان انتظار پذیرش ❖ انجام فرایند پذیرش و ترخیص بدون ازدحام در ورودی و هرگونه سد معبر ❖ دریافت اطلاعات بیماران با حفظ محرمانگی و رعایت شان و کرامت انسانی ❖ وجود صندلی متناسب با تعداد مراجعین، در پیش ورودی یا سالن انتظار واحد پذیرش و ترخیص ❖ وجود امکاناتی مانند کپی، اسکن و خدمات بیمه ایی در صورت نیاز در جنب واحد پذیرش و ترخیص <p>پذیرش و ترخیص ترجیحا در طبقه همکف بیمارستان و نزدیک درب ورودی به ساختمان اصلی مستقر باشد. همچنین تدارک تسهیلاتی مانند پذیرایی مختصر، روزنامه، تلویزیون یا مانیتور آموزش عمومی برای بیماران و مراجعین در سالن انتظار پذیرش و ترخیص توصیه می‌شود.</p>
سطح دو	<p>ج-۱-۴-۲ ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی، در زمان پذیرش به بیماران اطلاع رسانی می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین ضوابط و مقررات بستری بیمار همسو با قوانین و مقررات وزارت بهداشت ❖ اطلاع رسانی به بیمار/ همراه بیمار در خصوص هزینه‌های قابل پیش بینی در زمان پذیرش <p>ضوابط و مقررات بستری بیمار شامل پوشش بیمه‌ای خدمات و بیمه‌های پایه مورد پذیرش بیمارستان، بیمه‌های تکمیلی، اتاق خصوصی، وجود همراه و سایر اطلاعات به تشخیص بیمارستان و نیاز بیمار است.</p>



سطح دو	ج-۱-۳ فرآیند پذیرش، به صورت تسهیل شده و در حداقل زمان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ پذیرش بیماران بستری به صورت تسهیل شده و در حداقل زمان ❖ پذیرش بیماران سرپایی به صورت تسهیل شده و در حداقل زمان ❖ تعهد کارکنان بیمارستان به راهنمایی مراجعین و بیماران به عنوان یک وظیفه سازمانی در فرایند پذیرش ❖ وجود وب سایت فعال و به روز با اطلاعات لازم در خصوص نحوه پذیرش، خدمات، تعرفه‌ها، قراردادهای بیمه و اطلاعات پزشکان ❖ وجود تسهیلات نوبت دهی اینترنتی و تلفنی برای خدمات سرپایی ❖ پذیرش بیمه‌های پایه در بیمارستان ❖ عقد قرارداد با انواع بیمه‌های تکمیلی برای کاهش پرداخت از جیب بیماران ❖ نصب اطلاعیه و سامانه‌های رسیدگی به تخلفات تعرفه‌ای در پذیرش ❖ پیش بینی سامانه‌های پرداخت الکترونیک در تمامی پایانه‌های مالی (پوز) در پذیرش خدمات سرپایی و بستری ❖ عدم نیاز به مراجعه بیمار/ همراه به طبقات مختلف/ ساختمان‌های دیگر در مسیر پذیرش بجز انتقال به بخش ❖ پذیرش بیماران در حداقل زمان و بدون صف با رعایت محرمانگی مراجعین ❖ رضایت‌مندی بیماران از نحوه پذیرش بیماران به صورت آسان و در حداقل زمان
	<p>در بیمارستان‌های بیش از ۱۰۰ تخت واحد اطلاعات و پذیرش مستقل از یکدیگر ارائه خدمت می‌نمایند فرد، پاسخگویی به مراجعین را باحوصله و با برقراری ارتباط محترمانه و بیانی شیوا و قابل فهم انجام می‌دهد و آشنا به گویش‌های محلی متناسب با موقعیت جغرافیایی استقرار بیمارستان باشد. میزان آگاهی این فرد در خصوص پاسخگویی به نیازها و پرسش‌های احتمالی مراجعین کافی است. فرد پاسخگو بایستی دسترسی بر خط^۱ به اطلاعات بیماران در سامانه اطلاعات بیمارستان داشته باشد. سامانه‌های رسیدگی به شکایات ۱۹۰ بایستی در پذیرش و ترخیص اطلاع رسانی شود.</p>
سطح دو	ج-۱-۴ فرآیند ترخیص، به صورت تسهیل شده و در حداقل زمان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ترخیص بیماران بستری به صورت تسهیل شده و در حداقل زمان ❖ تعهد کارکنان بیمارستان به راهنمایی مراجعین و بیماران به عنوان یک وظیفه سازمانی در فرایند ترخیص ❖ برنامه‌ریزی و انجام ترخیص بیماران بستری در کوتاه ترین زمان پس از دستور پزشک ❖ پیش بینی سامانه‌های پرداخت الکترونیک در تمامی پایانه‌های مالی (پوز) در واحد ترخیص بستری و خدمات سرپایی ❖ ارائه صورت حساب کامل شامل تمامی هزینه‌های تشخیصی و درمانی با رعایت ضوابط مربوط به بیماران در زمان ترخیص ❖ تعیین تکلیف کل پرونده اعم از دارویی، آزمایشات و سایر در یک مکان و پیشگیری از سردرگمی بیمار و همراه ❖ حداقل نیاز به مراجعه بیمار/ همراه به طبقات مختلف/ ساختمان‌های دیگر در مسیر ترخیص ❖ محول نشدن وظایف و فرآیندهای اجرایی که بایستی توسط کارکنان انجام شود به بیمار/همراه در فرایند ترخیص ❖ رضایت‌مندی بیماران از نحوه ترخیص به صورت آسان و در حداقل زمان
	<p>استفاده از شیوه‌های پیش ترخیص در بیماران مشرف به ترخیص در تسهیل اقدامات برای روز ترخیص کمک کننده است.</p>
سطح سه	ج-۱-۵ ترخیص بدون نیاز به هرگونه مراجعه بیمار / همراه به واحدهای مالی و ترخیص انجام می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ گزارش دهی و گزارش گیری از پرونده بدون نیاز به مراجعه بیمار به واحد مالی و ترخیص ❖ تحویل صورتحساب ممه‌ور به مهر بیمارستان در بخش به بیماران ❖ محول نشدن فرآیندهای اجرایی پیگیری ترخیص به بیمار/همراه در مسیر ترخیص ❖ پیش بینی سامانه‌های پرداخت الکترونیک (پوز) در بخش و عدم نیاز مراجعه بیمار/ همراه به واحدهای مالی و ترخیص ❖ اجرای ترخیص کامل بیمار در بخش بدون نیاز به مراجعه بیمار/ همراه به طبقات مختلف/ ساختمان‌های دیگر
	<p>همچنین برای تسهیل این شیوه از ترخیص، استفاده از روش ترخیص الکترونیک پرونده بیمار توصیه می‌شود.</p>

¹ On Line



سطح	ج-۱-۵ مددکاری اجتماعی در بیمارستان برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.
سطح دو	<p>ج-۱-۵-۱ مددکار اجتماعی نیازهای مددجویان را شناسایی و برای بیماران آسیب پذیر اجتماعی برنامه‌های حمایتی دارد.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین خط مشی و روش مدد کاری اجتماعی در بیمارستان با حداقل‌های مورد انتظار ❖ آگاهی کارکنان مرتبط به خط مشی و روش ❖ عملکرد کارکنان منطبق با خط مشی و روش مددکاری اجتماعی در بیمارستان <p>➤ حداقل‌های مورد انتظار در خط مشی و روش مدد کاری شامل موارد ذیل است</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. نحوه شناسایی و مشارکت صاحبان فرایند مددکاری اجتماعی ۲. ملاک‌ها و روش‌های ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان توسط مددکار اجتماعی ۳. تعیین معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی ۴. نحوه اطلاع رسانی معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی به بخش‌های مختلف بیمارستان ۵. نحوه هماهنگی بخش‌های مختلف بیمارستان با مددکاری برای ارائه خدمات به مددجویان آسیب پذیر اجتماعی با استفاده از سامانه اطلاعات بیمارستان ۶. شناسایی، اولویت‌بندی و برنامه‌ریزی نیازهای بومی و شایع بیماران در بیمارستان توسط واحد مددکاری ۷. نحوه هماهنگی با نهادها، سازمان‌ها و موسسات مرتبط خارج از بیمارستان و استفاده مناسب از خدمات آن‌ها برای حمایت از مددجویان ۸. نحوه ارائه خدمات مددکاری به بیماران مجهول الهویه، بی خانمان و بدون همراه ۹. نحوه و محدوده حمایت‌های مالی از مددجویان نیازمند ۱۰. نحوه ارزیابی عملکرد مددکاری اجتماعی و بازنگری مستمر روش‌ها به منظور بهبود مستمر خدمات مددکار
سطح دو	<p>ج-۱-۵-۲ جذب و حمایت خیرین برای تامین هزینه مددجویان برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ایجاد بانک اطلاعات مراکز/موسسات خیریه و اشخاص حقیقی و حقوقی خیر، و سایر سازمانها و سامانه‌های حمایتی از مددجویان ❖ برنامه‌ریزی در خصوص شناسایی و جذب منابع خیرین برای حمایت اجتماعی و مالی از مددجویان <p>بیمارستان با برنامه‌ریزی‌های معین راه‌های شناسایی، آشناسازی و جلب حمایت خیرین داوطلب جهت تامین هزینه بیماران بی بضاعت را فراهم می‌نماید.</p>
سطح سه	<p>ج-۱-۵-۳ مددکاری و حمایت از مددجویان در صورت لزوم و در موارد خاص پس از ترخیص از بیمارستان برنامه‌ریزی و ادامه می‌یابد.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین ملاک‌هایی برای شناسایی بیماران نیازمند به حمایت‌های مددکاری پس از ترخیص ❖ برنامه‌ریزی جهت پیگیری و اطمینان از ادامه روند درمان در موارد خاص و بیماران نیازمند پس از ترخیص <p>بیمارستان طی برنامه ای مشخص شناسایی بیماران دارای ناتوانایی‌های جسمی و اختلالات روانی، کودکان بی سرپرست و بد سرپرست را انجام داده و پس از ترخیص، روند درمانی/تشخیصی/توانبخشی را از طریق تلفنی/حضور در خصوص مصرف دارو و ویزیت پزشکی و سایر نیازمندی‌های مددجویان را پیگیری می‌نماید. همچنین هماهنگی لازم در ارجاع بیماران بی خانمان یا بد سرپرست به مراجع حمایتی در بهزیستی به عمل آورده و از انجام اقدامات تا مرحله اخذ خدمات توسط مددجو اطمینان حاصل می‌نماید. وجود واحد ارائه خدمات در منزل، در بیمارستان و تامین مالی از سوی خیرین یا مدیریت بیمارستان می تواند به تداوم خدمت رسانی به بیماران نیازمند پس از ترخیص کمک نماید.</p>



