



## ب-۱۰- خدمات سرپایی

سطح	ب-۱۰-۱- خدمات سرپایی بیمارستان به صورت برنامه‌ریزی شده و با رعایت حقوق شهروندی ارائه می‌شود.
سطح یک	<p>ب-۱۰-۱- نوبت دهی خدمات سرپایی به نحوی است که بیماران با حداقل زمان انتظار در درمانگاه، خدمات سرپایی را اخذ می‌نمایند.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ وجود سامانه‌های نوبت دهی غیر حضوری اینترنتی/ تلفنی برای خدمات سرپایی در وب سایت بیمارستان</li> <li>❖ استفاده از سامانه‌های نوبت گیری خودکار و سامانه‌های پیچ برای مدیریت صف در صورت نوبت دهی حضوری بیماران</li> <li>❖ زمان انتظار بیماران کمتر از ۳۰ دقیقه برای ویزیت پزشک در درمانگاه</li> </ul> <p>مدیریت زمان حضور بیمار در درمانگاه‌ها بایستی به نحوی باشد که حداقل انتظار و ازدحام مراجعین درمانگاه‌ها برنامه‌ریزی شود.</p>
سطح دو	<p>ب-۱۰-۲- بیماران سرپایی با شناسه اختصاصی پذیرش شده و در مراجعه‌های بعدی قابل بازیابی است.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ پذیرش بیماران سرپایی با شناسه اختصاصی در اولین مراجعه</li> <li>❖ قابلیت بازیابی سوابق مراجعه بیمار در مراجعه‌های بعدی</li> </ul> <p>سامانه پذیرش سرپایی بایستی با هوشمندی لازم از پذیرش‌های مکرر بیماران با شناسه‌های مختلف داشته و از آن ممانعت شود. هریک از بیماران بایستی دارای یک شناسه واحد با امکان بازیافت سوابق مراجعه‌های سرپایی فراهم باشند.</p>
سطح سه	<p>ب-۱۰-۳- درمانگاه‌های سرپایی دارای نظام کارآمد پاسخگویی به بیماران است.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ تدوین فرآیند نحوه اعلام و بررسی شکایت/ انتقادات/ و پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرایند به صورت فلوجارت ساده و قابل فهم</li> <li>❖ نصب فرآیند مذکور حداقل در واحد پذیرش، و سالن‌های انتظار درمانگاه‌ها و در معرض دید گیرندگان خدمت</li> <li>❖ آگاهی کارکنان بیمارستان از فرایند شکایت / انتقادات/ و پیشنهادات اعلام شده</li> <li>❖ انطباق عملکرد کارکنان بر اساس فرایند شکایت / انتقادات/ و پیشنهادات</li> </ul> <p>پی گیری امور بیماران سرپایی بایستی با استفاده از نظامی کارآمد و پاسخگو برنامه‌ریزی و انجام شود.</p>
سطح	ب-۱۰-۲- امکانات و تسهیلات برای ارائه خدمات سرپایی فراهم می‌شود.
سطح یک	<p>ب-۱۰-۲-۱- ورودی درمانگاه‌ها از درب اصلی بیمارستان و اورژانس مستقل و دسترسی آن برای بیماران کم توان جسمی تسهیل شده است.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ورودی مستقل درمانگاه‌ها از درب اصلی بیمارستان</li> <li>❖ ورودی مستقل درمانگاه‌ها از درب اورژانس</li> <li>❖ مسیر دسترسی به درمانگاه‌ها تسهیل شده برای بیماران کم توان جسمی</li> </ul> <p>ورودی درمانگاه‌ها از درب اصلی بیمارستان و اورژانس مستقل و دسترسی آن برای بیماران کم توان جسمی تسهیل</p>
سطح دو	<p>ب-۱۰-۲-۲- مساحت سالن / سالن‌های انتظار و مبلمان درمانگاه / درمانگاه‌ها متناسب با تعداد مراجعین است.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ نور طبیعی در سالن/ سالن‌های انتظار درمانگاه‌ها و دید واضح به تابلوها و علائم راهنما</li> <li>❖ تفکیک فضای انتظار و مساحت سالن / سالن‌های انتظار درمانگاه متناسب با تعداد مراجعین</li> <li>❖ تناسب تعداد مبلمان/صندلی با تعداد مراجعین</li> <li>❖ پیش بینی تمهیدات لازم برای زیبایی و خوشایند کردن سالن/ سالن‌های انتظار</li> <li>❖ وجود آب سردکن و لیوان یک بار مصرف</li> <li>❖ تلویزیون یا مانیتور جهت نمایش پیام‌های بهداشتی در سالن/ سالن‌های انتظار درمانگاه</li> <li>❖ امکانات شارژ تلفن همراه در سالن/ سالن‌های انتظار درمانگاه</li> <li>❖ وجود سرویس بهداشتی خانمها و آقایان به تفکیک و با رعایت اصول بهداشتی</li> <li>❖ تهویه مطبوع و دما و گردش هوای مناسب سالن/ سالن‌های انتظار درمانگاه</li> </ul> <p>هرگونه ازدحام مراجعین به هر دلیل مغایر این استاندارد است.</p>



