

بخش داخلی

مدیریت و سازماندهی

(۱) برنامه استراتژیک

۱-۲) نسخه ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.

۱-۴) در بخش داخلی، نسخه ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.

۱-۳) تمام کارکنان بخش داخلی، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

(۲) رئیس بخش

شرایط احراز ریاست بخش داخلی:

۱-۲) تحصیلات:

۲-۲) سابقه کار:

(۳) سرپرستار بخش

شرایط احراز برای سرپرستار بخش داخلی:

۱-۳) تحصیلات:

۲-۳) مدرک RN:

۳-۳) ساعت دوره های مدیریت عمومی:

۳-۴) ساعت دوره های مدیریت پرستاری (دوره های مورد تأیید وزارت بهداشت):

۳-۵) سابقه کار:

۳-۶) گذراندن دوره های حرفه ای تکمیلی بخش داخلی

۴) پزشک مقیم

۴ +) بخش داخلی در تمام اوقات شبانه روز و در تمام روزهای هفته، از حضور پزشک مقیم برخوردار است.

۴ -۴) پزشکان متخصص به صورت شبانه روزی در دسترس (آنکال) هستند.

۵) پرستار مسئول شیفت

شرایط لازم برای پرستاران مسئول شیفت در بخش داخلی:

۵-۱) تحصیلات:

۵-۲) مدرک RN:

۵-۳) سابقه کار:

۵-۴) گذراندن دوره های حرفه ای تکمیلی بخش داخلی

مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۶) پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک)

۶ ۶) پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش داخلی ، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش می باشد:

۶ ۱ ۶) نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی

۶ ۱ ۶) شرح وظایف شغلی امضاء شده توسط فرد

۶ ۱ ۶) چک لیست های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضاء شده توسط فرد

۶ ۱ ۶) کپی آخرین مدرک تحصیلی

۶ ۱ ۶) کپی مدارک دوره های آموزشی طی شده

۶ ۱ ۶) مستندات مربوط به آزمونهای اولیه و دوره ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت های محوله

۶ ۱ ۶) مستندات مربوط به آزمون های ارزیابی حرفه ای و غیر حرفه ای کارکنان

۶ ۱ ۶) مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۷) لیست کارکنان

۷ ۶) در بخش داخلی ، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می باشد:

۷ ۶ ۶) نام و نام خانوادگی

۷ + ۴ جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).

۷ + ۳ سمت سازمانی

۷ + ۴ لیست نوبت کاری شبانه روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.

۷ + ۳ هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمات می پردازند. (به جز در موارد بروز بحران که بر اساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می شود).

۷ + ۴ یک لیست از پزشکان، متخصصین و مشاوره دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه روز در بخش داخلی، در دسترس است.

۷ + ۵ لیست نوبت شبانه روزی هرماه گروه احیاء، در محلی مناسب و قابل رویت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.

۷ + ۶ برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل خارج از لیست نوبت کاری شبانه روزی می باشد، برنامه ریزی انجام شده است.

۷ + ۴ مستنداتی که نشان می دهند محاسبه وچینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کاراست در بخش موجود است.

۸) دوره توجیهی بدو ورود

۸ + ۴ در بخش داخلی، یک کتابچه/ مجموعه توجیهی برای آشنا سازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگیها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:

۸ + ۴ معرفی کلی بیمارستان (ازجمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگیهای فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی ها، تاخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)

۸ + ۴) معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد

۸ + ۳) زیر مجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این بخش

۹) آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

۹ + ۶) مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیتهای آنان، انجام می‌شود.

۹ + ۴) مستندات نشان می‌دهند که آزمونهای توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.

۹ + ۳) مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسائیهای شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.

۹ + ۴) مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۱۰) آموزش و توانمندسازی کارکنان

۱۰ + ۶) بخش داخلی یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.

۱۰ + ۴) مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۱۰ + ۳) مستنداتی که نشان می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیر مدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.

۱۰ + ۴) تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزشهای لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی-ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.