ج-۱-۶ بیمارستان خدمات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیماران را تامین می‌نماید.	
سطح یک	ج-۱-۶-۱ بیمارستان بدون هرگونه گزینش/انتخاب، به مراجعین و بیماران ارائه خدمت می‌نماید.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ عدم وجود هرگونه معیارهای گزینشی متناقض با مأموریت‌های بیمارستان در ارائه خدمت به مراجعین و بیماران ❖ ارائه درمان بی قید و شرط به بیماران اورژانس و بدحال ❖ پایدار سازی بیماران بدحال و هماهنگی با ستاد هدایت جهت اعزام بیمار در صورت عدم وجود تخصص مورد نیاز در بیمارستان با رعایت ایمنی و مدیریت زمان ❖ پذیرش بیماران بدون هرگونه گزینش/انتخاب در سرویس‌های تخصصی و ملاک‌هایی مانند درآمد اکتسابی/مدت اشغال تخت و سایر معیارهای گزینشی دیگر <p>توجه ویژه به قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب هیات وزیران معطوف باشد و در موارد اورژانس براساس قانون عمل نموده و بدون توجه به هزینه و پرداخت وجه از سوی بیمار یا همراه او، مطابق با دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص پذیرش و درمان بی قید و شرط بیماران اورژانس، مراقبت‌های فوری سلامت را به بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس ارائه می‌نماید. در صورتی که ارائه خدمات با توجه به نوع بیمارستان، مقدور نباشد پس از ارائه خدمات اولیه ضروری در بخش اورژانس و ارائه توضیحات لازم به بیمار/ همراه در خصوص علت انتقال، اعزام، میزان تعرفه‌ها و پوشش بیمه‌های خدمات در مرکز درمانی مقصد، با هماهنگی ستاد هدایت دانشگاه و مرکز درمانی مقصد و اخذ پذیرش در فاصله زمانی مناسب، زمینه انتقال گیرنده خدمت به واحد مجهز فراهم می‌شود.</p> <p>❖ دستورالعمل شماره ۴۰۰/۲۵۶۸۲ د مورخ ۹۴/۱۰/۱ در خصوص پذیرش و درمان بی قید و شرط بیماران اورژانس</p> <p>❖ قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۵۴/۳/۵ هیات وزیران</p>
سطح دو	ج-۱-۶-۲ بیمارستان در تامین دارو، تجهیزات و ملزومات مورد نیاز بیماران متعهد و پاسخگو است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ عدم ارجاع بیمار/ همراه برای تهیه دارو، ملزومات و تجهیزات به خارج از بیمارستان ❖ وجود داروخانه مجهز در تمام ساعات شبانه روز در بیمارستان ❖ تدارک داروها و تجهیزات خاص از خارج از بیمارستان در قالب زنجیره تامین و تدارک بیمارستان، بدون نیاز به حضور دخالت بیمار <p>تهیه داروها و تجهیزات گرانتقیمت طبق مصوبه کمیته دارو و تجهیزات بیمارستان صورت می‌پذیرد.</p>
سطح دو	ج-۱-۶-۳ بیمارستان در تامین خدمات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیماران متعهد و پاسخگو است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ارائه خدمات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیماران به صورت برنامه‌ریزی شده در تمام ساعات شبانه روز و بدون وقفه ❖ برنامه‌ریزی، هماهنگی و اجرا برای خدمات تشخیصی و درمانی خارج از زنجیره تامین توسط بیمارستان <p>به منظور ارایه خدمات پاراکلینیکی به صورت شبانه روزی و تامین خدمات پاراکلینیکی غیر قابل ارایه توسط بیمارستان از سایر مراکز تشخیصی با عقد قرارداد. شامل هر گونه اقدامات تشخیصی یا بازتوانی بیمار برنامه‌ریزی شود.</p> <p>➤ نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. حداقل شامل نحوه اخذ پذیرش از بخش/واحد/ مرکز مقصد و گزارش وضعیت بیمار، رعایت طرح انطباق، تجهیزات مورد نیاز هنگام انتقال ایمن، شرایط کادر همراه، مشخص ساختن مدارک بالینی نیازمند به انتقال همراه بیمار، حداقل شامل پرونده بیمار و گرافی‌ها بر اساس دستورالعمل ابلاغی نحوه تحویل بیمار و طبق راهنمای ارتباط صحیح کارکنان درمانی در انتقال بیمار و نحوه عودت بیمار در انتقال موقت بیمار بعد از دریافت خدمات تشخیصی یا درمانی پیش بینی شده و با هماهنگی بیمارستان مبدا می‌باشد. ۲. برنامه‌ریزی و روشن بودن نحوه تامین خدمات تشخیصی و درمانی خارج از زنجیره تامین با محوریت بیمارستان در انتقال موقت برای اخذ خدمات تشخیصی و درمانی خارج از بیمارستان و بازگشت ایمن بیمار. ۳. تامین آمبولانس با امکانات مناسب و متناسب با سطح بیماری برای انتقال موقت بیماران اخذ خدمات خارج از زنجیره تامین با برنامه‌ریزی قبلی بیمارستان و انتقال ایمن بیمار ضمن استمرار مراقبت از بیماران بدحال با همراهی پزشک یا پرستار با توجه به وضعیت بیمار. ۴. برنامه‌ریزی شامل نحوه هماهنگی با ستاد انتقال دانشگاه متبوع، هماهنگی با مرکز مقصد و تحویل بیمار طبق راهنمای "ارتباط مناسب کارکنان در زمان تحویل بیمار. <p>❖ بخشنامه شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷ د مورخ ۹۳/۶/۱۲ ارتباط مناسب کارکنان در زمان تحویل بیمار</p>



سطح دو	ج-۱-۴ بیمارستان از بیمار/ همراه در روند مراقبت و پیگیری امور تشخیصی و درمانی در بخش‌های بستری و اورژانس، استفاده نمی‌نماید.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ انجام فرآیندهای تشخیصی و مراقبتی بیمار توسط کارکنان بیمارستان ❖ پی گیری و هماهنگی اقدامات پاراکلینیکی مورد نیاز بیماران در بخش‌های بستری و اورژانس توسط کارکنان بیمارستان به صورت شبانه روزی
	<p>➤ عدم استفاده از همراه بیمار در انجام فرآیندهای مورد نیاز بیمار بستری در بخش‌ها/ تحت نظر در اورژانس</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. انتقال بیمار به واحد تصویر برداری و دریافت گزارش تصویربرداری ۲. انتقال نمونه‌ها به آزمایشگاه یا اخذ نتیجه از آزمایشگاه ۳. دریافت/ عودت خون یا فرآورده‌های خونی بیمار ۴. دریافت نسخ دارویی بیماران تحت نظر و بستری در اورژانس ۵. انجام مراقبت‌های بالینی و خدمات مرتبط به بالین بیمار
سطح سه	ج-۱-۵ در صورت درخواست گیرنده خدمت، با اطلاع و هماهنگی پزشک معالج، تسهیلاتی برای امکان نظرخواهی از پزشک دوم مهیا می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ فراهم نمودن تسهیلات لازم برای نظرخواهی از پزشکان دیگر (دوم) ❖ هماهنگی با پزشک معالج و اخذ موافقت او در صورت درخواست بیمار در خصوص نظرخواهی از سایر پزشکان ❖ اجرای دستورات پزشک دوم در صورت تایید پزشک معالج ❖ اطلاع رسانی و آگاهی پرستاران از روند نظرخواهی از سایر پزشکان به غیر از پزشک معالج
	<p>مسئولیت قانونی سلامت بیمار و روند درمان بر عهده پزشک معالج است. لذا در صورت درخواست بیمار، نظرخواهی از پزشک دوم صرفاً جنبه مشورتی داشته و در صورت تایید پزشک معالج دستورات او قابل اجرا می‌باشد. مگر آنکه بیمار در سرویس پزشک دوم قرار گیرد و این امر در صورتی امکان پذیر است که پزشک دوم در بیمارستان شاغل باشد. همچنین در صورت درخواست گیرنده خدمت برای نظرخواهی از پزشک دوم که با اطلاع و هماهنگی پزشک معالج انجام می‌شود تامین هزینه و جلب موافقت پزشک دوم بر عهده بیمار خواهد بود. در این موارد پس از درخواست بیمار سرپرستار یا پرستار مسئول بیمارهماهنگی لازم را با پزشک معالج و اخذ موافقت از او را در خصوص نظرخواهی از پزشک دوم انجام می‌دهد و درخواست بیمار پس از موافقت پزشک معالج با هماهنگی سرپرستار یا مدیریت پرستاری در خصوص حضور پزشک مورد نظر بیمار جهت نظرخواهی انجام ویزیت مشورتی با مشارکت بیمار/ خانواده وی برنامه‌ریزی و انجام خواهد شد.</p>
سطح	ج-۱-۷ بیمارستان تسهیلات معنوی لازم برای بیمار و خانواده او را تامین می‌نماید.
سطح یک	ج-۱-۷-۱ تسهیلات معنوی برای بیماران و مراجعین فراهم می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی نیازهای عبادی مورد نیاز بیماران ❖ تامین امکانات لازم شامل قبله نما، تالی تیمم و امکانات برگزاری نماز از جمله سجاده نماز، مهر، زیر انداز، قرآن در اتاق بستری ❖ دسترسی به نماز خانه با امکانات لازم برای بیماران و همراهان/ مراجعین در بیمارستان و اطلاع رسانی مناسب آن در سطح بیمارستان ❖ مساعدت کارکنان در ادای فرایض دینی به بیماران کم توان ❖ امکان دسترسی شبانه روز به نمازخانه/ اتاق دعا برای همراهان/ خانواده بیماران
	اجرای برنامه‌های فرهنگی جهت تسلی بخشی به بیماران با استفاده از آموزه‌های معنوی به نحوی که موجب سلب آسایش دیگر بیماران نشود توصیه می‌گردد.
سطح دو	ج-۱-۷-۲ تسهیلات لازم برای انجام فرایض مذهبی و فرصت دیدار برای خانواده بیمار محتضر با رعایت اصول پزشکی، فراهم می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ایجاد فرصت انجام فرایض مذهبی برای خانواده محتضر ❖ آموزش و آگاهی کارکنان بخش‌های درمانی بالینی/خدماتی در خصوص چگونگی برخورد با بیماران در حال احتضار ❖ فراهم کردن فضای مجزا و رعایت حریم خصوصی بیمار ❖ مدیریت و کنترل تاثیرات و تألم حاصل از وخامت حال بیماران/ خانواده بیمار محتضر برای سایر بیماران
	<p>فراهم نمودن شرایط انجام فرایض مذهبی باید بر اساس احترام به اعتقادات مذهبی بیماران محتضر، با رعایت اصول پزشکی و استمرار مراقبت‌های ضروری و آسایش سایر بیماران باشد.</p> <p>➤ مدیریت و کنترل تاثیرات و تألم حاصل از وخامت حال بیماران/ خانواده بیمار محتضر و سایر بیماران</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. انتقال بیمار از یک اتاق به اتاق دیگر ۲. ایجاد فضای مجزا از طریق پاراوان یا پرده ۳. ایجاد شرایط ویژه از جمله رعایت آداب و رسوم شعایر دینی و ایجاد محیطی آرام برای بیمار و خانواده ۴. ایجاد فرصت مصاحبت و حضور خانواده بیماران در حال احتضار حتی در ساعات غیر ملاقات