سطح دو	ب-۱۰-۳ در مانگاه‌های سرپایی دارای نظام کارآمد راهنمایی به بیماران است.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ وجود تابلوهای واضح در ورودی مستقل درمانگاه‌ها</li> <li>❖ وجود تابلوهای راهنما واضح و علائم راهنمای مسیریابی از درب ورودی تا سالن / سالن‌های انتظار درمانگاه‌ها</li> <li>❖ وجود تابلوی معرفی تمام پزشکان متخصص و برنامه ویزیت بیماران در ایام هفته</li> <li>❖ وجود تابلوهای اختصاصی برای هر یک از درمانگاه‌های تخصصی</li> <li>❖ وجود تابلوهای راهنما واضح و علائم راهنمای مسیریابی از درمانگاه‌ها تا آزمایشگاه</li> <li>❖ وجود تابلوهای راهنما واضح و علائم راهنمای مسیریابی از درمانگاه‌ها تا تصویربرداری</li> <li>❖ وجود تابلوهای راهنما واضح و علائم راهنمای مسیریابی از درمانگاه‌ها تا داروخانه سرپایی</li> <li>❖ وجود منشی/متصدی/متصدیان برای هر یک از درمانگاه‌های تخصصی متناسب با تعداد مراجعین</li> <li>❖ پاسخگویی مناسب با صبر و حوصله و حسن برخورد به تمامی سوالات مراجعین توسط منشی/متصدی/متصدیان هر یک از درمانگاه‌ها</li> <li>❖ وجود ایستگاه اطلاعات و راهنمایی بیماران در درمانگاه‌های با سایز بزرگ با تشخیص کمیته اخلاق بالینی</li> </ul>
	نظام کارآمد راهنمایی بیماران به معنی عدم وجود هرگونه سردرگمی و احساس ناخوشایند مراجعین در دسترسی و راهنمایی آن‌ها تا رسیدن به ملاقات پزشک است.
سطح	ب-۱۰-۳ اقدامات حیاتی و نجات دهنده اورژانس درمانگاه‌های سرپایی با شرایط ایمن و رعایت ضوابط مربوط ارائه می‌شود.
سطح یک	ب-۱۰-۳-۱ * تیم احیاء برنامه‌ریزی شده و ترالی اورژانس مطابق ضوابط مربوط در دسترس فوری همه قسمت‌های درمانگاه است.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ تعیین گروه/گروه‌های احیاء متناسب وسعت و دسترسی به درمانگاه‌های مختلف بیمارستان با امکان حضور فوری بر بالین بیماران</li> <li>❖ وجود برنامه گروه/گروه‌های احیاء و وسایل ارتباط جمعی احضار و اعلام کد احیاء در تمام ساعات فعالیت درمانگاه‌ها</li> <li>❖ سرپرستی گروه/گروه‌های احیاء با سرپرستی پزشک دارای صلاحیت به عنوان رهبر گروه احیاء</li> <li>❖ چیدمان دارو و تجهیزات ترالی احیاء مطابق آخرین دستور العمل ابلاغی</li> <li>❖ دسترسی آسان، فوری و بدون مانع به ترالی احیاء ظرف مدت یک دقیقه</li> <li>❖ مدیریت دارو و تجهیزات ترالی احیاء و به روز رسانی مستمر آن توسط پرستار مسئول در هر نوبت کاری</li> <li>❖ استفاده از ترالی اورژانس توسط افراد تعیین شده و ذیصلاح با تشخیص بیمارستان</li> <li>❖ آموزش و مهارت تمامی کارکنان درمانگاه در خصوص احیای قلبی ریوی پایه</li> </ul>
	تعیین و برنامه نویسی مستقل گروه/گروه‌های احیاء برای درمانگاه‌ها الزامی نیست و متناسب با وسعت و دسترسی توصیه می‌شود. پزشک ذیصلاح توسط بیمارستان به عنوان رهبر تیم احیاء تعیین و انجام وظیفه می‌نماید. این مهم با توجه به نوع خدمات تخصصی، نوع بیماران اعم از کودکان، نوزادان، سالمندان، از بین متخصصین کودکان و نوزادان، متخصص بیهوشی، متخصص بخش‌های ویژه، طب اورژانس و سایر تخصص‌ها به تشخیص بیمارستان برنامه‌ریزی می‌شود. گروه احیاء نوزادان دارای گواهینامه احیاء پیشرفته نوزادان مطابق استانداردهای مادر و نوزاد برنامه‌ریزی و تامین می‌شود. تعداد و مکان استقرار ترالی احیاء در درمانگاه‌های بیمارستان بر اساس مصوب کمیته درمان و دارو تجهیزات و منطبق بر آخرین نسخه ابلاغی وزارت متبوع است.



سطح یک	<p>ب-۱۰-۳-۲ * نتایج بحرانی پاراکلینیک بیماران سرپایی، بر اساس روشی مدون اطلاع رسانی می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ وجود فهرست مقادیر بحرانی نتایج بررسی‌های پاراکلینیک در معرض دید مناسب کارکنان در این بخش‌ها و اطلاع ایشان از آن</li> <li>❖ دسترسی به هنگام به اطلاعات معتبر برای برقراری ارتباط فوری با مراجعین سرپایی/خانواده ایشان/پزشک معالج از سوی کارکنان پاراکلینیک</li> <li>❖ وجود دستورالعمل‌های نحوه برقراری ارتباط موثر و به موقع برای اطلاع رسانی نتایج بحرانی پاراکلینیک به مراجعین سرپایی/خانواده ایشان/پزشک معالج</li> <li>❖ آشنایی کارکنان بخش‌های پاراکلینیک با دستورالعمل‌های مقادیر بحرانی مربوطه و نحوه اطلاع رسانی در خصوص مراجعین/بیماران سرپایی</li> <li>❖ اطلاع رسانی ایمن، موثر و به موقع مقادیر بحرانی بررسی‌های پاراکلینیک با توجه به دستورالعمل‌های هر بخش پاراکلینیک برای بیماران/مراجعین سرپایی</li> <li>❖ اطلاع کارکنان بخش‌های پاراکلینیک از روش اجرایی دستورات تلفنی/ شفاهی و عمل بر اساس آن</li> <li>❖ کنترل مجدد نتایج بحرانی پس از اعلام اضطراری نتیجه اولیه به بیمار/ پزشک معالج</li> </ul>
	<p>فهرست مقادیر بحرانی بررسی‌های پاراکلینیک (تصویربرداری، آزمایشگاه و آسیب‌شناسی بافت) با اجماع متخصصین بالینی و پاراکلینیک مرتبط تدوین و توسط مسئولان فنی آزمایشگاه/تصویربرداری در کمیته دارو و درمان پیشنهاد شده، پس از تصویب به تمامی بخش‌های پاراکلینیک و درمانگاه ابلاغ می‌گردد.</p> <p>این دستورالعمل‌ها با مشارکت مسئول فنی/ایمنی، دفتر پرستاری و مسئولان فنی پاراکلینیک و مسئول درمانگاه تدوین و پس از تصویب در کمیته دارو درمان به بخش‌ها/ واحدهای مرتبط ابلاغ می‌گردد.</p> <p>دستورالعمل گزارش به‌هنگام نتایج بحرانی حداقل شامل نحوه برخورد و گزارش فوری مقادیر بحرانی مانند استفاده از خط آزاد ارتباطی جهت اطلاع‌رسانی آنی به بخش، تعیین فرد یا افراد مشخص در آزمایشگاه که مجاز به اطلاع‌رسانی نتیجه بحرانی هستند، فرد یا افراد مسئول و نحوه ثبت نتایج در بخش‌های بیمارستان، اقدامات بعدی در صورت عدم موفقیت در برقراری ارتباط در بار اول و اطلاع‌رسانی مجدد نتیجه تکرار آزمایش و نیز روش برقراری ارتباط موثر و ایمن می‌باشد.</p> <p>این دستورالعمل می‌تواند جزئی از یک دستورالعمل جامع در خصوص برقراری ارتباط و مدیریت به موقع مقادیر بحرانی باشد.</p> <p>پیش بینی نحوه راهنمایی بیماران سرپایی دارای نتایج بحرانی برای مراجعه مجدد به مراکز درمانی در اسرع وقت در دستورالعمل توصیه می‌شود.</p>
سطح یک	<p>ب-۱۰-۴ خدمات تشخیصی و درمانی سرپایی با شرایط ایمن و رعایت ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.</p>
سطح یک	<p>ب-۱۰-۴-۱ پزشکان طبق برنامه زمان‌بندی نسبت به ویزیت بیماران سرپایی اقدام می‌نمایند.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ وجود برنامه زمان‌بندی حضور پزشکان متخصص و اطلاع رسانی آن به مراجعین در درمانگاه‌های تخصصی</li> <li>❖ حضور به موقع و طبق برنامه زمان‌بندی پزشکان در درمانگاه تخصصی مربوط برای ویزیت بیماران سرپایی</li> <li>❖ وجود تمهیدات اطلاع رسانی به موقع به بیماران در خصوص لغو برنامه حضور پزشک و یا تغییر زمان ویزیت به نحو مقتضی و پیش از مراجعه بیمار</li> </ul>
	<p>تعیین پزشک متخصص جایگزین و یا انجام حتی یک مورد ویزیت توسط دستیاران تخصصی بدون حضور پزشک متخصص غیر قابل قبول است.</p> <p>✓ نتایج سایر استانداردهای این محور نیز با در نظر گرفتن نتیجه این استاندارد ارزیابی خواهد شد و این سنجه دارای وزن و تاثیر بالایی در نتایج اعتباربخشی است.</p>
سطح یک	<p>ب-۱۰-۴-۲ سوابق پزشکی بیماران سرپایی ثبت شده و قابل بازیابی است.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ امکان بازیابی شامل فراخوانی و مشاهده پرونده پزشکی سرپایی براساس نام و نام خانوادگی، شماره پرونده پزشکی و کد ملی بیمار از سامانه اطلاعات بیمارستان</li> <li>❖ امکان بازیابی و مشاهده پرونده پزشکی سرپایی و اورژانس و بستری بیمار در بیمارستان براساس نام و نام خانوادگی، شماره پرونده پزشکی و کد ملی بیمار</li> <li>❖ ثبت نتایج معاینات بالینی، داروهای تجویز شده و نتایج اقدامات تشخیصی در سوابق بیماران سرپایی توسط پزشک معالج در سامانه اطلاعات بیمارستان</li> </ul>
	<p>وجود پرونده‌های کاغذی بطور موقت و صرفاً در صورت وجود قرارداد توسعه خدمات سامانه اطلاعات بیمارستان در خصوص مدیریت اطلاعات بیماران سرپایی منطبق بر این استاندارد قابل قبول است.</p>
سطح یک	<p>ب-۱۰-۴-۳ * تلفیق دارویی برای بیماران سرپایی انجام شده و در سوابق پزشکی آن‌ها ثبت می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ بررسی داروهای در حال مصرف بیمار (اعم از گیاهی، سنتی و شیمیایی) در هنگام ویزیت بیماران سرپایی و ثبت در سوابق بیماران</li> <li>❖ توجه به فهرست در حال مصرف بیمار به هنگام تجویز دارو برای بیمار</li> <li>❖ مورد اشاره به هنگام تجویز دارو برای بیمار</li> <li>❖ تهیه فهرست داروهایی که بیمار از آن به بعد به تجویز پزشک باید مصرف نماید و توجه به ناهمخوانی‌های احتمالی و رفع آن در انتهای ویزیت</li> <li>❖ آموزش بیمار در خصوص داروهای تجویز شده و تحویل فهرست داروها به وی</li> <li>❖ ثبت سوابق در پرونده بیمار سرپایی توسط پزشک به صورت قابل استفاده و خوانا</li> <li>❖ ثبت سوابق در پرونده الکترونیک بیمار سرپایی با شناسه منحصر به فرد قابل بازیابی در واحد مدارک پزشکی بیمارستان</li> </ul>
	<p>اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی بایستی توسط پزشک صورت پذیرد،</p>



