



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دستورالعمل جامع کمیته های بیمارستانی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

معاونت درمان

ویرایش تیرماه سال ۱۳۹۹





نویسندگان:

نوشین علی بخشی (مسئول کمیته های معاونت درمان)

یاسر طالبیان (سرپرست اداره نظارت و اعتباربخشی امور بیمارستان و بستری)

مریم امینی کارشناس رابط کمیته های بیمارستان شریعتی

مهین یوسفی رابط کمیته های بیمارستان امام خمینی (ره)

رباب کوده قاسم بیگی رابط کمیته های بیمارستان جامع زنان آرش

زیر نظر:

دکتر سیدفرشاد علامه (معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر مهرداد احمدی (سرپرست مدیریت نظارت و اعتباربخشی)

با همکاری:

رابطین کمیته های معاونت درمان و مسئولین کمیته های بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران

در صورت هرگونه پیشنهاد یا مشکل با شماره تلفن ۶۶۷۱۷۳۱۵ داخلی ۱۰۳۸ ، کارشناس اداره نظارت بر امور

بیمارستانها، خانم علی بخشی تماس حاصل فرمایید.

لیست کمیته های بیمارستانی در الگوی نسل چهارم سنجه های اعتباربخشی

➤ حداقل جلسات مشترک/ مستقل مورد انتظار در این استاندارد شامل کمیته های ذیل است:

۱. کمیته پایش و سنجش کیفیت (مستقل)
۲. کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات (مستقل)
۳. کمیته اخلاق بالینی (مستقل)
۴. کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و بهداشت محیط (به صورت مشترک/ مستقل)
۵. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار (به صورت مشترک/ مستقل)
۶. کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر (به صورت مشترک/ مستقل)
۷. کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و اقتصاد درمان (به صورت مشترک/ مستقل)
۸. کمیته مرگ و میر و عوارض و زیر کمیته های مربوط (مشترک/ مستقل)
۹. کمیته طب انتقال خون (مستقل)
۱۰. کمیته ارتقای راهبردی خدمات بخش اورژانس (مستقل)



فهرست دستورالعمل:

<u>شماره صفحه</u>	<u>عناوین مطالب</u>
۶	اهمیت کمیته های بیمارستانی.....
۶	قوانین عمومی کمیته ها.....
۹	قوانین اختصاصی بر اساس سنجه های اعتبار بخشی.....
۱۰	مشترکات کمیته ها.....
۱۰	نحوه تعیین دستورجلسات کمیته
۱۰	نحوه ثبت صورجلسات کمیته.....
۱۰	نحوه پیگیری مصوبات کمیته.....
۱۱	نحوه ارزیابی عملکرد کمیته.....
۱۱	نحوه تعامل با تیم رهبری و مدیریت و سایر کمیته ها.....
۱۲	حداقل های دستورالعمل داخلی کمیته ها.....
۱۳	شرح وظایف اعضا کمیته ها.....
۱۹	کمیته های اصلی بیمارستان.....
۲۱	ساختار کمیته های بیمارستان.....
۲۲	تیم رهبری و مدیریت.....



- ۲۵.....کمیته پایش و سنجش کیفیت.....
- ۲۷.....زیر کمیته ایمنی بیمار.....
- ۳۰.....کمیته دارو و تجهیزات پزشکی.....
- ۳۵.....زیر کمیته تغذیه و رژیم درمانی.....
- ۳۸.....کمیته اقتصاد درمان.....
- ۴۲.....کمیته اخلاق بالینی و پزشکی.....
- ۴۸.....کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات.....
- ۵۱.....کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار.....
- ۵۴.....کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن.....
- ۵۷.....کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر.....
- ۶۰.....کمیته بهداشت محیط.....
- ۶۳.....کمیته کنترل عفونت.....
- ۶۶.....زیر کمیته مصرف منطقی آنتی بیوتیک.....
- ۶۹.....کمیته مرگ و میر، عوارض و آسیب شناسی و نسوج.....
- ۷۲.....زیر کمیته مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه.....
- ۷۵.....زیر کمیته مرگ و میر مادر (مورتالیتی-موربیدیتی).....