سطح سه	ج-۱-۳ بیمارستان تاثیرات و تألم حاصل از فوت بیماران را برای خانواده، کارکنان و مراجعین کنترل و مدیریت می‌نماید.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین مسیر مستقل از راهروهای اصلی بیمارستان جهت انتقال متوفی ❖ وجود فضایی مسقف و بسته برای سوگواری همراهان ❖ وجود امکانات و تسهیلات لازم در فضای مربوط به سوگواری همراهان <p>تامین فضایی مسقف در مجاورت سردخانه متوفیان، برای سوگواری همراهان متوفیان به نحوی که سایر بیماران و همراهان آزردهی خاطر پیدا نکنند در نظر گرفته شود و مسیر خروج اجساد مستقل از راهروهای اصلی می باشد. همچنین امکانات و تسهیلات لازم در فضای مربوط به سوگواری همراهان، حداقل شامل صندلی، آب سردکن و لیوان یک بار مصرف و دستمال کاغذی است.</p>
سطح	ج-۱-۸ دکوراسیون، مبلمان، فضاها و نماهای داخلی و امکانات رفاهی، با رعایت اصول چیدمان هماهنگ است.
سطح دو	ج-۱-۸-۱ امکانات رفاهی در فضاهای عمومی و بخش‌ها / واحدها متناسب با تعداد مراجعین و نوع خدمات طراحی و اجرا شده است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ پیش بینی امکانات رفاهی در فضاهای عمومی بیمارستان برای گیرندگان خدمت ❖ حضور فرد مطلع دارای حسن برخورد، در لابی بیمارستان/ واحد اطلاعات و پذیرش جهت راهنمایی مراجعین ❖ نصب تابلوی راهنمای بلوک‌های ساختمانی و طبقات، ورودی بخش‌ها، واحدهای اداری، پاراکلینیکی و مالی <p>➤ حداقل امکانات رفاهی در فضاهای عمومی و بخش‌ها / واحدها شامل</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. وجود مبلمان راحت، تمیز و سالم متناسب با تعداد بیماران با رعایت نکات زیبا شناختی و قابل ضد عفونی کردن ۲. وجود آب سردکن و لیوان یک بار مصرف ۳. تلویزیون یا مانیتور جهت نمایش پیام‌های بهداشتی در لابی بیمارستان ۴. امکانات شارژ تلفن همراه ۵. تلفن جهت ارتباط با بخش‌های عادی و ویژه در ساعات غیر ملاقات ۶. وجود بوفه با شرایط بهداشتی در لابی/ محوطه بیمارستان ۷. وجود سالن‌های انتظار واحدهای پذیرش و تریویس و درمانگاه‌ها ۸. وجود سرویس بهداشتی خانمها و آقایان به تفکیک و با رعایت اصول بهداشتی
سطح سه	ج-۱-۸-۲ نماهای داخلی، ظاهری سالم دارند و با استفاده از مصالح متناسب با کاربری مربوط اجرا شده است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ سالم بودن نمای داخلی بخش‌ها / واحدها ❖ سالم بودن پوشش کف و سقف بخش و اتاق بیماران ❖ سالم بودن درب و دیوارها در مکان‌های عمومی بیمارستان ❖ سالم بودن نمای داخلی مکان‌های عمومی بیمارستان ❖ استفاده از مصالح متناسب با کاربری هر یک از قسمت‌ها <p>هماهنگی و چشم نوازی از منظر زیباشناسی مطرح است.</p>



سطح سه	ج-۱-۳-۸ مساحت لابی و امکانات رفاهی آن متناسب با تعداد مراجعین و نوع خدمات در بیمارستان طراحی و اجرا شده است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ عدم استفاده از فضای لابی جهت دسترسی به سایر فضاهای بیمارستان ❖ وجود پیش‌ورودی (فیلتر اقلیمی) و یا پرده‌ی هوا برای درب اصلی ❖ نور طبیعی در لابی و دید واضح به تابلوها و علائم راهنما ❖ تفکیک فضای انتظار واحد پذیرش و ترخیص از فضای لابی ❖ تناسب تعداد مبلمان با تعداد مراجعین و مساحت لابی (به ازای هر صندلی دست کم ۲/۲ متر فضا) ❖ پیش‌بینی تمهیدات لازم برای زیبایی و خوشایند کردن فضای لابی از جمله وجود تلویزیون، در سالن انتظار ❖ وجود بوفه یا مکانی برای فروش مواد غذایی، آب سرد/گرم کن ❖ وجود تلفن عمومی سالم در لابی ❖ وجود خود پرداز الکترونیک با خدمات کامل ❖ وجود تلفن داخلی جهت تماس ملاقات کنندگان با بخش/اتاق بیمار و کاهش تردد به بخش‌های بستری ❖ وجود سرویس بهداشتی مجزا برای خانم‌ها یا آقایان در دسترسی نزدیک به لابی
	عدم استفاده از فضای لابی جهت دسترسی به سایر فضاهای بیمارستان به معنی حضور افراد در لابی صرفاً به منظور نشستن و انتظار باشد. همچنین فضای مورد نیاز برای عبور و استقرار افراد بر روی ویلچر، کالسکه‌ی بچه و افراد ناتوان با تجهیزات حرکتی در نظر گرفته شود.
سطح سه	ج-۱-۸-۴ دکوراسیون و مبلمان در بیمارستان بر اساس اصول زیبایی شناختی و آسایش و آرامش بیماران و مراجعین طراحی و اجرا شده است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ هماهنگی رنگ مبلمان و دیوارها و فضای داخلی بخش ❖ استفاده از آسمان نما و نور مصنوعی در بخش‌ها و فضاهایی فاقد نور طبیعی کافی ❖ جانمایی تجهیزات و وسایل بخش در مکان مناسب و عدم به هم ریختگی تجهیزات در راهرویی بخش‌ها ❖ مدیریت اوراق متصل به درب و دیوار بیمارستان و بخش‌ها و تعبیه اوراق در تابلوهای تعیین شده به شکل زیبا و منظم ❖ طراحی دکوراسیون بیمارستان به شکل هماهنگ، چشم نواز و بر اساس اصول زیبایی شناختی، همراه با آرامش‌گیرندگان خدمت ❖ تناسب ظاهری، هماهنگی و چشم نواز دکوراسیون و مبلمان
	تناسب ظاهری، هماهنگی و چشم نواز بودن نمای داخلی از منظر زیباشناختی و استفاده از اصول گرافیک محیطی در نمای داخلی بخش‌ها / واحدها و مکان‌های عمومی بیمارستان مد نظر است.
سطح سه	ج-۱-۸-۵ فضای سبز و امکانات رفاهی لازم برای استفاده بیماران و همراهان متناسب با تعداد بیماران و مراجعین در بیمارستان فراهم است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود صندلی یا نیمکت بهداشتی و سالم در محوطه بیمارستان متناسب با تعداد مراجعین ❖ وجود فضای سبز و زمین بازی برای کودکان در محوطه بیمارستان ❖ وجود آلاچیق / آب نما یا وسایل ورزش همگانی در محوطه بیمارستان ❖ وجود سرویس بهداشتی تمیز در نزدیکی فضای سبز جهت استفاده بیمار/همراه بیمار
	صندلی و نیمکت‌های موجود در محوطه بیمارستان قابلیت مسقف شدن داشته باشد تا در باران و نور خورشید مانع استفاده بیمار و همراه نگردد. همچنین وسعت فضای سبز بیمارستان متناسب با تعداد مراجعین باشد.
سطح	ج-۱-۹-۱ بیمارستان از تامین امکانات و تسهیلات اقامتی در اتاق بستری بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	ج-۱-۹-۱-۱ * سیستم فراخوان / ارتباط با پرستار فعال بوده و در دسترس بیماران است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ نصب و آماده به کار بودن و در دسترس بودن سیستم احضار پرستار برای تمام تخت‌ها ❖ نصب و آماده به کار بودن سیستم احضار کارکنان مرتبط برای فضاهای بسته مانند اتاق‌های تصویر برداری و سایر اقدامات تشخیصی درمانی مانند پرتو درمانی ❖ نصب و آماده به کار بودن سیستم احضار پرستار یا زنگ اخبار در سرویس‌های بهداشتی و حمام بیماران ❖ آموزش بیمار جهت استفاده از سیستم احضار پرستار در بدو ورود ❖ آگاهی بیمار جهت استفاده از سیستم احضار و نحوه ارتباط با پرستار ❖ حضور به موقع پرستار بر بالین بیمار پس از احضار توسط بیمار
	سیستم فراخوان / ارتباط با پرستار در راستای حفظ ایمنی بیمار است و فعال بودن آن و پاسخ پرستار به همه فراخوان‌های بیمار اهمیت داشته و آموزش استفاده از سیستم فراخوان / ارتباط با پرستار بایستی در زمان ورود به بخش به بیمار ارائه می‌شود.