۱۰ ۵) تمام پزشکان و پرستاران بخش داخلی، حداقل سالی یک بار، آموزش های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می نمایند.

۱۰ ۶) تمام کارکنان در زمینه ی نقش خود در تشخیص ارزشها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به طور مستمر آموزش می بینند.

۱۰ ۴) تمام کارکنان در زمینه ی ارتقای مهارتهای رفتاری و ارتباطی خود، به طور مستمر آموزش می بینند.

۱۰ ۸) تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می بینند.

۱۰ ۹) تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (drill) آتش نشانی، انجام می دهند.

۱۱) کتابچه/مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۱۱ ۴) کتابچه /مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

۱۱ ۴) اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۱۱ ۴) اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی

۱۱ ۴) اطلاع رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روشهای ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسائی شده بخش، از طریق بروشور(جزوه آموزشی) انجام می شود.

۱۲) خط مشی ها و روش ها

۱۲ ۴) یک کتابچه/مجموعه خط مشی ها و روشها در بخش داخلی وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می نماید:

۱۲ + ۳) خط مشی ها و روشها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.

۱۲ + ۴) خط مشی ها و روشها به طور منظم بازنگری می شوند.

۱۲ + ۳) خط مشی ها به روشنی مشخص هستند.

۱۲ + ۴) روشها به روشنی مشخص هستند.

۱۲ + ۵) کتابچه /مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.

۱۲ + ۶) کتابچه /مجموعه دارای نمایه مشخص است.

۱۲) خط مشی ها و روشها حداقل شامل موارد ذیل هستند:

۱۲ + ۳) رعایت حقوق گیرندگان خدمت

۱۲ + ۴) برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی ها و معلولیت های جسمانی، ارزشها و اعتقادات و..).

۱۲ + ۳) ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیر تعطیل)

۱۲ + ۴) پذیرش، انتقال درون و برون بخشی، ارجاع و ترخیص

۱۲ + ۵) پاسخ دهی موارد بحران

۱۲ + ۶) احیاء

۱۲ + ۴) چگونگی ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به صورت شفاهی (به عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می شوند.

۱۲ + ۸) استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت

۱۲ ۴ ۹) استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می نماید.

۱۲ ۴ ۱۰) پیشگیری و کنترل عفونت

۱۲ ۴ ۱۱) چگونگی گند زدایی سریع محل دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی

۱۲ ۴ ۱۴) راهنماهای طبابت بالینی حداقل در ۵ مورد از حالات وخیم و شایع بخش داخلی (راهنماهای مورد تأیید وزارت بهداشت)

۱۲ ۴ ۱۴) شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فراورده های خونی

۱۳) پذیرش در بخش و ارزیابی بیمار

۱۳ ۶) اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک و تکمیل فرم های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می گیرد.

۱۳ ۴) اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار و تکمیل فرم های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می گیرد.

۱۳ ۳) در طی تمام مراحل مراقبتی بیمار، پزشک معالج بیمار مشخص شده و کلیه مشاوره ها، درمانها و مراقبتهای لازم، با اطلاع و هماهنگی وی انجام می پذیرد.

۱۳ ۴) پزشک معالج داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در بخش، مورد بررسی قرار داده و داروهای لازم را به دستورات دارویی بیمار اضافه می نماید.

۱۳ ۵) در بیمارستان با توجه به وضعیت بیماران بستری در هنگام پذیرش:

۱۳-۵-۱) نیازهای آنان به خدمات تسکینی، مشخص می شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند

۱۳-۵) خدمات درمانی مشخص می شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند

۱۳-۳) خدمات تغذیه ای مشخص می شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند

۱۳-۴) خدمات مددکاری اجتماعی مشخص می شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند

۱۳-۵) خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری مشخص می شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند

۱۳-۶) خدمات بازتوانی مشخص می شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند

گزارش پرستاری:

۱۳) یک پرستار با مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، بیمار را در بخش پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می نماید:

۱۳) ۶) شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی

۱۳) ۴) ساعت و تاریخ پذیرش در بخش

۱۳) ۳) نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)

۱۳) ۴) برنامه درمانی و کلیه بررسی ها و آزمایش های درخواست شده توسط پزشک معالج.