- ۸۰ زیر کمیته مرگ و میر پریناتال
- ۸۲ زیر کمیته احیاء نوزادان
- ۸۷ کمیته مدیریت خطر و بلایا
- ۹۲ کمیته اورژانس
- ۹۵ زیر کمیته مدیریت درمان سکتة حاد قلبی ۲۴۷
- ۹۵ زیر کمیته مدیریت درمان سکتة حاد مغزی ۷۲۴
- ۹۹ کمیته طب انتقال خون

اهمیت کمیته های بیمارستانی

کمیته های بیمارستانی بازوهای مشورتی و تصمیم گیری ریاست، مدیریت و تیم رهبری و مدیریت بیمارستان می باشند و بعنوان اتاق فکر بیمارستان محسوب می شوند و در اداره موفق بیمارستان نقش بسزایی دارند.

کمیته ها، تصمیم گیری مبتنی بر خرد جمعی را برعهده دارند و فرهنگ مدیریت مشارکتی و کارگروهی در حل مشکلات را ترویج می دهند و باعث ایجاد گردش اطلاعات و درک متقابل بین کارکنان و مدیران ارشد می گردند. همچنین میزان مشارکت کلیه کارکنان بیمارستان را افزایش می دهند.

با عنایت به اهمیت ساماندهی فعالیت کمیته های بیمارستانی و نیاز مبرم به وجود دستورالعمل جامع و مشترک به منظور یکپارچه سازی فعالیت ها و عملکردهای بیمارستانهای تابعه، که از اولویت های معاونت محترم درمان می باشد، دستورالعمل حاضر در اداره نظارت و اعتباربخشی بیمارستان های معاونت درمان مورد بازنگری قرار گرفته و پس از ابلاغ در کلیه بیمارستانهای تابعه لازم الاجرا می باشد.

قوانین عمومی کمیته ها

۱. کلیه دبیران و روسای کمیته ها بایستی دارای ابلاغ باشند.
۲. در صورت تغییر اعضای کمیته بایستی ابلاغیه ها نیز بروز گردند.
۳. دبیران کمیته موظف اند برای کلیه اعضای کمیته درخواست ابلاغ نموده و نسخه ای از آن را نگهداری نمایند.
۴. وجود امضای رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار در صورتجلسات موید تایید مصوبات و اخذ ضمانت اجرایی است.
۵. کمیته های بیمارستانی در قالب کمیته های نسل چهارم اعتباربخشی برگزار گردند.
۶. ابلاغ رؤسا و دبیران کمیته ها با تغییر ریاست بیمارستان تا زمانی که تصمیمی جهت تعویض آنها صورت نگرفته بقوت خود باقی است و نیازی به ابلاغ جدید توسط ریاست جدید ندارد.