سطح یک	ج-۱-۹-۲ تخت‌های بستری بیماران دارای حداقل شرایط و ملحقات مورد انتظار است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود تخت‌های بستری با شرایط مورد قبول در بخش‌های بستری ❖ وجود تشک بیمار با شرایط مورد قبول در بخش‌های بستری ❖ وجود پایه سرم با قابلیت تنظیم ارتفاع ❖ وجود میز غذای اتاق بیمار از جنس مقاوم در برابر رطوبت به صورت یک طرفه و قابلیت تنظیم ارتفاع
	<p>➤ ویژگی‌های تخت‌ها در بخش‌های بستری</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. از نوع سه شکن (بخش ویژه)، دو یا سه شکن (بخش‌های عادی) به صورت مکانیکی یا برقی ۲. دارای ساید ریل تاشو در امتداد تخت ۳. امکان اتصال پایه سرم به تخت ۴. قابلیت نصب مانکی بار ۵. دارای چرخ‌های روان گرد با قطر حداقل ۱۲۵ میلیمتر از نوع دنباله شفت‌دار آلن خور و دو عدد چرخ ترمزدار به صورت مورب ۶. رویه‌های تخت از نوع ABS جدا شونده با قابلیت شست‌وشو و ضد عفونی ۷. سر تخت و پای تخت از جنس ABS با پایه‌های فولادی ۸. امکان آویز کیسه‌ی ادرار ۹. دارای چهار ضربه گیر در چهار گوشه تخت ۱۰. در نوع مکانیکی دارای جک با دسته‌های تا شونده ۱۱. استفاده از تشک مواج برای بیماران با کاهش سطح هوشیاری و بدون تحرک <p>➤ ویژگی‌های تشک تخت‌ها در بخش‌های بستری شامل :</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. از جنس فوم و مواد نو و غیر بازیافتی ۲. ضخامت ۷۰ میلیمتر، ضد آب ۳. ضد حساسیت ۴. مقاوم به روش‌های شست‌وشو و ضد عفونی، ۵. سطح رویه صاف جهت کاهش میزان رشد قارچ و باکتری‌ها ۶. رویه دارای زیپ دو طرفه <p>در خصوص بیماران مستعد زخم بستر ترجیحا جنس رویه تشک بیمار، با امکان گذردهی هوا به جهت عدم ایجاد حرارت نامطلوب و تعریق در سطح تماس بدن بیمار در نظر گرفته شود.</p>
سطح یک	ج-۱-۹-۳ شرایط بهداشتی و نظافت اتاق بیمار و لوازم مصرفی آن رعایت می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعویض مستمر و به موقع لوازم مصرفی اتاق بیمار از قبیل ملحفه‌ها، تشک، پتو، بالش و روتختی‌ها ❖ مطابقت شرایط سقف، کف و دیوار تمامی اتاق‌ها با ضوابط بهداشتی مربوط ❖ نظافت اتاق‌ها و وسایل و تجهیزات آن‌ها مطابق برنامه‌ی زمان‌بندی ❖ نظافت اتاق بیمار حداقل شست‌وشوی روزانه و گندزدایی کف ❖ نظافت پنجره‌ها، درب و دیوار، سقف، پرده‌ها ❖ مراقبت از استمرار آراستگی اتاق بیمار توسط کارکنان خدمات بخش
	<p>تعویض لوازم مصرفی اتاق بیمار از قبیل ملحفه‌ها، تشک، پتو، بالش و روتختی‌ها باید بطور مرتب و حداقل روزی یکبار انجام شود. به نحوی که پیوسته سالم، تمیز و عاری از آلودگی باشند.</p>



سطح دو	<p>ج-۱-۴ فواصل و فضای استاندارد بین تخت‌ها مطابق ضوابط مربوط و امکان انتقال تجهیزات در مواقع اورژانسی است.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین فضای مناسب در اطراف تخت جهت سهولت حرکت در صورت نیاز به احیای بیمار یا انجام اقدام تهاجمی فوری ❖ وجود پرز برق در فاصله مناسب از تخت و یا سیم رابط در صورت نیاز ❖ تعیین فضای مناسب بین تخت جهت جانمایی وسایل جانبی بیمار مانند کمد کنار تخت، صندلی تختخواب شو <p>فضای کافی در اطراف تخت‌ها برای ارایه مراقبت‌های اورژانسی به بیماران به نحوی است که حداقل فاصله از بالا و کنار تخت با دیوار ۷۰ سانتی متر و پایین تخت با دیوار یا تخت دیگر ۱۴۰ سانتی متر و حداقل فاصله بین دو تخت ۱۴۰ سانتی متر است و امکان ارائه خدمات اورژانسی مانند احیاء قلبی ریوی بیمار را به راحتی فراهم می‌سازد. همچنین ابعاد در ورودی اتاق به گونه ای باشد که نقل و انتقال تخت بستری و تجهیزات پزشکی به آسانی صورت گیرد. در صورت یک لنگه بودن، حداقل ۱۲۰ سانتی متر و در صورت دو لنگه بودن، با اندازه‌های ۴۰ و ۹۰ سانتی متر باشد.</p>
سطح دو	<p>ج-۱-۵ کنسول اتاق بستری بیماران دارای حداقل شرایط مورد انتظار است.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود کنسول با امکانات مطلوب در بالای تخت بیمار ❖ سالم و فعال بودن کنسول در بالای تخت بیمار ❖ وجود چراغ روشنایی و مطالعه در کنسول‌ها <p>➤ کنسول بالای تخت بیمار سالم و فعال بوده و شامل</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. گازهای طبی در بالای هر تخت ۲. یک عدد خروجی اکسیژن ۳. چهار عدد پرز برق VAC ۴. یک سوکت RJ45 ۵. کلید احضار پرستار سالم و فعال ۶. کنسول دارای چهار عدد پرز برق
سطح دو	<p>ج-۱-۶ تهویه و درجه حرارت اتاق بیمار مطبوع است.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تنظیم دمای اتاق بیمار در تابستان، ۲۴-۲۸ درجه سانتیگراد، و در زمستان ۲۰-۲۳ درجه سانتیگراد ❖ تنظیم دفعات تعویض هوا در اتاق بستری بیمار حداقل ۴ بار در ساعت یا تهویه مستمر با اگزاست مرکزی ❖ تنظیم دفعات تعویض هوا در سرویس‌های بهداشتی و حمام حداقل ۱۰ بار در ساعت ❖ ارزیابی تهویه، درجه حرارت اتاق بیماران توسط کارشناسان فنی حداقل هر سه ماه یکبار <p>رطوبت نسبی مناسب اتاق بیمار در تابستان ۵۰-۶۰ و در زمستان ۳۰-۵۰ درصد است. حمام و سرویس‌های بهداشتی، پیش ورودی اتاق ایزوله، اتاق کار کثیف، اتاق جمع آوری زباله و لباس کثیف، اتاق نظافت نیاز به تخلیه‌ی دائم هوا داشته باشد.</p>



سطح دو	ج-۱-۷- البسه و ملحفه‌های مورد نیاز بیماران در همه ساعات اعم از ایام تعطیل و غیر تعطیل تامین می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تامین لباس مناسب و بهداشتی برای بیمار همه ساعات اعم از ایام تعطیل و غیر تعطیل ❖ تعویض به موقع و فاقد لکه و آلودگی بودن البسه بیماران ❖ گان جراحی بیمار دارای کیفیت و جنس مناسب و پوشیدگی کافی ❖ دمپایی بیمار سالم، در سایز مناسب و ضد لغزش ❖ استفاده از البسه یکبار مصرف در بخش عفونی و اتاق‌های ایزوله عفونی ❖ تامین ملحفه با کیفیت مناسب و شرایط بهداشتی همه ساعات اعم از ایام تعطیل و غیر تعطیل ❖ تامین پتو با کیفیت مناسب و شرایط بهداشتی همه ساعات اعم از ایام تعطیل و غیر تعطیل ❖ تامین بالش با کیفیت مناسب و شرایط بهداشتی همه ساعات اعم از ایام تعطیل و غیر تعطیل ❖ ملحفه و روبالشی از نظر ابعاد، جنس، کیفیت دوخت و سلامت پارچه مناسب
	<p>لباس مناسب و بهداشتی برای بیمار از جنس پارچه‌های با الیاف نخ و پنبه، سبک و راحت، ثبوت رنگ، بدن نما نبودن، استحکام دوخت، تعریق ناپذیری و قابلیت عبور هوا، سرد نبودن، ضد حساسیت، پوشش کافی تن بیمار است. فروش اقلام هتلینگ به بیماران ممنوع می‌باشد. وجود تعداد ۱/۵ برابر تعداد تخت فعال پتو در بخش، با ویژگی‌های سبک، گرم و دارای کاور جداگانه به منظور سهولت در شستشو لازم است. سطح بالش باید رویه صاف جهت کاهش میزان رشد قارچ و باکتری‌ها داشته باشد از اسفنج ابری و روکش چرمی استفاده نشود.</p>