۱۳) ۵) توضیحات و آموزش های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار

۱۳) ۶) نحوه ورود بیمار به بخش (به طور مثال با صندلی چرخ دار)

گزارش پزشکی:

۱۳) پزشک معالج، پس از انجام ارزیابی ها و اقدامات لازم، موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می نماید:

۱۳) ۴) ساعت و تاریخ انجام ویزیت

۱۳ ۴) تمام نتایج حاصل از اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی بیمار

۱۳ ۴) تمام دستورات درمانی و مراقبتی و بررسی ها و اقدامات پاراکلینیکی لازم

۱۳ ۴) توضیحات و آموزش های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک معالج

۱۴) پرونده بیمار

۱۴ ۱) برای کلیه کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش های مربوط به بیمار هستند، حداقل های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

۱۴ ۴) در ثبت مستندات در پرونده بیمار(یا سایر گزارش های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می شوند:

۱۴ ۱) تمام اطلاعات با خودکار نوشته می شوند.

۱۴ ۴) تمام مستندات با خط خوانا ثبت می شوند.

۱۴ ۳) نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات و روی جلد پرونده وی ثبت می شوند.

۱۴ ۴) زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص می باشد.

۱۴ ۵) در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش های بیمار، امضاء و مهر ثبت کننده اطلاعات آمده است.

۱۴ ۶) هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته ها و امضای انتهایی آنها وجود ندارد.

۱۴ ۴) در مستندات و گزارش های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح کننده و پاک کنند اطلاعات(مانند لاک غلط گیر) استفاده نشده است.

۱۴ ۴ A) در صورتی که در پرونده بیمار جمله ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می شود ((اصلاح شد)) و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضاء، مهر و سمت فرد ثبت می گردد.

۱۴ ۴ B) شواهد مستندی از عملکرد تریاژ، در پرونده پزشکی بیماران وجود دارد.

تذکر: برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

۱۵) ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار

۱۵-۱) پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که در فرآیند مراقبت از بیمار، با پزشک معالج وی همکاری می کنند، به منظور تجزیه و تحلیل، یکپارچه نمودن و استمرار ارزیابی ها و مراقبت ها، با یکدیگر مشارکت می نمایند.

۱۵-۲) کارکنان درمانی واجد صلاحیت، ارزیابی مجدد بیمار را در فواصل زمانی مناسب انجام داده و نتایج را در پرونده بیمار، ثبت می نمایند:

۱۵ ۴ A) پیشرفت برنامه مراقبتی طی ۲۴ ساعت اولیه از زمان پذیرش توسط پرستار

۱۵ ۴ B) ثبت گزارش های روند مراقبت از بیمار توسط پرستار، حداقل یکبار در هر نوبت کاری

۱۵ ۴ C) ثبت علائم حیاتی، میزان جذب و دفع و... و پیگیری انجام به موقع آزمایش ها و سایر اقدامات لازم، با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی بیمار، توسط پرستار

۱۵ ۴ D) ثبت روزانه (در صورت لزوم و با توجه به شرایط بیمار، در فواصل زمانی کوتاهتر) وضعیت بیمار، تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد، توسط پزشک معالج

۱۵-۳) بیماران از جهت مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی، به طور مستمر ارزیابی و کنترل می شوند.

۱۵-۴) رعایت بهداشت دستها مطابق با پروتکل مصوب وزارت بهداشت انجام می گیرد.

۵-۱۵) اقدامات مراقبتی، بر اساس برنامه ها و دستورات ثبت شده در پرونده انجام می شوند.

۶-۱۵) در زمان ترخیص، برگه خلاصه پرونده به صورت کامل، خوانا و مطابق با خط مشی ها و روش های بیمارستان، تکمیل شده و نسخه ای از آن، به بیمار تحویل می گردد.