سطح دو	ب-۱۰-۴-۴ * خدمات تشخیصی و درمانی بیماران خاص با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ شناسایی ملاحظات تهدید کننده ایمنی در خصوص بیماران خاص</li> <li>❖ آشنایی کارکنان با ملاحظات تهدید کننده ایمنی در خصوص بیماران خاص</li> <li>❖ اتخاذ و اجرای راه کارهای استاندارد در خصوص خطرات متوجه این بیماران</li> <li>❖ رعایت ضوابط اختصاصی خدمات تشخیصی و درمانی هر یک از بیماران خاص</li> </ul>
	پذیرش و ثبت اطلاعات پزشکی و خدمات ارائه شده به بیماران تالاسمی و هموفیلی بصورت کامل و قابل پیگیری در سامانه‌های مرتبط معاونت درمان مهارت‌های تخصصی پرستاران برای اشتغال در بخش‌های تالاسمی و هموفیلی توسط پزشک و پرستار دوره دیده ارزیابی و احراز شود.
سطح دو	ب-۱۰-۴-۵ * خدمات آزمایشگاه برای مراجعین سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ دسترسی تسهیل شده بیماران سرپایی از درمانگاه‌ها به آزمایشگاه بیمارستان</li> <li>❖ برنامه‌ریزی و ارائه خدمات آزمایشگاه برای مراجعین سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار در ساعات فعالیت درمانگاه‌ها</li> <li>❖ پذیرش و راهنمایی بیماران در نوبت کاری بعد از ظهر برای مراجعین سرپایی با رعایت ضوابط نمونه برداری و آمادگی بیماران در ساعات فعالیت درمانگاه‌ها</li> <li>❖ شناسایی آزمایش‌های شایع و مورد نیاز بیماران درمانگاه‌های تخصصی در کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان</li> <li>❖ راه اندازی/ عقد قرارداد ارجاع نمونه به منظور ارائه خدمات آزمایشگاهی مورد نیاز بیماران سرپایی طبق مصوبه کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان</li> </ul>
	رعایت تمامی استانداردهای کیفی محور آزمایشگاه پیش نیاز استقرار این سنجه است. منظور از دسترسی تسهیل شده پیش بینی راهنمایی و دسترسی آسان برای افراد کم توان جسمی به آزمایشگاه است. تکمیل بودن بسته خدمات تشخیصی و درمانی برای مراجعین سرپایی به درمانگاه‌های تخصصی با توجه به نوع گرایش و خدمات شایع مورد درخواست مد نظر است.
سطح دو	ب-۱۰-۴-۶ * خدمات داروخانه سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ فعالیت داروخانه سرپایی با حضور مسئول فنی در ساعات فعالیت درمانگاه‌ها</li> <li>❖ دسترسی تسهیل شده بیماران سرپایی از درمانگاه‌ها به داروخانه</li> <li>❖ تامین دارو، ملزومات مصرفی مورد نیاز بیماران سرپایی</li> <li>❖ شناسایی صحیح بیماران و تحویل داروی درست با دوز درست به بیمار درست</li> <li>❖ آموزش بیمار در خصوص نحوه ایمن استفاده از دارو اعم از دوز، نحوه و زمان مصرف، راه مصرف، عوارض احتمالی، نحوه نگهداری، هشدارها و سایر توضیحات لازم.</li> <li>❖ رعایت موارد داروهای صحیح به تناسب نسخه‌پیچی در داروخانه سرپایی</li> <li>❖ رعایت موازین نگهداری داروها در داروخانه سرپایی مربوط به داروهای مشابه</li> <li>❖ رعایت موازین نگهداری داروها در داروخانه سرپایی مربوط به داروهای با هشدار بالا</li> <li>❖ رعایت موازین نسخه‌پیچی و تحویل دارو در داروخانه سرپایی مربوط به داروهای مشابه</li> <li>❖ رعایت موازین نسخه‌پیچی و تحویل دارو در داروخانه سرپایی مربوط به داروهای با هشدار بالا</li> </ul>
	کلیه سنجه‌های مرتبط با داروهای ایمن و نگهداری داروها در داروخانه سرپایی رعایت می‌گردند. مسئول فنی داروخانه از رعایت اصول داروهای ایمن و مبتنی بر قوانین هفت گانه داروهای اطمینان حاصل می‌نماید. مسئول فنی در تمامی ساعات در داروخانه سرپایی حاضر و بر عملکرد کارکنان نظارت دارد. هرگونه ابهام در نسخه ارائه شده توسط مسئول فنی داروخانه با پزشک مربوطه در جریان گذاشته شده با رعایت اصول برقراری ارتباط ایمن، منجر به رفع ابهام یا تجدید نظر توسط پزشک می‌گردد. منظور از دسترسی تسهیل شده استقرار داروخانه در درمانگاه یا مجاورت آن و یا حداقل پیش بینی راهنمایی و دسترسی آسان برای افراد کم توان جسمی است.
سطح دو	ب-۱۰-۴-۷ * خدمات تصویربرداری برای مراجعین سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ دسترسی تسهیل شده بیماران سرپایی از درمانگاه‌ها به بخش تصویر برداری بیمارستان</li> <li>❖ پذیرش و راهنمایی بیماران در نوبت کاری بعد از ظهر برای مراجعین سرپایی با رعایت ضوابط آمادگی بیماران برای تصویر برداری</li> <li>❖ ارائه خدمات تصویر برداری و سونوگرافی برای مراجعین سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار در ساعات فعالیت درمانگاه‌ها</li> </ul>
	این سنجه موارد مورد اشاره در سنجه‌های ب-۷-۱-۲، ب-۷-۳-۱ و ب-۷-۳-۲ با تمرکز بر بیماران سرپایی نیز ارزیابی خواهند شد. و رعایت تمامی استانداردهای کیفی محور تصویر برداری پیش نیاز استقرار این سنجه است. منظور از دسترسی تسهیل شده پیش بینی راهنمایی و دسترسی آسان برای افراد کم توان جسمی به واحد تصویر برداری/ سونوگرافی است.