سطح دو	ج-۱-۸- امکانات و سرویس‌های بهداشتی متناسب با وضعیت افراد کم توان جسمی در دسترس است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود سرویس بهداشتی مناسب و به تعداد کافی برای افراد کم توان جسمی ❖ وجود روشویی مناسب در سرویس‌های بهداشتی متناسب با افراد کم توان جسمی ❖ نصب دستگیره اضافی بر روی قسمت داخلی در به ارتفاع ۸۰ سانتیمتر از کف و ۲۵ سانتیمتر فاصله از محور لولا ❖ نصب شیرهای دستشویی از نوع اتوماتیک با سنسور چشمی و یا اهرمی جهت راحتی در باز و بسته شدن ❖ کنترل وضعیت سرویس‌های بهداشتی بیمارستان به صورت دوره‌ای و منظم و استفاده از چک لیست خدماتی در سرویس‌های بهداشتی ❖ نظافت مستمر سرویس‌های بهداشتی ❖ وجود مواد شوینده و دستمال کاغذی در سرویس‌های بهداشتی
	<p>➤ شرایط عمومی سرویس‌های بهداشتی</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. در سرویس‌های بهداشتی بیماراران محلی برای آویز سرم پیش بینی شده باشد. ۲. درب‌های سرویس‌های بهداشتی از هر دو طرف دستگیره دارد به بیرون باز شده و از داخل قفل نمی شوند و درب‌ها ضد رطوبت و مقاوم در برابر ضربه ۳. روشنایی مناسب در سرویس‌های بهداشتی تامین شود. ۴. دستگیره اتکا و فضای فیزیکی مناسب در سرویس‌های بهداشتی نصب باشد. ۵. آگزاست و تهویه مناسب، در سرویس‌های بهداشتی وجود داشته باشد. ۶. در اتاق‌های خصوصی یک سرویس در هر اتاق و در اتاق‌های عمومی یک سرویس به ازای هر ۸ بیمار وجود داشته باشد. ۷. برای کارکنان به ازای هر ۳۰ نفر یک دستگاه توالت برای مردان و یک دستگاه توالت برای زنان به صورت مجزا وجود داشته باشد.
	<p>➤ شرایط سرویس‌های بهداشتی برای حمایت از افراد کم توان جسمی</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. حداقل ابعاد سرویس بهداشتی برای استفاده با ویلچر، ۲ متر در ۲ متر ۲. وجود فضای خالی بدون مانع دایره‌ای شکل به قطر ۱۵۰ سانتیمتر برای چرخش ۱۸۰ درجه‌ی صندلی چرخدار ۳. عدم وجود اختلاف ارتفاعی در کف سرویس بهداشتی حتی در قسمت ورودی نسبت به کف طبقه ۴. باز شدن در سرویس بهداشتی به بیرون و امکان گشودن آن در مواقع اضطراری از بیرون ۵. ارتفاع مناسب لبه ی بالایی روشویی برای فرد نشسته روی ویلچر، ۸۵ سانتی متر
	<p>➤ شرایط سرویس‌های بهداشتی فرنگی اتاق‌های بستری</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. نصب کاسه توالت فرنگی به ارتفاع ۴۵ سانتیمتر از کف و با فاصله حداقل ۴۰ سانتی متر از روشویی و یا دیگر موانع مجاور (به جز دستگیره افقی) ۲. نصب دستگیره افقی در دو سمت توالت فرنگی، با ارتفاع ۷۰ سانتیمتر از کف و طول آن تا ۲۰ سانتیمتر جلوتر از لبه ی جانبی توالت فرنگی
	<p>➤ شرایط روشویی اتاق‌های بستری</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. امکان دسترسی به کاسه روشویی در فضایی با حداقل ابعاد ۹۰ در ۱۲۰ سانتیمتر ۲. حداقل فاصله ی لبه ی جانبی کاسه روشویی تا دیوار یا هر مانع دیگر، ۲۰ سانتیمتر ۳. فضای آزاد (بدون قرار گیری کابینت) با ارتفاع ۷۰ سانتی متر از کف تا زیر لبه ی کاسه ی روشویی برای قراره گرفتن زانو ۴. عمق فضای آزاد (بدون قرار گیری کابینت) در قسمت زانو ۲۰ سانتیمتر و در قسمت نوک پا، ۴۵ سانتیمتر



سطح دو	ج-۱-۹-۹ امکانات و تسهیلات اقامت همراه بیمار تامین می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود صندلی تختخواب‌شو در کنار هر تخت ❖ امکان استفاده از غذا در بیمارستان برای همراه ❖ وجود تلویزیون در اتاق بیمار جهت استفاده بیمار و همراه <p>وجود مبل یا صندلی تخت خواب شو مناسب برای استراحت بزرگسال جهت همراهان به ازای هر تخت در اتاق بیماران لازم است و صندلی به هر سایز و ظاهری جایگزین صندلی تخت خواب شو نمی‌باشد.</p>
سطح سه	ج-۱-۹-۱۰ ملزومات و امکانات جانبی رفاهی برای اقامت بیماران در اتاق‌های بستری تامین می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود یخچال سالم ویژه مواد غذایی در اتاق بیماران ❖ وجود تلویزیون سالم باکیفیت و دید مناسب به تخت بیمار ❖ وجود تلفن سالم و امکان تماس با خارج از بیمارستان در اتاق بیماران ❖ وجود امکانات پذیرایی مانند ماکروفر، امکان تهیه قهوه و چای و سرو غذا در اتاق ❖ وجود کاناپه و مبل راحتی و میز ❖ وجود سیستم اینترنتی و وای فای در اتاق بیمار ❖ کمد کنار تخت و کمد رخت آویز مناسب و بهداشتی <p>وجود سوئیت‌های تک نفره در بخش و امکان انتخاب بیماران برای اقامت در آن‌ها با تقبل هزینه‌های مربوط فراهم باشد.</p>
سطح سه	ج-۱-۹-۱۱ نور طبیعی در روز و نور مصنوعی با شدت روشنایی استاندارد بین المللی در شب در اتاق بیمار تامین شده است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعبیه پنجره دارای شیشه‌های مسلح (سکوریت) ❖ امکان استفاده از نور طبیعی در روز و نور مصنوعی مناسب شب در اتاق بیمار <p>پنجره‌ها باید بازشوی محدود به یک فضای بیرونی بوده و جهت استفاده از نور طبیعی و دید مناسب جهت آسایش روحی بیماران استفاده می‌شود.</p> <p>➤ حداقل شدت روشنایی</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. ۱۰۰ لوکس جهت روشنایی عمومی ۲. ۲۰۰ لوکس جهت مطالعه ۳. ۳۰۰ لوکس برای چراغ معاینه <p>روشنایی عمومی در فضاهای بستری برای آرامش و آسایش بیماران و جهت استفاده در شب، ۲۰ لوکس</p>



سطح	ج-۱-۱۰ بیمارستان از تامین کیفیت و نحوه سرو غذا برای بیمار اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	<p>ج-۱-۱۰-۱ سرو غذای بیماران با رعایت اصول بهداشتی صورت می‌پذیرد.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تامین ظروف یکبار مصرف استاندارد / ظروف چینی / آکروپال بهداشتی ❖ رعایت بهداشت و پوشش مناسب متصدی توزیع غذا در زمان سرو غذا ❖ بازبینی مستمر ترالی حمل غذا از نظر عدم وجود حشرات موذی ❖ سر پوشیده بودن سطح غذاها در زمان حمل و توزیع از آشپزخانه تا محل ارائه غذا به بیمار ❖ بسته بندی غذای بیماران در فضای مجزا از سالن پخت و آماده سازی ❖ نظارت میدانی و رندوم توسط کارشناس تغذیه در مراحل بسته بندی ❖ نظارت میدانی و رندوم توسط کارشناس تغذیه در مراحل توزیع غذا ❖ توزیع مرکزی غذا، ظروف غذای بیماران رژیمی دارای برچسب حداقل نام بخش نام بیمار و نوع رژیم ❖ استفاده متصدی توزیع غذا از کلاه، پیش‌بند، دستکش و ماسک در مرحله سرو غذا ❖ شستشو روزانه ترالی‌های مخصوص حمل غذا تمیز و با نظارت کارشناس بهداشت محیط ❖ توزیع غذا در ظروف یکبار مصرف برای بخش‌های ویژه، ایزوله عفونی بخش‌های بستری و ایزوله اورژانس
	<p>توزیع غذای بیماران دیالیز، ایزوله عفونی، باید غذا توسط مسئول توزیع به مسئول بخش مربوطه تحویل داده شود و ورود متصدیان توزیع غذا به این بخش‌ها مجاز نیست. جهت جلوگیری از انتقال عفونت از طریق ظروف غذا براساس بخش نامه ابلاغی وزارت بهداشت، برای بیماران اتاق‌های ایزوله و واحدهای عفونی و بیماران بخش‌های ویژه و "اتاق ایزوله عفونی بخش اورژانس" استفاده از ظروف یکبار مصرف الزامی می‌باشد. در مورد سایر بیماران بخش اورژانس به تشخیص بیمارستان می‌باشد.</p> <p>➤ ظروف یکبار مصرف</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. سالم، تمیز، عاری از رگه، سوراخ ریز، ذرات یا اجسام خارجی، خراش، پارگی، جمع شدگی، لبه‌های تیز، بو و حباب، دارای پروانه ساخت یا یا پروانه ورود به کشور، متناسب با نوع پروانه برای مواد غذایی سرد یا گرم باشد. ۲. نگهداری ظروف یکبار مصرف در داخل کیسه‌های پلاستیکی تمیز و مستحکم و در بسته و دور از نور مستقیم خورشید
سطح دو	<p>ج-۱-۱۰-۲ توزیع و سرو غذای بیماران با حفظ زنجیره سرد و گرم صورت می‌پذیرد.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ توزیع غذا بوسیله ترالی‌های گرم خانه دار / آسانسورهای مخصوص حمل مستقیم غذا از آشپزخانه به داخل بخش‌ها ❖ تناسب تعداد دستگاه‌های حمل غذا با تعداد بخش‌های بستری ❖ تنظیم دمای غذاهای گرم سرو شده در بالین بیمار ❖ رضایت بیماران از دمای غذای سرو شده <p>از ترالی‌های گرم خانه دار مخصوص حمل غذا و یا آسانسورهای مخصوص حمل مستقیم غذا از آشپزخانه به داخل بخش‌ها استفاده شود. ترالی‌های گرمخانه دار قبل از غذا به برق زده شود. در بیمارستان‌هایی که به دلیل تعدد ساختمان امکان انتقال غذا با تrolley نیست، تمهیداتی از قبیل انتقال غذا در ظروف مناسب به آبدارخانه بخش (وجود گرمکن در آبدارخانه و ترالی گرمخانه دار در آبدارخانه و یا ترالی بن ماری دار) و روش سرو نیمه متمرکز قابل قبول است. سالم بودن ترالی حمل غذا و المنت آن‌ها مستمر بررسی شود. دمای غذایی که بدست بیمار می‌رسد از ۵۷ درجه سانتی گراد کمتر نباشد. طول مدت توزیع غذای گرم از محل طبخ به بخش‌ها باید حدود ۳۰ دقیقه باشد. شرایط برای تامین زنجیره گرم و رسیدن به دمای بالاتر از ۶۰ درجه سلسیوس از مرحله تولید تا زمانی که مواد خوردنی و آشامیدنی به دست مصرف کننده می‌رسد فراهم شود. همچنین اقدامات و تجهیزات لازم برای تامین زنجیره سرد و رسیدن به دمای پایین تر از ۵ درجه سلسیوس (از مرحله تولید تا زمانی که مواد خوردنی و آشامیدنی به دست مصرف کننده می‌رسد) فراهم شود.</p>