۷-۱۵) در زمان ترخیص، پزشک معالج بیمار، آموزش های لازم در زمینه مراقبتهای پزشکی را به شیوه ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می نماید.

۸-۱۵) در زمان ترخیص، یکی از پرستاران، آموزش های لازم در زمینه مراقبتهای پرستاری را به شیوه ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می نماید.

۹-۱۵) زمان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص در پرونده بیمار ثبت و توسط پرستار، به وی توضیح داده می شود.

۱۰-۱۵) اطلاع رسانی و اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیماران و مراقبین آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می پذیرد.

۱۶) دستورات دارویی

۱۶) ۱) یک نسخه از کتاب/مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده است، در بخش داخلی در دسترس است.

۱۶) ۲) کتابچه/مجموعه دارویی، حاوی شرح داروهای داخلی، اورژانسی و... نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها است.

۱۶) ۳) فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می شود.

۱۶) ۴) فرایند محاسبه و اجرای دستورات دارویی توسط پرستار انجام و ثبت می شود.

۱۶) ۵) فرایند محاسبه و اجرای دستورات دارویی، داروهای پر خطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت می شود و با درج امضای هر کارشناس، تأیید می گردد. داروهای خطرناک حداقل شامل موارد ذیل می باشند:

۱۶ ۵ ۶) تمام مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت

۱۶ ۵ ۴) دیگوکسین وریدی

۱۶ ۵ ۳) انسولین

۱۶ ۵ ۴) اولین دوز آنتی بیوتیک های وریدی

۱۶ ۵ ۵) ترکیبات تغذیه کامل وریدی

۱۶ ۵ ۶) خون و فرآورده های خونی

۱۶ ۵ ۴) کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص راه حل های نه گانه ایمنی بیمار)

۱۶ ۶) بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست، به مقدار درست، به فرد درست داده می شود، پیش بینی و مکتوب ساخته است و کارکنان مطابق آن عمل می نمایند.

۱۶ ۴) همواره آنتی دوت ها و یک لیست از آنها در یک مکان مناسب و در دسترس، در بخش داخلی وجود دارد

۱۶ ۸) باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات بخش جهت مراقبت اورژانسی در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمتهای بخش کودکان تامین شود.

۱۶ ۹) ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارائه مراقبتهای اورژانسی، مطابق با دستورالعمل ها و آئین نامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه روز و در تمامی قسمتهای بخش داخلی در دسترس باشند.

۱۶ ۱۰) سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می کند.

۱۶ ۱۱) پرستار مسئول داروهای مخدر، کلید را همواره نزد خود نگهداری می نماید.

۱۶ ۱۴) داروهای مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل دار، محفوظ باشند و کلید نزد پرستار مسئول داروهای مذکور، نگهداری شود.

۱۷) آموزش بیمار و همراهان

۱-۱۷) به بیماران بستری و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک در مورد نوع مراقبت در نظر گرفته شده، روشهای جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از درمان و هر گونه هزینه مورد انتظار، ارائه می شود.

۲-۱۷) نام فرد یا افراد مسؤول ارائه آموزش به بیماران و همراهان آنان در پرونده بیمار ثبت شده است.

۳-۱۷) بروشور(جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع ترین علل مراجعه و بستری در هر بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی درمانی مهمی که بیماران این بخش، باید رعایت نمایند، در بخش داخلی برای استفاده بیماران و همراهان آنان در دسترس است.

امکانات و ملزومات

۱۸) خدمات پشتیبانی بخش های پاراکلینیک

۱۸) خدمات پشتیبانی بخش داخلی باید به صورت شبانه روزی در بیمارستان در دسترس باشد شامل:

۱-۱-۱۸) تصویر برداری

۲-۱-۱۸) آزمایشگاه

۳-۱-۱۸) خدمات دارویی

۴-۱-۱۸) بانک خون

۱۸) یک سیستم برای بازیابی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک تصویر بردار حداکثر ظرف ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.