سطح دو	ب-۱۰-۴-۸ * خدمات اسکوپي با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ارائه خدمات اسکوپي با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برای مراجعین سرپایی</li> <li>❖ امکان نوبت دهی، پذیرش و راهنمایی بیماران در نوبت کاری بعد از ظهر برای مراجعین سرپایی</li> <li>❖ رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل</li> <li>❖ شناسایی بیماران بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت</li> <li>❖ رعایت موازین ایمنی برای بیماران کاندید و تحت آرامبخشی در بخش اسکوپي قبل، حین و بعد از آن</li> <li>❖ ترخیص ایمن بیماران/مراجعین سرپایی از بخش اسکوپي</li> <li>❖ برچسب گذاری و انتقال صحیح و ایمن نمونه‌های پاتولوژی به بخش آزمایشگاه</li> </ul> <p>برای تمامی بیماران سرپایی اسکوپي همانند بیماران بستری شناسایی فعال با دستبند شناسایی انجام می‌شود (منطبق بر موارد مندرج در سنجه ب-۱-۱-۱)</p> <p>رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل موضوع سنجه ب-۱-۳-۵ پیش نیاز این سنجه است.</p> <p>➤ نکاتی مهم در خصوص دستورالعمل‌های رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. الزامات ایمنی ساختار فیزیکی و محیطی و تضمین وجود تجهیزات حیاتی و ضروری آماده به کار</li> <li>۲. شناسایی ایمن بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت</li> <li>۳. ارزیابی بالینی بیمار به منظور شناسایی وجود آلرژی‌های شناخته شده یا اثرات ناخواسته دارویی</li> <li>۴. اخذ رضایت آگاهانه طبق ضوابط مربوط</li> <li>۵. ارتباط موثر تیم سلامت به منظور تبادل اطلاعات حیاتی</li> <li>۶. شناسایی صحیح و تامین امنیت تمامی نمونه‌های اخذ شده حین پروسیجرهای تهاجمی</li> <li>۷. تشخیص سریع احتمال خطر خون ریزی شدید و آمادگی مواجهه موثر با آن</li> <li>۸. استفاده از روش‌های شناخته شده برای بی‌حسی بیمار و محافظت وی از درد کشیدن</li> <li>۹. استفاده از راهنماهای بهترین خدمات<sup>۱</sup> جهت انجام پروسیجرهای تهاجمی</li> <li>۱۰. تضمین ارائه مراقبت‌ها و اقدامات بعد از انجام پروسیجر (تسکین درد، کنترل خونریزی، آرام‌بخشی، ریکاوری)</li> <li>۱۱. استفاده از مفاد دستورالعمل جراحی ایمن ابلاغی وزارت بهداشت</li> <li>۱۲. رعایت بهداشت دست و سایر موازین پیشگیری و کنترل عفونت</li> </ol>