سطح سه	ج-۱-۱-۳ در هر وعده، در کنار غذای اصلی، پیش غذا و دورچین برای بیماران سرو می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ استفاده از پیش غذا در منوی غذایی متناسب با رژیم غذایی بیمار ❖ استفاده از دورچین در منوی و سرو غذایی متناسب با رژیم غذایی بیمار <p>تعریف پیش غذا طبق مجموعه ضوابط بخش تغذیه بیمارستان شامل غذاهای کم حجم و کم کالری است و باید متناسب با بیماری و رژیم غذایی بیمار باشد. از رایج ترین پیش غذاها انواع سوپ و سالاد می باشد. همچنین استفاده از سبزیجات پخته و لیموی تازه با تزئین زیبا به عنوان پیش غذا محسوب شده و همچنین باعث ترغیب بیمار به خوردن غذا می‌گردد. دورچین می‌تواند شامل مواد غذایی پرفیبر، پرحجم یا کم کالری ارائه شده به همراه وعده غذایی اصلی مانند سبزیجات و صیفی جات خام یا پخته شده، قارچ و ماست متناسب با رژیم غذایی بیمار سرو شود.</p>
سطح سه	ج-۱-۱-۴ غذا در ظروف چینی سالم سرو شده و از قاشق و چنگال استیل (بجز بخش روانپزشکی) استفاده می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ سرو غذا در ظرف چینی سالم برای بیماران ❖ استفاده از قاشق و چنگال استیل سالم و بهداشتی در بخش‌های بالینی ❖ نظارت بر ممنوعیت استفاده از ظروف چینی و قاشق و چنگال استیل در بخش‌های روان پزشکی توسط کارشناس تغذیه <p>استفاده از ظروف چینی بهداشتی بوده و هم چنین احساس خوش‌آیندی در زمان اقامت برای بیماران تداعی می‌کند. به جای ظرف چینی می‌توان از ظروف آرکوپال و بلور نیز که مشابه ظروف چینی است استفاده شود. تمام ظروف غذا باید سالم و بدون شکستگی باشد و در صورت لب پر شدن جایگزین شود. به منظور حفظ ایمنی بیماران بخش روان پزشکی، استفاده از ظروف چینی، بلور، آرکو پال، قاشق و چنگال استیل و هرگونه اجسام تیز و برنده که احتمال آسیب به بیمار و یا اطرافیان را داشته باشد ممنوع می‌باشد.</p>



ج-۲ احترام به حقوق گیرنده خدمت

سطح	ج-۲-۱ بیمارستان از رعایت منشور حقوق بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	<p>ج-۲-۱-۱ منشور حقوق بیمار در معرض دید مراجعین است.</p> <p>❖ نصب منشور حقوق بیمار در لابی، ورودی اصلی بیمارستان، ورودی بخش‌های بستری و اورژانس به استثنای بخش‌های ویژه خوانا و قابل رویت بودن متن منشور حقوق بیمار از فاصله یک متری</p> <p>محل نصب در معرض دید باشد و در گوشه‌ها/ زاویه‌های کم تردد سالن‌ها نصب نشود.</p>
سطح دو	<p>ج-۲-۱-۲ کارکنان از منشور حقوق بیمار آگاهی دارند و به آن عمل می‌نمایند.</p> <p>❖ آگاهی رده‌های مختلف کارکنان از مفاد منشور حقوق بیمار</p> <p>❖ انطباق عملکرد به مفاد منشور حقوق بیمار متناسب با نقش هر یک از کارکنان</p> <p>📄 ابلاغیه شماره ۳۸۷۹۵۶ مورخ ۸۸/۸/۱۰ وزارت بهداشت</p>
سطح سه	<p>ج-۲-۱-۳ برنامه‌های آموزشی در زمینه اخلاق بالینی و منشور حقوق بیماران برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.</p> <p>❖ برگزاری دوره‌های آموزشی منشور حقوق بیمار، برای کارکنان بیمارستان</p> <p>❖ نظارت کمیته اخلاق بالینی بر رعایت صحیح منشور حقوق بیمار در بیمارستان</p> <p>❖ ارزیابی انطباق عملکرد کارکنان با آموزش‌ها و رعایت اخلاق حرفه‌ای</p> <p>❖ طراحی اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت در کمیته اخلاق پزشکی و طرح در جلسات تیم رهبری و مدیریت</p> <p>❖ اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود کیفیت پس از تصویب و ابلاغ تیم رهبری و مدیریت</p> <p>پایبندی به اصول اخلاق بالینی و رعایت منشور حقوق بیماران نیازمند تغییر در نگرش کارکنان و نهادینه شدن باورهای بیمار محوری در سطح سازمان است. منظور از آموزش‌ها صرفاً برگزاری کلاس‌های آموزشی در حیطه آگاهی نیست و بایستی در قالب مفهومی و کاربردی برگزار شود. در همین راستا آموزش در زمینه‌های سوء رفتار حرفه‌ای، تعهد حرفه‌ای و مهارت‌های ارتباطی اثربخش و مفاد منشور حقوق بیمار توصیه می‌گردد. لذا برنامه‌های آموزشی بایستی به صورت کارگاهی، مهارتی و کاربردی طراحی و اجرا شود. اطلاع رسانی مستمر و موثر با استفاده از بروشور، پمفلت، و سایر روش‌ها صورت پذیرد.</p>
سطح	ج-۲-۲ بیمارستان از رعایت حریم شخصی بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	<p>ج-۲-۲-۱ از هرگونه علائم یا نوشته‌ای که تشخیص بیماری و یا سایر اطلاعات درمانی محرمانه بیمار را آشکار نماید، استفاده نمی‌شود.</p> <p>❖ اطلاع رسانی به تمام بخش‌های بالینی در مورد ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار</p> <p>❖ آگاهی کارکنان بخش‌های بالینی نسبت به ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار</p> <p>❖ عدم درج نام و نام خانوادگی، تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی در روی جلد پرونده بیمار، تابلوی موجود در بالین بیمار و تابلوی بخش</p> <p>اطلاعات درمانی بیمار شامل تشخیص‌های احتمالی یا قطعی و سایر اطلاعات تشخیصی و درمانی است. در صورتیکه یکی از همراهان بیمار پزشک/پیراپزشک و یا سایر رشته‌های وابسته به گروه پزشکی است و جهت مطالعه تقاضای پرونده بیمار را نماید، صرفاً با اعلام رضایت بیمار یا ولی قانونی او موافقت می‌شود. نحوه اخذ رضایت به صورت خصوصی و نا محسوس باشد که موجب عوارض روحی و حاشیه‌ای برای بیمار نشود. با توجه به الزام حفاظت از اطلاعات درمانی بیمار و آگاهی او یا ولی قانونی او از تشخیص‌های احتمالی/ قطعی لازم است تمامی نکات ایمنی در گفتار کارکنان، تابلوها و جلد پرونده بیمار توسط سرپرستاران و روسای بخش نظارت و مراقبت شود.</p>
سطح یک	<p>ج-۲-۲-۲ خدمات درمانی و تشخیصی با رعایت حریم شخصی به مراجعین و بیماران ارائه می‌شود.</p> <p>❖ ارائه خدمات به بیماران با رعایت موازین انطباق، توسط کارکنان همگن و با رعایت احترام به شان و منزلت انسانی</p> <p>❖ رعایت حریم شخصی، محرمانگی اطلاعات و ارزش‌های بیماران در حین ارائه خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی</p> <p>❖ عدم استفاده از دوربین‌های مدار بسته در حریم خصوصی بیماران</p> <p>❖ تعیین روشی معین برای کسب اجازه، پیش از ورود کارکنان به اتاق بیمار/ بیماران در بخش‌های بالینی و رعایت آن</p> <p>❖ پیش بینی نحوه محفوظ نمودن فضای اطراف هر تخت در اتاق‌های عمومی با استفاده از جداکننده یا پاراوآن</p> <p>❖ اقامت بیماران در بخش‌های بستری عادی بزرگسالان، به صورت تفکیک اتاق‌های بستری خانم‌ها و آقایان</p> <p>ارائه خدمات مراقبتی توسط کارکنان همگن انجام شود مگر در شرایطی که تاخیر در مراقبت موجب به مخاطره افتادن حیات بیمار شود. در حین ارائه خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، حریم شخصی، محرمانگی اطلاعات و ارزش‌های مورد قبول بیماران در تمامی بخش‌ها/ واحدها رعایت می‌شود.</p>