۱۸) فهرست آزمایشهای اورژانس و جدول زمان بندی پاسخ دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موجود است.

۱۸ ۴) امکان دریافت پاسخ آزمایشهای اورژانسی در زمان معین مطابق با الزامات تعیین شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتبا با آزمایشگاه توافق شده است .

۱۹) ترالی اورژانس

۱۹) ترالی اورژانس در دسترس بوده مطابق آیین نامه وزارت بهداشت، حداقل حاوی موارد ذیل است:

- ۱۹) + ۱) دفیبریلاتور
 - ۱۹) + ۲) مانیتور قلبی، پالس اکسیمتر و امکانات پیس میکر موقت
 - ۱۹) + ۳) داروهای اورژانس
 - ۱۹) + ۴) لوله هوایی (Air Way) در تمامی اندازه ها
 - ۱۹) + ۵) لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یکبار مصرف)
 - ۱۹) + ۶) آمبوگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
 - ۱۹) + ۷) لارنگوسکوپ با تیغه هایی در تمامی اندازه ها
 - ۱۹) + ۸) باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
 - ۱۹) + ۹) تخته احیا (بک بورد) اطفال و بزرگسال
 - ۱۹) + ۱۰) ساکشن
 - ۱۹) + ۱۱) کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)
- ۱۹) ۴) مستندات نشان می دهند که پرستار مسئول از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می نماید.

۱۹) ۳) شواهد مستند نشان می دهند که دفیبریلاتور/ مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده می باشد.

۲۰) امکانات

- ۲۰) + ۱) کارکنان، امکانات و تجهیزات مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تامین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.
- ۲۰) ۴) امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبتهای اورژانسی مقدور است.
- ۲۰) ۳) هر تخت یک سیستم فراخوان اضطراری پرستار دارد.
- ۲۰) ۴) همه پریزهای یو پی اس به وضوح مشخص هستند.

- ۲۰ (ه) اتاق درمان در بخش وجود دارد.
- ۲۰ (هـ) در بخش اتاق ایزولاسیون برای جداسازی بیماران عفونی، وجود دارد.
- ۲۰ (و) اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۲۰ (ز) اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۲۰ (ح) امکان رعایت بهداشت دستها مطابق پروتکل مصوب وزارت بهداشت وجود دارد.

ایمنی، بهبود کیفیت و جمع آوری داده ها

(۲۱) ایمنی فیزیکی

- ۲۱ (ا) سیستم زنگ خطرنگهبانی متصل به مرکز، در دسترس و سالم است.
- ۲۱ (ب) داخل اتاقهای بخش داخلی، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهبانی و جایی که سریعاً جوابگو باشند، وجود دارد.
- ۲۱ (ج) نگهبان در زمان مورد نیاز در بخش داخلی، فوراً در دسترس است.
- ۲۱ (د) نگهبان دوره های آموزش امنیتی را گذرانده است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.
- ۲۱ (ه) دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران بخش داخلی، کنترل شده و محصور می باشد.

(۲۲) بهبود کیفیت

- ۲۲ (ا) بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می باشد، در دسترس است.
- ۲۲ (ب) برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.

۲۲-۳ برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.

۲۲-۴ برنامه بهبود کیفیت بایستی دارای شاخص های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه گیری، واقع بینانه و دارای زمان بندی باشد.

۲۲-۵ مستندات نشان می دهند که اجرای برنامه های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به طور دائمی پایش می شوند.

۲۳) جمع آوری و تحلیل داده ها

۲۳-۱ داده های بخش داخلی جمع آوری و رایانه ای می شوند.

۲۳-۲ علت منطقی جمع آوری هر داده، شرح داده شده است.

۲۳-۳ چک لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.

۲۳-۴ ممیزی داخلی انجام می شود.

۲۳-۵ تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله ای مناسب بر اساس آن، مستند شده اند.

۲۳-۶ در خصوص نتایج بررسی ها و تحلیل های صورت گرفته، به مدیران و دست اندرکاران، اطلاع رسانی می شود.