<sup>1</sup> Best Practices



سطح دو	ب-۱۰-۹ * خدمات دیالیز با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ فعالیت بخش دیالیز در دو شیفت صبح و عصر</li> <li>❖ تکمیل برگ شرح حال کامل برای تمامی بیماران در ابتدای پذیرش</li> <li>❖ ویزیت بیماران توسط نفرولوژیست و یا متخصص داخلی دوره دیده و ثبت دستورات در پرونده بیمار</li> <li>❖ ارائه خدمت دیالیز توسط کارشناس پرستاری دارای گواهینامه دوره آموزش تکمیلی دیالیز</li> <li>❖ رعایت تمامی اصول پیشگیری از انتقال عفونت</li> <li>❖ شناسایی بیماران بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت</li> <li>❖ رعایت اصول حفاظت فردی کارکنان</li> <li>❖ رعایت موازین مربوط به انجام اقدامات تهاجمی ایمن در خارج از اتاق عمل</li> </ul>
	<p>همو دیالیز یک روش جایگزین برای نارسایی کلیه است که عمدتاً در مراکز دیالیز انجام می‌گیرد. معمولاً انجام دیالیز هفته‌ای سه بار به مدت چهار ساعت برنامه‌ریزی و انجام می‌شود. اما در صورت تجویز پزشک معالج و یا رضایت کتبی بیمار تعداد و ساعت آن ممکن است کمتر شود. پیشگیری از انتقال عفونت در بخش‌های دیالیز از نظر حفظ سلامتی بیماران در کوتاه مدت و دراز مدت بسیار حائز اهمیت است. شواهد انجام دیالیز بیمار کاندید دیالیز هپاتیت مثبت توسط دستگاه مجزا و یا انتقال ایمن بیمار در صورت نبود دستگاه دیالیز مجزا در مرکز دیگر بررسی می‌شود.</p> <p>➤ اقداماتی برای پیشگیری از انتقال عفونت در بخش‌های دیالیز</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. بیماران باید به صورت دوره ای از نظر هپاتیت B و C مورد بررسی قرار گیرند.</li> <li>۲. در صورت تیترا پایین آنتی بادی هپاتیت B و یا عدم وجود واکنش ایمنی واکسیناسیون بر طبق مندرجات بخش واکسیناسیون انجام گردد.</li> <li>۳. بیماران مبتلا به هپاتیت B باید در اتاق ایزوله با دستشویی و فاضلاب، پرستار و دستگاه‌های جداگانه از سایر بیماران دیالیز شوند.</li> <li>۴. بیمار مبتلا به هپاتیت C و HIV مثبت نیاز به جداسازی ندارد اما پرستار باید در خصوص مراقبت و جلوگیری از انتقال عفونت متقاطع<sup>۱</sup> آگاهی داشته باشد.</li> <li>۵. کلیه پرسنل از دستکش‌های غیر قابل نفوذ به آب استفاده کنند و هر دستکش فقط برای یک بیمار استفاده شود. هم چنین دست پرستار در رفت و آمد بین دو بیمار شسته شود.</li> <li>۶. ضد عفونی دستگاه بر اساس نوع دستگاه و دستورالعمل اعلام شده از طرف نمایندگی، در پایان هر شیفت صورت گیرد.</li> <li>۷. جهت پیشگیری از تماس با ترشحات بیمار استفاده از عینک و پوشش صورت<sup>۲</sup> استفاده شود. سر سوزن استفاده شده درپوش گذاری نشود و در ظروف مخصوص جمع آوری گردد. البته این دو توصیه در دیالیز برای همه بیماران ضروری است.</li> <li>۸. در صورت تماس با خون الوده به هپاتیت B و واکنش پایین آنتی بادی ایمنوگلوبین هپاتیت B توصیه میشود بیمار از نظر وجود ویروس‌های قابل انتقال مورد بررسی قرار گیرد.</li> <li>۹. در صورت تماس، ارزیابی هپاتیت B و HIV در همان زمان و ۶ هفته و ۶ ماه بعد از نظر HIV انجام شود.</li> <li>۱۰. بررسی بیماران از نظر ناقلین استافیلوکوک و در صورت مثبت بودن کشت، به مدت یک هفته دو بار موپیروسین داخل بینی دریافت نموده و کشت بینی هر سه ماه تکرار شود.</li> </ol> <p>➤ واکسیناسیون بیماران دیالیزی</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. هپاتیت B: بیمارانی که HbsAb منفی و HbsAg منفی هستند کاندید دریافت واکسن هپاتیت B در سه دوز (۰، ۱، ۶) و با دوز ۲ برابر (دو واکسن، هر یک در یک بازو) هستند. پاسخ به واکسن در بیماران دیالیزی از جمعیت عمومی کمتر و در حدود ۶۰-۵۰٪ می باشد. در صورت افت آنتی بادی به کمتر از ۱۰ mIU/mL واکسیناسیون مجدد توصیه می‌شود.</li> <li>۲. واکسن آنفلوانزا A و B به صورت سالیانه توصیه می‌شود.</li> <li>۳. واکسن دیفتری و کزاز بزرگسالان به عنوان یادآوری هر ۱۰ سال بر اساس برنامه واکسیناسیون کشوری توصیه می‌شود.</li> <li>۴. تزریق هر دو واکسن پنوموکوک (PPSV23 و PPSV13) در بیماران دیالیزی توصیه می‌شود.</li> <li>۵. در بیمارانی که سابقه واکسیناسیون ندارند ابتدا PPSV13 و ۸ هفته بعد PPSV23 توصیه می‌شود. در صورتی که بیمار PPSV23 دریافت کرده باشد، PPSV13 را می‌تواند سال بعد دریافت کند.</li> <li>۶. تزریق یادآور PPSV23 پنج سال بعد انجام می‌شود. و باید با تزریق نوع PPSV13 حداقل ۸ هفته فاصله داشته باشد.</li> </ol>

<sup>1</sup> Cross Contamination

<sup>2</sup> Face Shield

سطح دو	ب-۱۰-۴-۱۰ * خدمات شیمی درمانی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ فضای فیزیکی مستقل و استاندارد بخش شیمی درمانی با رعایت ضوابط مربوط</li><li>❖ بکارگیری پرستاران آموزش دیده برای بخش شیمی درمانی</li><li>❖ ارائه آموزش به بیمار در زمینه آمادگی‌های لازم برای انجام شیمی درمانی و عوارض احتمالی</li><li>❖ مدیریت دارویی ایمن و طبق استانداردهای مربوط</li><li>❖ آماده سازی و تزریق داروها با شیوه‌های ایمن و با استفاده از تجهیزات استاندارد و ایمن</li><li>❖ مدیریت بخش بر اساس مفاد دستورالعمل مدیریت خدمات شیمی درمانی ابلاغی وزارت بهداشت</li></ul>
	<p>➤ سه جزء مهم در مدیریت شیمی درمانی</p> <ol style="list-style-type: none"><li>۱. مدیریت فرایندهای مرتبط با بیمار</li><li>۲. مدیریت فرایندهای مرتبط با دارو</li><li>۳. مدیریت فرایندهای مرتبط با کارکنان</li></ol>
	