۷. کلیه ی جلسات کمیته ها بایستی با هماهنگی دبیر کمیته مربوطه ، طبق برنامه ی زمان بندی یکساله ی تدوین شده، رأس ساعت مقرر برگزار گردد.
۸. دبیر کمیته بایستی جهت دعوت اعضاء حداقل دو روز قبل اقدام نموده و زمان، مکان و موضوع جلسه را نیز در دعوتنامه ذکر نماید.
۹. در صورت کنسل شدن کمیته به هر دلیلی، دبیر کمیته موظف است روز قبل به کلیه ی اعضاء اعلام نموده و جهت برگزاری جلسه ی جایگزین با کلیه اعضاء کمیته هماهنگی نماید.
۱۰. اعضاء موظفند راس ساعت مذکور در جلسه حضور یابند، تاخیر بیش از ۱۵ دقیقه به منزله غیبت تلقی می شود.
۱۱. در صورت عدم حضور دبیر کمیته، فردی بایستی به عنوان جانشین از طرف دبیر کمیته امور را پیگیری نموده و جلسه را برگزار نماید.
۱۲. دبیران و رؤسای کمیته موظفند در صورت غیبت اعضاء کمیته بصورت سه جلسه متوالی در کمیته و یا بیش از ۳۰ درصد جلسات سالیانه مربوطه، عضو جدید جایگزین کنند .
- *** پیگیری امور فوق به عهده ی کارشناس مسئول کمیته های بیمارستان می باشد.
- * جلسات کمیته با حداقل ۱/۲ اعضا به علاوه رییس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار ایشان رسمیت می یابد.
۱۳. پیگیری مصوبات کمیته ها به عهده ی دبیران اجرائی و رؤسای کمیته می باشد.
۱۴. دبیر اجرائی کمیته موظف است در انتهای هر جلسه از کلیه ی اعضاء، امضاء گرفته و نگهداری نماید.
۱۵. دبیر اجرائی کمیته موظف است در ابتدای هر جلسه مصوبات انجام شده و انجام نشده ی جلسه قبل را مطرح نماید.
۱۶. دبیران اجرائی کمیته موظفند ساعت شروع و پایان جلسات را مدیریت نموده و از بحث های جانبی خارج از موضوع جلسه جلوگیری نمایند.
۱۷. دبیران اجرائی کمیته موظفند صورتجلسات کمیته را پس از تایپ در اختیار اعضاء کمیته (افراد مسئول انجام مصوبات کمیته) قرار دهند.
۱۸. مسئول کمیته ها به منظور نظارت بر حسن اجرای کمیته ها، در همه کمیته ها حضور داشته باشند.

۱۹. نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشند.
۲۰. علاوه بر اعضای ثابت کمیته که در این آیین نامه پیشنهاد شده است، سایر اعضا بر اساس صلاحدید رئیس بیمارستان انتخاب می شوند.
۲۱. حضور کارشناس هماهنگ کننده ایمنی در تمام کمیته ها با هر دستورکاری الزامی است.
۲۲. مسئول فنی / ایمنی بیمار باید در کمیته های بیمارستانی حضور فعال داشته باشد. حضور وی حداقل در کمیته های مرگ و میر و عوارض، انتقال خون، دارو و درمان، اخلاق بالینی، الزامی است. مسئول ایمنی پاسخگوی تمامی موارد مرتبط با ایمنی اعم از ایمنی بیماران، مراجعین، کارکنان و بیمارستان است.
۲۳. اندازه گیری و تحلیل شاخص درصد اجرایی شدن مصوبات کمیته های بیمارستانی طبق مهلت زمانی تعیین شده توسط کارشناس مسئول کمیته ها با همکاری دبیران کمیته ها انجام گردد.
۲۴. ارزیابی میزان بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای تصمیمات کمیته ها توسط مسئول کمیته ها/ دفتر بهبود کیفیت انجام گردد.
۲۵. گزارش های دوره ای (حداقل فصلی) از فعالیت و کیفیت عملکرد کمیته ها به تیم رهبری و مدیریت و کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط کارشناس مسئول کمیته ها، ارائه گردد.
۲۶. اقدامات اصلاحی در کمیته های بیمارستانی توسط تیم رهبری و مدیریت بر اساس نتایج سنجش اثربخشی هر یک از کمیته ها انجام گردد.
۲۷. معیار همسویی دستور کار جلسات با اهداف و مأموریت های کمیته، آیین نامه داخلی کمیته است.
۲۸. کمیته هایی که به صورت مشترک برگزار می گردد نیاز به صورتجلسه جداگانه ندارد.
۲۹. برنامه ریزی جهت آموزش و اجرای استانداردهای اعتباربخشی در حوزه هر کمیته، از شرح وظایف اصلی هر کمیته می باشد.
۳۰. اعضای موقت کمیته: بسته به دستور جلسه و با مشورت دبیر کمیته، انتخاب می گردند.