سطح یک	<p>ج-۲-۳ پوشش بیماران بارعایت موازین شرعی، اخلاق حرفه‌ای و تامین امنیت روانی بیمار و حفظ حریم او تامین می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ حفظ حریم و پوشش بارعایت موازین شرعی، اخلاق حرفه‌ای و تامین امنیت روانی بیمار با پوشش مناسب در اتاق بستری یا زمان جابجایی بیمار ❖ تعیین نحوه رسیدگی به درخواست بیمار و خانواده آن‌ها درخصوص افزایش حدود حریم و رعایت اعتقادات آن‌ها ❖ تعیین نحوه حضور افراد مجاز با رعایت قوانین انطباق در حریم خصوصی بیمار و اجرای آن ❖ تعیین کارکنان و رده‌های شغلی مجاز دارای دسترسی به اطلاعات بیماران ❖ تعیین همراهان مجاز در دسترسی به اطلاعات محرمانه بیماران
سطح یک	<p>ج-۲-۴ معاینه‌های زنان و زایمان در موارد ضرورت انجام توسط افراد غیر هم جنس، باحضور محارم بیمار یا یک نفر از کارکنان فنی زن انجام می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ بکارگیری پزشکان همگن در معاینات و ارائه خدمات تشخیصی درمانی زنان و زایمان ❖ حضور کارکنان فنی هم جنس یا یک نفر محرم یا معتمد بیمار بنا به درخواست وی در معاینات <p>حضور محارم از اعضای خانواده باید با رضایت بیمار باشد و در مواردی که بیمار تمایل ندارد یکی از اعضای خانواده در زمان معاینه پزشک غیر همگن بر بالین وی حضور یابد، ضروریست یکی از کارکنان همگن بیمارستان حضور یابد.</p>
سطح یک	<p>ج-۲-۵ ارایه خدمات به بیماران، با رعایت موازین انطباق توسط کارکنان همگن و با رعایت احترام به منزلت انسانی انجام می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ بکارگیری کارکنان همگن در بخش‌ها و واحدها کلینیکی و پاراکلینیکی ❖ استفاده بیمار بر همگن در همه انتقال‌های بین بخشی و درون بخشی در انتقال به سایر بخش‌های کلینیکی و پاراکلینیک ❖ چینش کارکنان با رعایت اصول ارائه خدمات توسط کارکنان همگن در تمامی نوبت‌های کاری بخصوص در بخش‌های ویژه و بیماران با کاهش هوشیاری <p>در فوریت‌های پزشکی که حفظ حیات و سلامتی بیمار در اولویت است، ارایه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران توسط کارکنان غیر همگن انجام و جایگزینی کارکنان همگن در اولین فرصت پس از رفع شرایط تهدید کننده حیات بیمار صورت می‌پذیرد. پروسیجرهای خاص مانند، گذاشتن سوند، تراشیدن موضع، سونوگرافی‌های واژینال، یوروگرافی، باریوم انما، هیسترو سالپنگو گرافی، ماموگرافی، کولون سکوپ و آکو کاردیوگرافی بایستی در تمام نوبت‌های کاری توسط کارکنان همگن انجام شود.</p>
سطح یک	<p>ج-۲-۶ اقامت بیماران در بخش‌های بستری عادی بزرگسالان، به صورت تفکیک اتاق‌های بستری خانم‌ها و آقایان است.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تفکیک اتاق بستری بیماران مرد یا زن در بخش‌های بزرگسال ❖ تفکیک سرویس بهداشتی و حمام مردانه و زنانه در بخش‌های بزرگسال ❖ استفاده از جداکننده بین بیماران در تمامی بخش‌ها <p>در بخش‌های بستری که دو مسیر ورودی و راهروی جداگانه دارد یک مسیر به بیماران خانم و مسیر دیگر به بیماران آقا اختصاص داده شود.</p>
سطح دو	<p>ج-۲-۷ حفاظت از اموال گیرنده خدمت برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ صورتجلسه نمودن اموال بیماران در بدو ورود در حضور یک نفر شاهد از نزدیکان بیمار ❖ دریافت رسید پس از تحویل اموال بیماران به همراه یا فرد مورد اعتماد بیمار ❖ صورتجلسه اموال بیمار در بیماران تصادفی و منتقل از طریق اورژانس با حضور کارشناس اورژانس و مامور انتظامات ❖ تحویل صورتجلسه و اموال بیماران تصادفی و منتقل از طریق اورژانس به دفتر مدیریت/ حفاظت فیزیکی یا هر مسئول دیگر به تشخیص بیمارستان ❖ تحویل اموال بیمار به وی یا خانواده‌اش و دریافت رسید دریافت در زمان ترخیص <p>هرگونه سلب مسئولیت در زمینه حفاظت از اموال گیرنده خدمت حتی در صورت اطلاع رسانی عمومی قابل قبول نیست.</p>



سطح سه	ج-۲-۸ در اتاق‌های بیش از یک تخت، با رعایت اصول زیبا شناختی و عدم نقض فاصله استاندارد بین تخت‌ها، حریم هریک از تخت‌ها محفوظ است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ نصب جداکننده بین تخت‌ها با رنگ ملایم و متناسب با رنگ سایر وسایل موجود در اتاق بیمار ❖ جنس قابل شستشو و بهداشتی جداکننده‌ها ❖ عدم نقض فاصله استاندارد بین تخت‌ها ❖ عدم نقض حریم خصوصی بیماران
	استفاده از پاراوان سالم، دارای رنگ ملایم تا شو متصل به زمین یا سقف توصیه می‌شود.
سطح	ج-۲-۳ نظام کارآمد رسیدگی به شکایت در بیمارستان طراحی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
سطح یک	ج-۳-۱ نحوه رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیماران در معرض دید مراجعین در سطح بیمارستان است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین فرآیند نحوه اعلام و بررسی شکایت / انتقادات / پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرآیند به صورت فلوچارت ساده و قابل فهم ❖ نصب فرآیند مذکور حداقل در واحد پذیرش، اورژانس، حسابداری و سالن‌های انتظار و در معرض دید گیرندگان خدمت ❖ آگاهی کارکنان بیمارستان از فرآیند شکایت / انتقادات / پیشنهادات اعلام شده ❖ انطباق عملکرد کارکنان بر اساس فرآیند شکایت / انتقادات / پیشنهادات
	اندازه فلوچارت رسم شده حداقل A3 باشد و در معرض دید مراجعین و بیماران نصب شود.
سطح دو	ج-۲-۲-۳ شکایت‌های وارده اعم از کتبی و شفاهی، رسیدگی و ضمن ارائه بازخورد به متقاضی در صورت لزوم، جبران خسارت می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ جمع آوری و تحلیل ریشه‌ای شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان توسط دفتر رسیدگی به شکایات / پیگیری امور بیماران و دفتر بهبود کیفیت ❖ ارائه گزارش تحلیلی و جمع بندی نتایج موارد شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان به کمیته پایش سنجش کیفیت و اخلاق بالینی ❖ بررسی گزارش تحلیلی در کمیته پایش سنجش کیفیت و اخلاق بالینی و ارائه پیشنهادات اصلاحی / تدوین برنامه بهبود کیفیت به تیم رهبری و مدیریت ❖ تصویب پیشنهادات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت در خصوص شکایات، انتقادات و پیشنهادات توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ شناسایی موارد منجر به خسارات به گیرندگان خدمت / کارکنان و اقدام در راستای جبران خسارت توسط تیم رهبری و مدیریت
	دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت / حداقل در بازه زمانی (سه ماهه) مجموع پیشنهادات و شکایات واصله را به صورت سیستماتیک تحلیل نموده و نتایج در جلسه مشترک کمیته اخلاق بالینی و کمیته پایش سنجش کیفیت مطرح و پیشنهادات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت تصویب و برای تایید نهایی و تامین منابع احتمالی مورد نیاز به تیم رهبری و مدیریت گزارش می‌شود.
	دفتر رسیدگی به شکایت موظف است بلافاصله پس از دریافت شکایات حضوری نسبت به طبقه بندی و اولویت بندی اقدام و به صورت آنی، فوری، درالویت اول و در نوبت رسیدگی طبقه بندی کرده و پس از هماهنگی با مسئولان مربوط، نتایج را به متقاضی گزارش نماید.
	➤ سطح بندی پیشنهادی در خصوص نحوه رسیدگی به شکایت‌های واصله
	۱. رسیدگی آنی، به صورت حضوری و بلافاصله‌ای در صحنه با پی گیری میدانی صورت پذیرد.
	۲. رسیدگی فوری، به صورت تلفنی بلافاصله پیگیری شود.
	۳. رسیدگی در اولویت اول، تا پایان روز کاری
	۴. رسیدگی بدون اولویت، برحسب حساسیت موضوع و نوبت بندی برای پی گیری در اولین فرصت