	<p>➤ خدمات ارائه شده در بخش شیمی درمانی عبارتند از</p> <ol style="list-style-type: none"><li>۱. تأمین و نگهداری داروهای مورد استفاده در درمان سرطان</li><li>۲. آماده سازی استریل داروهای مورد استفاده در درمان سرطان</li><li>۳. تجویز و تزریق ایمن داروهای مورد استفاده در درمان سرطان</li><li>۴. پیگیری وضعیت بیماران از زمان پذیرش تا زمان ترخیص</li></ol>
	<p>➤ اهم اقدامات مرتبط با شیمی درمانی بیماران</p> <ol style="list-style-type: none"><li>۱. ثبت سرطان و تعیین مرحله بیماری</li><li>۲. ارزیابی بیمار و تعیین پروتکل کلی درمان</li><li>۳. تعیین جزئیات پروتکل شیمی درمانی</li><li>۴. ارزیابی بیمار و تجویز داروی هر پنج جلسه یکبار</li><li>۵. بررسی‌های پیش از تزریق</li><li>۶. احتیاط‌های زمان آماده سازی بیمار برای تزریق</li><li>۷. تزریق دارو و مراقبت‌های مربوطه</li><li>۸. مراقبت‌های حین تزریق</li><li>۹. احتیاط‌های پس از تزریق</li><li>۱۰. پیگیری بیمار در فواصل درمان</li></ol>
	<p>➤ نکات حفاظتی و کنترل عفونت در شیمی درمانی</p> <ol style="list-style-type: none"><li>۱. امکانات و تجهیزات ساختمان انبار باید دارای مشخصات مطابق دستورالعمل باشد</li><li>۲. حفاظت از بیمار: استفاده از تکنیک‌های ضد عفونی مناسب، جلوگیری از نشت زیرجلدی دارو و در صورت لزوم رعایت ایزولاسیون معکوس و سایر اقدامات</li><li>۳. حفاظت از پرسنل: آموزش و آگاهی و استفاده از تجهیزات و تکنیک‌های حفاظتی عدم جداسازی سرسوزن و دفع کامل سرنگ و سر سوزن</li><li>۴. حفاظت از محیط: ممانعت از نشت و پخش شدن قطرات دارویی، مدیریت دفع پسماند دارویی و غیره</li></ol>



- نکاتی در زمینه مدیریت دارویی داروهای شیمی درمانی
۹. آماده سازی دارو طبق نسخه الکترونیک بیمار
  ۱۰. انتقال داروهای سایتوتوکسیک در بسته بندی مناسب و با برچسب هشداردهنده
  ۱۱. هرگونه انتقال داروها از داروخانه یا انبار به محل ساخت یا بخش توسط پرسنل آموزش دیده
  ۱۲. ممنوعیت تحویل دارو به بیمار
  ۱۳. دسترسی و آشنایی با کیت نشت برای تمامی افرادی که در فرایند جابجایی و حمل و نقل داروهای سایتوتوکسیک دخالت دارند
  ۱۴. استفاده از تجهیزات حفاظت شخصی برای تمامی افرادی که در فرایند جابجایی و حمل و نقل داروهای سایتوتوکسیک دخالت دارند
  ۱۵. برچسب‌گذاری داروهای سایتوتوکسیک در قفسه محل نگهداری شامل نام دارو، تاریخ انقضا و شماره سری ساخت بدون استفاده از علائم اختصاری و کد
  ۱۶. وجود یخچال‌های استاندارد داروی دارای مشخصات مطابق دستورالعمل
- آماده سازی داروهای سایتوتوکسیک
۱۵. نظارت مستقیم داروساز
  ۱۶. حفاظت از کارکنانی که با این داروها سروکار دارند
  ۱۷. حفاظت از فرآورده ( به لحاظ میکروبی و وجود ذره)
  ۱۸. به حداقل رساندن آلودگی محیط زیست کاهش هدر رفت فرآورده دارویی
  ۱۹. امکان آماده سازی دارو با دز تجویز شده و کاهش عوارض و افزایش اثر بخش
  ۲۰. ممانعت از انتقال آلودگی به محیط، پرسنل و فرآورده
  ۲۱. وجود اتاق تمیز<sup>۱</sup> در مرکز شیمی درمانی بیشتر از 12 تخت ( در مرکز شیمی درمانی کمتر از 12 تخت شیمی درمانی استفاده از ایزولاتور منعی ندارد)
  ۲۲. وجود تجهیزات آماده سازی دارو و کابین بیولوژیک ایمن<sup>۲</sup>
  ۲۳. وجود ایزولاتور، دستگاه‌های خودکار نیمه خودکار آماده سازی دارو و تجهیزات مصرفی آماده سازی دارو
  ۲۴. دفع ایمن و منطبق بر اصول بهداشتی پسماندهای داروی سایتوتوکسیک
  ۲۵. تمامی پسماندهای سایتوتوکسیک باید به صورت جداگانه از سایر زباله‌ها جمع آوری شده و به شکل صحیح مدیریت گردند
  ۲۶. برچسب زنی دارو در اتاق تمیز که حاوی اطلاعات کافی و صحیح به صورت خوانا باشد
  ۲۷. مواردی که در برچسب باید ذکر شود شامل موارد زیر است
  ۲۸. انتقال ایمن داروها توسط کارکنان آموزش دیده
  ۲۹. نگهداری ایمن داروهای آماده شده و ویال‌های نیمه مصرف
- رئوس مطالب آموزشی کارکنان فعال در آماده سازی و حمل و نقل و تزریق داروهای سایتوتوکسیک
۹. فرآیندهای مناسب برای کار با داروی سایتوتوکسیک
  ۱۰. اثرات داروها بر سلامت، خطرات و اقدامات ایمنی
  ۱۱. فنون اسپتیک
  ۱۲. نحوه دفع مواد و وسایل آلوده و باقیمانده مواد سایتوتوکسیک
  ۱۳. اقدامات لازم در صورت بروز حادثه و نشت دارو
  ۱۴. محاسبات
  ۱۵. استفاده از تجهیزات حفاظت فردی
  ۱۶. رعایت بهداشت دست و استفاده از دستکش استریل
  ۱۷. استانداردها و شرایط کار در اتاق تمیز و کابین ایمن بیولوژیک
- رعایت مفاد آئین نامه تاسیس و بهره برداری مرکز سرپایی شیمی درمانی شماره ۲۹۵۲۴ مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۰۶ وزارت بهداشت

<sup>1</sup> Clean Room

<sup>2</sup> Biological Safety Cabinet( BSC)