۳۱. ارائه نظرات کتبی اعضای غایب برای روشن سازی بحث و گفتگو مجاز است، اما فقط آن اعضایی که در جلسه کمیته شرکت نموده اند، حق رأی دارند. نظرات کتبی اعضای غایب در جلسه بعدی قرائت و می تواند به صورت جلسه ضمیمه شود.

قوانین اختصاصی بر اساس سنجه های اعتبار بخشی

در بیمارستان های با ۱۰۰ تخت فعال و کمتر، برگزاری جلسات کمیته های: بهداشت محیط با کنترل عفونت-ترویج زایمان طبیعی و ایمن با ترویج تغذیه با شیر مادر- پایش و سنجش کیفیت با مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات- مدیریت خطر حوادث و بلا یا با حفاظت فنی و بهداشت کار- مرگ و میر و عوارض، و زیر کمیته های مربوط با طب انتقال خون به صورت همزمان قابل قبول است.

در بیمارستان هایی که طبق سیاست داخلی نیاز به برگزاری کمیته ایمنی دارند با توجه به مشارکت فعال تیم رهبری و مدیریت در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و لحاظ نتایج آن در تصمیمات و اقدامات / برنامه های مدیریت، کمیته ایمنی به عنوان زیر کمیته پایش و سنجش کیفیت قرار گیرد.

برگزاری کمیته طب انتقال خون در بیمارستان هایی بدون ترانسفیوژن، الزامی نیست

فاصله زمانی جلسات کمیته های بیمارستانی با ۶۴ تخت فعال و کمتر تا دو برابر فاصله زمانی در تواتر برگزاری کمیته ها نسبت به دستورالعمل قابل قبول است.

در بیمارستانهای فاقد بلوک زایمان و تک تخصصی غیر از زنان، الزامی برای برگزاری کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن نیست.

مشترکات کمیته ها**نحوه تعیین دستورجلسات کمیته**

دستورکار جلسه توسط دبیر اجرایی کمیته با در نظر گرفتن الزامات زیر و با هماهنگی رئیس کمیته از قبل تعیین می گردد و بنا به دستور کار، مسئول مرتبط نیز جهت تصمیم گیری بهینه، به جلسه دعوت می شوند.

✓ همسویی با اهداف و شرح وظایف کمیته (مندرج در آیین نامه داخلی)

✓ بر اساس مشکلات جاری و واقعی بیمارستان و نتایج پایش ها و ارزیابی های معاونت درمان و یا دفتر بهبود کیفیت

✓ قابل رهگیری با نتایج شاخص های بیمارستانی، نتایج رضایت سنجی ذینفعان و مصاحبه با اعضای کمیته

نحوه ثبت صورتجلسات کمیته

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت، دستور کار جلسه، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی، مباحث مطرح شده، شرح مصوبات و اقدامات، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات، مهلت زمان اجرای مصوبات (نمونه فرم در پیوست شماره ۱) با تأکید بر بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیمار، داشتن راه حل های واضح و مشخص، قابلیت اجرای مصوبات، همسویی با دستور کار جلسات، اطمینان از تأمین منابع اجرای مصوبات، تنظیم و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه ی امضا شده توسط مسئول کمیته ها نگهداری میشود.

نحوه پیگیری مصوبات کمیته

معمولاً مصوبات کمیته به دو صورت زیرساختی و فرایندی می باشند، که هر یک از این مصوبات قبل از تشکیل کمیته بعدی توسط دبیر اجرایی کمیته از مسئولین اجرای مصوبات، پیگیری می شوند، بطوریکه ضمن بررسی وضعیت اجرایی شدن و میزان پیشرفت اجرای مصوبات، همچنین علل عدم تحقق مصوباتی که اجرایی نشدند نیز مشخص شده (با ثبت در جدول پیگیری مصوبات قبلی مندرج در فرم صورتجلسه) جهت تعیین تکلیف و رفع مسائل و مشکلات عمده و حل نشده، مجدداً در جلسه آتی کمیته مطرح می شوند.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