سطح سه	<p>ج-۳-۳ پیگیری امور بیماران با رویکرد پیشگیری از شکایات و نارضایتی، برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ فعالیت دفتر پیگیری امور بیماران همزمان با انجام ماموریت‌های رسیدگی به شکایات، پیشنهادات و انتقادات با رویکرد پیشگیری از بروز شکایات و نارضایتی ❖ شناسایی موارد امور بیماران که نیازمند پی‌گیری برای تسهیل و روان سازی هستند توسط دفتر پیگیری امور بیماران ❖ پیگیری امور بیماران در مورد کفایت خدمات و مشکلات احتمالی و رفع موانع فرایندی / ناهماهنگی‌های بین بخشی توسط دفتر پیگیری امور بیماران ❖ بازدیدهای میدانی و بررسی وضعیت روند مراقبت و درمان بیماران و شناسایی مشکلات و عوامل نارضایتی بیماران توسط دفتر پیگیری امور بیماران ❖ کنترل فرآیندهای اصلی و خدمات ارائه شده به بیمار از نظر زمان دسترسی به خدمات و مدت انتظار بیمار با همکاری تمامی صاحبان فرایند ❖ وجود سامانه مشاوره/ پیگیری امور بیماران از طریق تلفن/ پیامک/مکتبه با پزشکان معالج در تسهیل روند خدمات به بیماران ❖ تصویب پیشنهادات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت در خصوص موارد انطباق شناسایی شده در فرایند پیگیری مستمر امور بیماران توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ شناسایی موارد منجر به خسارات به گیرندگان خدمت و گزارش به تیم رهبری و مدیریت جهت تصمیم‌گیری و اقدام مقتضی
	<p>رسیدگی به شکایت مفهومی غیرفعال و پاسخگویی پس از وقوع دارد. بار منفی واژه شکایت نیز حس نارضایتی و مغایرت با فرهنگ بیمار محوری را تداعی می‌نماید. لذا فعالیت دفتر پیگیری امور بیماران به جایگزینی دفتر رسیدگی به شکایات با رویکرد پیشگیری از بروز شکایات و نارضایتی در بیمارستان مبتنی بر اصول بیمار محوری مورد تأکید اعتباربخشی است. در این روش به جای آنکه منتظر بروز نارضایتی باشیم با حضور در محل ارائه خدمات ضمن شناسایی موارد عدم انطباق پیش از بروز نارضایتی نسبت به رفع موارد انطباق و تسهیل خدمات برای بیماران اقدام می‌شود. این شیوه از حمایت از بیماران در نهایت منجر به شناسایی نقص‌های فرایندی و بهبود روند خدمات خواهد شد. این امر بویژه در اقامت طولانی بیماران، کنسلی اعمال جراحی، کیفیت هتلینگ، کیفیت مراقبت‌های پرستاری و ویزیت‌های پزشکی و پاسخگویی به نیازهای غیر پزشکی بیمارستان بسیار راهگشا و کمک کننده است. در این دفتر بایستی حداقل یک کارشناس بالینی حضور داشته باشد و برنامه‌های رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات نیز در همین دفتر برنامه‌ریزی و انجام شود. تیم‌های دائمی و موقت کمکی برای این دفتر با حمایت رئیس/مدیرعامل بیمارستان تعیین و در بازدیدهای میدانی برای پیگیری امور بیماران مشارکت می‌نمایند. این امر در ترویج فرهنگ بیمار محوری نیز بستر سازی نموده و تمامی کارکنان را درگیر مشکلات سازمان و بیماران می‌نماید. به این ترتیب اصلاح رفتار سازمانی نیز از جریان پی‌گیری فعال و پیشگیرانه امور بیماران حاصل می‌شود.</p>
سطح	<p>ج-۲-۴ مراجعین، بیماران و خانواده آن‌ها از خدمات بیمارستان رضایت دارند.</p>
سطح یک	<p>ج-۲-۴-۱ رضایت گیرندگان خدمت به صورت فصلی و با فاصله سه ماه، ارزیابی و بر اساس نتایج آن اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر اجرا می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین پرسشنامه روا و پایا رضایت سنجی از بیماران بستری، خانواده و سرپایی با محوریت دفتر بهبود کیفیت ❖ گزارش تحلیلی نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان به تیم رهبری و مدیریت توسط مسئول بهبود کیفیت ❖ شناسایی موارد معنی دار اعم از موارد بحرانی و موفق، ارائه گزارش نهایی به تیم رهبری و مدیریت ❖ اقدام اصلاحی/ تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت توسط تیم رهبری و مدیریت بر اساس گزارش تحلیلی
	<p>سنجش رضایت از بیماران و همراهان باید با پرسشنامه پایا و روا و در دو فرم مستقل حداقل سه ماه یک بار (فصلی) انجام شود. لازم است روایی و پایایی پرسشنامه مذکور توسط دفتر بهبود کیفیت بررسی و در کمیته پایش و سنجش کیفیت تصویب شود. رضایت سنجی از مراجعین، بیماران و خانواده همراهان حداقل سه ماه یک بار با محوریت دفتر بهبود کیفیت انجام شود و نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان در جلسه مشترک کمیته اخلاق بالینی و در کمیته پایش و سنجش کیفیت بررسی و موارد معنی دار اعم از موارد بحرانی و موفق، شناسایی و گزارش نهایی به تیم رهبری و مدیریت ارائه و اقدام اصلاحی/ تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت توسط تیم رهبری و مدیریت صورت پذیرد.</p>
	<p>➤ حداقل شاخص‌هایی که بایستی در این نظر سنجی مد نظر باشد</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. متوسط رضایت کلی ۲. متوسط رضایت در هر محور/ پرسش ۳. رضایت کلی در هر بخش و رضایت در هر محور/پرسش در هر بخش ۴. مقایسه نتایج کلی و محور به محور در بخش‌های مختلف <p>به منظور حذف هرگونه تداخل منافع لازم است ارزیابان مستقل بکار گرفته شوند و پس آموزش آن‌ها توسط دفتر بهبود نسبت به نظر سنجی واقعی بیماران و همراهان اقدام نمایند. در این فرآیند هر گونه عوامل مداخله کننده که نظر بیمار را تحت تاثیر قرار دهد کنترل شود (مانند حضور کارکنان در زمان نظرسنجی، مهارت ارتباطی پرسشگر و تأکید او بر محرمانگی و بی‌نام بودن فرم‌ها) پرسشگران از بین کارکنان اداری و یا خارج از بیمارستان (داوطلبین) انتخاب شوند. انجام رضایت سنجی یک هفته پس از ترخیص بیماران مناسب ترین زمان است.</p>



سطح دو	ج-۲-۴-۲ بیماران استفاده از خدمات این بیمارستان را به بستگان و آشنایان خود توصیه می‌نمایند.
	❖ در مصاحبه با بیماران رضایتمندی آن‌ها تا حدی است که استفاده از خدمات این بیمارستان را به بستگان و آشنایان خود توصیه می‌نمایند. بالاترین مرتبه رضایت مندی توصیه بیمارستان به بستگان و آشنایان است که در حین ارزیابی از طریق مصاحبه با بیماران ارزیابی می‌شود. این سطح از رضایتمندی در ارزیابی جامع اعتباربخشی ارزیابی خواهد شد.
سطح سه	ج-۲-۴-۳ همراه/ خانواده بیمار در صورت نیاز، استفاده از خدمات این بیمارستان را به بستگان و آشنایان خود توصیه می‌نمایند.
	❖ در مصاحبه با همراه/ خانواده بیمار رضایتمندی آن‌ها تا حدی است که استفاده از خدمات این بیمارستان را به بستگان و آشنایان خود توصیه می‌نمایند. بالاترین مرتبه رضایت مندی توصیه بیمارستان به بستگان و آشنایان است که در حین ارزیابی از طریق مصاحبه با بیماران ارزیابی می‌شود. این سطح از رضایتمندی در ارزیابی جامع اعتباربخشی ارزیابی خواهد شد.
سطح سه	ج-۲-۴-۴ بیماران نهادینه بودن اصول بیمار محوری و ارجحیت منافع بیماران را در بیمارستان تایید می‌نمایند.
	❖ در مصاحبه با بیماران، آن‌ها نهادینه بودن اصول بیمار محوری و ارجحیت منافع بیماران را در بیمارستان تایید می‌نمایند. این مصاحبه در ارزیابی جامع اعتباربخشی انجام خواهد شد.
	➤ مصادیق مورد پرسش در خصوص نهادینه بودن اصول بیمار محوری
	<ol style="list-style-type: none"> ۱. ارجحیت منافع بیماران در بیمارستان در هر شرایطی ۲. اولویت بخشی به خدمات به موقع به بیماران در تمام ساعات شبانه روز ۳. اهمیت دادن به نظرات و نیازها و سوالات بیمار در طول بستری ۴. پاسخگویی، راهنمایی و کمک به بیماران از سوی تمام کارکنان بیمارستان به عنوان یک فرهنگ سازمانی ۵. مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری تشخیص و درمان ۶. اطمینان بیمار به تیم درمان و ارتباط موثر آن‌ها با بیمار ۷. توجه بیمارستان به آموزش خود مراقبتی و ارتقای سلامت بیمار ۸. حق برخورداری از تصمیم‌گیری آزادانه در مداخلات تهاجمی و رعایت اصول رضایت آگاهانه ۹. حق انتخاب اتمام درمان و دارو توسط بیمار بجز در موارد مرتبط با حفظ حیات بیمار در صورت انجام اقدام درمانی خاص ۱۰. برخورد مشفقانه، محترمانه و مبتنی بر ارزش‌های انسانی پزشکان و کارکنان با تمامی بیماران ۱۱. مطابقت صورتحساب نهایی بیمار با اقدامات انجام شده در بیمارستان ۱۲. حساسیت و واکنش فوری کادر درمان به مشکلات بیماران به عنوان اولویت اول کاری