سطح دو	ب-۱۰-۴-۱۱ * خدمات رادیوتراپی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ فضای فیزیکی مستقل و استاندارد در بخش رادیوتراپی طبق ضوابط سازمان انرژی اتمی</li> <li>❖ رعایت اصول ایمنی پرتو در بخش رادیوتراپی طبق ضوابط سازمان انرژی اتمی</li> <li>❖ نصب علائم تصویری و نوشتاری هشدار دهنده پرتو در معرض دید عموم به صورت شفاف و به تعداد کافی</li> <li>❖ ویزیت بیمار در بدو پذیرش توسط پزشک متخصص و تدوین برنامه رادیوتراپی بیمار</li> <li>❖ ارائه آموزش به بیمار در زمینه آمادگی‌های لازم برای انجام رادیوتراپی و عوارض احتمالی</li> <li>❖ آمادگی برای پیشگیری و مقابله با سوانح پرتوی محیط کار از طریق تدوین دستورالعمل مقابله با سوانح بر اساس شرایط واقعی کار و آگاهی کارکنان در این زمینه</li> <li>❖ وجود برنامه تضمین کیفیت از طریق کنترل کیفی دستگاه‌های مولد پرتو توسط شرکت مجاز و نگهداری سوابق و اعمال اقدامات اصلاحی در صورت لزوم</li> <li>❖ ارائه خدمات رادیوتراپی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار طبق برنامه تنظیم شده برای هر بیمار</li> </ul>
	<p>اخذ مجوزهای قانونی لازم از مبادی ذیربط قبل از شروع بکار بخش رادیوتراپی یا هرگونه جابجایی یا نصب تجهیزات جدید بایستی صورت پذیرد.</p>
سطح دو	ب-۱۰-۴-۱۲ * خدمات پزشکی هسته‌ای با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ فضای فیزیکی مستقل و استاندارد در بخش پزشکی هسته‌ای طبق ضوابط سازمان انرژی اتمی</li> <li>❖ رعایت اصول ایمنی پرتو در بخش پزشکی هسته‌ای طبق ضوابط سازمان انرژی اتمی</li> <li>❖ برنامه‌ریزی و ارائه خدمات پزشکی هسته‌ای با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار</li> <li>❖ نصب علائم تصویری و نوشتاری هشدار دهنده پرتو در معرض دید عموم به صورت شفاف و به تعداد کافی</li> <li>❖ ارائه آموزش به بیمار در زمینه آمادگی‌های لازم برای انجام پزشکی هسته‌ای</li> <li>❖ رعایت اصول ایمنی قرنطینه‌سازی حین و پس از اخذ خدمات</li> <li>❖ وجود برنامه تضمین کیفیت از طریق کنترل کیفی دستگاه‌های مولد پرتو توسط شرکت مجاز و نگهداری سوابق و اعمال اقدامات اصلاحی در صورت لزوم</li> </ul>
	<p>اخذ مجوزهای قانونی لازم از مبادی ذیربط قبل از شروع بکار بخش رادیوتراپی یا هرگونه جابجایی یا نصب تجهیزات جدید بایستی صورت پذیرد.</p> <p>اخذ مجوزهای قانونی لازم از مبادی ذیربط قبل از شروع بکار بخش رادیوتراپی یا هرگونه جابجایی یا نصب تجهیزات جدید بایستی صورت پذیرد.</p> <p>استفاده و رعایت مفاد شناسنامه و استانداردهای خدمت در زمینه پزشکی هسته‌ای اعم از اسکن قلب و سایر موارد ابلاغی وزارت بهداشت ضروری می‌باشد.</p> <p style="text-align: right;">➤ نکاتی در خصوص بخش پزشکی هسته‌ای</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. طراحی بخش به گونه‌ای باشد که از قسمت اتاق آمادگی بیماران تزریق نشده، به سمت اتاق اسکن به اصطلاح مواجهه دوز اشعه بیشترشود.</li> <li>۲. مسیر حرکتی پرسنل با مسیر حرکت بیماران مشترک نباشد.</li> <li>۳. مسیر حرکت بیماران در پزشکی هسته‌ای یک طرفه باشد و بعد از تزریق از طریق درب خروجی مجزا و یک طرفه بیماران به بیرون هدایت شوند.</li> <li>۴. در اتاق انتظار بیماران تزریق شده سرویس بهداشتی و حمام به تفکیک خانم و آقا پیش بینی شده باشد.</li> <li>۵. اتاق تی شوی و حمام ویژه جهت رفع الودگی احتمالی موردی در دسترس کارکنان باشد.</li> <li>۶. تمام مناطق بخش به صورت یک طبقه و یا پیوسته باشد و ترجیحاً در نزدیکی یا هم طبقه با بخش‌های رادیولوژی و آزمایشگاه باشد.</li> <li>۷. در زمان طراحی بخش از نزدیک بودن این بخش با بخش کودکان و زنان جدا خودداری گردد.</li> <li>۸. پیش بینی امکاناتی از قبیل تلویزیون در دید بیمار در اتاق اسکن جهت انحراف ذهن بیمار و ایجاد تحمل در اطاله زمان آزمون توصیه می‌شود.</li> <li>۹. بیمار به مناطق تفسیر تصاویر دسترسی نداشته باشد.</li> <li>۱۰. امکان دسترسی پزشک و کارکنان به مناطق اداری، بالینی، مشاوره و تفسیر فراهم باشد.</li> </ol> <p>تهویه هوا به صورتی باشد که هر ساعت ۶ بار هوای اتاق اسکن و <i>HOT LAB</i> و اتاق انتظار بیمار تزریق شده تهویه گردد.</p>



سطح دو	ب-۱۰-۴-۱۳ خدمات ناباروری با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ برنامه‌ریزی و ارائه خدمات ناباروری<sup>۱</sup> با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار و منطبق بر مفاد آیین نامه مربوط</li> <li>❖ حضور فلوشیپ ناباروری به عنوان مسئول فنی</li> <li>❖ تامین خدمات جنین شناسی در مرکز</li> <li>❖ هماهنگی و برنامه‌ریزی برای اخذ مشاوره از متخصصین ارولوژی</li> <li>❖ بکارگیری و استفاده از کارکنان بالینی ذیصلاح و آموزش دیده بر اساس ضوابط وزارت بهداشت</li> </ul>
	<p>مرکز تخصصی درمان ناباروری به مرکزی اطلاق می‌گردد که توانایی تشخیص و درمان ناباروری و بیماری‌های مرتبط با تولید مثل و باروری را داشته باشد. این مرکز می‌بایست با پشتوانه کلینیک‌های تشخیصی و درمانی، آزمایشگاه جنین شناسی، سایر آزمایشگاه‌ها (به صورت اختیاری) و اتاق‌های عمل، امکان انجام اعمال تشخیصی و درمانی زنان از جمله هیستروسکوپی (تشخیصی و درمانی ساده مانند میوم کوچک، سپتوم رحم) و الپاراسکوپی (تشخیصی و درمانی ساده مانند بیوپسی از بیضه و واریکوسل) و انجام اعمال تشخیصی و درمانی مردان از جمله جداسازی اسپرم از بافت بیضه و اپیدیدیم را داشته باشند و با امکان انجام روش‌های درمانی مرتبط از جمله آماده سازی و تزریق اسپرم به داخل رحم<sup>۲</sup>، لقاح خارج رحمی<sup>۳</sup>، تزریق اسپرم به سیتوپالسم تخمک<sup>۴</sup>، گذاشتن اسپرم آماده شده و تخمک به ثلث خارجی لوله رحم<sup>۵</sup> و گذاشتن تخمک لقاح شده به ثلث خارجی لوله رحم<sup>۶</sup>، انتقال جنین به ثلث خارجی لوله رحم<sup>۷</sup>، کشت و انجماد تخمک و جنین، فریز و ذوب اسپرم، تخمک و جنین و بافت‌های تولید مثلی، امکان درمان مراجعین نابارور به مرکز را فراهم آورد و بیمار حداکثر ظرف ۸ ساعت قادر به ترک مرکز باشد.</p> <p>این سنج در بیمارستان‌هایی قابل ارزیابی است که واجد مرکز تخصصی درمان ناباروری باشند.</p>

<sup>1</sup> Technology Reproductive Assisted (ART)

<sup>2</sup> IUI

<sup>3</sup> IVF

<sup>4</sup> ICSI

<sup>5</sup> GIFT

<sup>6</sup> ZIFT

<sup>7</sup> TEF



سطح	ب-۱۰-۵ خدمات سرپایی در سطح پیشگیری و توانبخشی با شرایط ایمن و رعایت ضوابط مربوط ارائه می‌شود.
سطح یک	ب-۱۰-۱ مرکز پیشگیری و تشخیص زود هنگام سرطان و بیماری‌های غیر واگیر مطابق ضوابط مربوط ارائه خدمت می‌نماید.
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ وجود فضای فیزیکی استاندارد مورد نیاز مطابق "آیین نامه تاسیس و بهره برداری مرکز پیشگیری و تشخیص زود هنگام سرطان و بیماری‌های غیر واگیر"</li> <li>❖ وجود تجهیزات لازم جهت ارائه خدمات مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت</li> <li>❖ تامین نیروی انسانی مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت</li> <li>❖ وجود فرایندهای اجرایی مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت</li> </ul>	
<p>➤ تجهیزات لازم جهت ارائه خدمات مطابق لیست تجهیزات ابلاغ شده در "دستورالعمل مدیریت خدمات تشخیص زود هنگام سرطان"</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. دستگاه ماموگرافی و تجهیزات و ملزومات مرتبط مورد نیاز</li> <li>۲. دستگاه کولونوسکوپی و تجهیزات و ملزومات مرتبط مورد نیاز</li> <li>۳. دستگاه کولپوسکوپی و تجهیزات و ملزومات مرتبط مورد نیاز</li> <li>۴. دستگاه سونوگرافی و تجهیزات و ملزومات مرتبط مورد نیاز</li> <li>۵. دستگاه اکوکاردیوگرافی و تجهیزات و ملزومات مرتبط مورد نیاز</li> <li>۶. دستگاه تست ورزش و تجهیزات و ملزومات مرتبط مورد نیاز</li> <li>۷. دستگاه ECG - EEG - EMG و سایر تجهیزات و ملزومات مرتبط مورد نیاز</li> </ol> <p>نیروی انسانی مورد نیاز جهت ارائه خدمت در مراکز تشخیص زود هنگام سرطان مطابق "آیین نامه تاسیس و بهره برداری مرکز پیشگیری و تشخیص زود هنگام سرطان و بیماری‌های غیر واگیر" و "دستورالعمل مدیریت خدمات" ابلاغی تامین می‌شود.</p> <p>➤ نیروی انسانی مورد نیاز جهت ارائه خدمت در مراکز تشخیص زود هنگام سرطان</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. مسئول فنی / رئیس مرکز (طبق ضوابط مندرج در آیین نامه)</li> <li>۲. نیروهای تخصصی و فوق تخصصی مرتبط با خدمات قابل ارائه در مرکز</li> <li>۳. متخصص جراحی (ترجیحا فلوشیپ جراحی پستان یا دوره دیده جراحی پستان)</li> <li>۴. متخصص زنان (ترجیحا فلوشیپ انکولوژی)</li> <li>۵. فوق تخصص گوارش / متخصص داخلی</li> <li>۶. متخصص رادیولوژی</li> <li>۷. متخصص ژنتیک</li> <li>۸. پزشک عمومی / پرستار / ماما</li> <li>۹. تکنیسین رادیولوژی</li> <li>۱۰. مسئول / کارشناس مالی و اداری</li> <li>۱۱. مسئول / کارشناس ثبت و IT</li> </ol> <p>➤ فرایندهای اجرایی مطابق با ضوابط ابلاغ شده در دستورالعمل‌های مدیریت خدمات رعایت می‌شود.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. رعایت نظام ارجاع</li> <li>۲. ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و مشاوره مطابق دستورالعمل‌های ابلاغی</li> <li>۳. ثبت اطلاعات و خدمات در سامانه</li> </ol>	



سطح دو	ب-۱۰-۲ خدمات توانبخشی برای مراجعین سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ دسترسی تسهیل شده بیماران سرپایی از درمانگاه‌ها به خدمات توانبخشی</li> <li>❖ ارائه خدمات فیزیوتراپی مورد نیاز بیماران سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار</li> <li>❖ ارائه خدمات کاردرمانی مورد نیاز بیماران سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار</li> <li>❖ ارائه خدمات گفتاردرمانی مورد نیاز بیماران سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار</li> <li>❖ ارائه خدمات ارتوز و پروتز مورد نیاز بیماران سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار</li> <li>❖ ارائه خدمات اپتومتری و ادیومتری مورد نیاز بیماران سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار</li> </ul>	
منظور از دسترسی تسهیل شده پیش بینی راهنمایی و دسترسی آسان برای افراد کم توان جسمی به خدمات توان بخشی است.	
سطح سه	ب-۱۰-۳ خدمات طب پیشگیری و ارتقاء سلامت برای مراجعین سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ مشارکت فعال بیمارستان در خصوص ارتقاء سلامت جامعه از طریق ایجاد درمانگاههای تخصصی طب پیشگیری و ارتقاء سلامت</li> <li>❖ ارائه خدمات طب پیشگیری و ارتقاء سلامت برای مراجعین سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت</li> </ul>	
<p>ارتقا سلامت شامل سه جزء رویکرد پزشکی مرتبط با عوامل خطر فیزیولوژیکی ( فشار خون ، وضعیت واکسیناسیون...)، رویکرد رفتاری مرتبط با عوامل شیوه زندگی ( سیگار کشیدن و تحرک بدنی...) و رویکرد محیطی مرتبط با فاکتورهای اجتماعی ( آموزش، تحصیلات، فقر...) می باشد، بنابراین فراتر از رویکردهای صرف پزشکی برای درمان افراد است.</p> <p>درمانگاه پیشگیری و ارتقا سلامت جهت ارائه خدمات پیشگیری از ابتلا به بیماری های غیر واگیر به ویژه قلبی عروقی و دیابت است.</p>	
<p style="text-align: right;">➤ مراجعین درمانگاه پیشگیری و ارتقا سلامت شامل</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. افراد سالم یا بیمار بدون علامت</li> <li>۲. افراد سالم که خود مبتلا نیستند ولی سابقه مثبت خانوادگی دارند</li> <li>۳. بیماران تشخیص داده شده</li> </ol> <p>هدف اصلی این درمانگاه ارزیابی خطر ابتلا به بیماری در مراجعین با توجه به ریسک فاکتورهایی که دارند و اقدامات موثر پیشگیری کننده با تغییر سبک زندگی و انجام تست های غربالگری مناسب می باشد. اصلاح الگوی سلامت در شیوه زندگی از مهمترین اهداف این خدمت ارزشمند است.</p>	