ارزیابی عملکرد کمیته ها از طریق تکمیل فرمی تحت عنوان "فرم پایش عملکرد کمیته های بیمارستانی" (پیوست شماره ۲) با درج درصد برگزاری جلسات کمیته، درصد مصوبات اجرایی شده، درصد مصوبات اجرایی نشده و درصد حضور اعضا در کمیته (پیوست شماره ۳) به صورت فصلی توسط دبیران اجرایی کمیته به مسئول کمیته جهت ارائه گزارش به تیم رهبری و مدیریت و کمیته پایش و سنجش کیفیت، ارائه می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کیفی کمیته (اثربخشی کمیته):

برای ارزیابی عملکرد کیفی کمیته، میزان اجرای مصوبات فرایندی کمیته از نظر اقدامات اصلاحی صورت گرفته جهت بهبود وضعیت موجود در قالب فرمی تحت عنوان "فرم تحلیل کمیته های بیمارستانی" (پیوست شماره ۴) با درج وضعیت اجرای مصوبات (درصد اجرای مصوبات اجرا شده و اقدامات صورت گرفته برای بهبود مشکلات شناسایی شده)، مصوبات اجرایی نشده و علل عدم تحقق مصوبه یا نقاط قابل بهبود، به صورت فصلی مورد بررسی قرار می گیرد.

علاوه بر این در برخی از بیمارستانها که بستر لازم در خصوص پایش شاخصهای مختلف الزامی، عملکردی، فرایندی و نتایج وجود دارد، میتوانند با تعیین شاخصهای مرتبط با هر کمیته، گزارش روند شاخصها به صورت دوره ای (ماهانه / فصلی) در کمیته مربوطه ارائه و از نظر اقدامات اصلاحی صورت گرفته و ارائه راهکارهای قابل بهبود، مورد بررسی قرار گرفته و تصمیم گیری شوند.

نحوه تعامل با تیم رهبری و مدیریت و سایر کمیته ها

مصوباتی که در کمیته مورد نظر از نظر فنی، ساختاری و مالی باید در جلسه تیم رهبری و مدیریت بیمارستان مطرح شوند، همچنین مصوباتی که طی پیگیری مصوبات قبلی و یا ارزیابی فصلی کمیته، مشخص شده علیرغم پیگیریهای متعدد اجرایی نشدند؛ با هماهنگی مسئول کمیته ها جهت تعیین تکلیف در دستور کار جلسه ی تیم رهبری و مدیریت بیمارستان قرار می گیرد. همچنین مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته طی هماهنگی با مسئول کمیته ها و دبیر کمیته مورد نظر به کمیته مرتبط واگذار میگردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

حداقل های دستورالعمل داخلی کمیته ها

آیین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی نباید مغایرتی با دستورالعمل های ابلاغی کمیته ها از وزارت بهداشت/دانشگاه داشته باشد.

- شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته ها
- اعضای دائم و موقت کمیته
- برنامه زمانی و تواتر جلسات
- تعیین حداقل اعضا برای رسمیت یافتن جلسات
- تعیین اهداف اختصاصی کمیته ها
- اقدامات مؤثر جهت حفظ و افزایش اثربخشی عملکرد کمیته های بیمارستانی
- قوانین و مقررات تشکیل جلسه
- قوانین تصویب مصوبه ها
- نحوه مستندسازی سوابق جلسات
- شرح وظایف کلی
- اعضاء کمیته
- پایش عملکرد کمیته
- فرم خام صورتجلسه کمیته
- چارت کمیته های بیمارستانی و نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم رهبری و مدیریت

شرح وظایف اعضا کمیته ها

دبیر علمی کمیته: نظارت علمی بر مفاد دستور جلسات و مصوبات جلسات کمیته (هماهنگی بادبیر اجرایی کمیته)

اعضای ثابت کمیته: حضور در جلسات، ارائه نظرات کارشناسی، امضاء صورتجلسه تایید شده، پیگیری و توضیح مصوبات مرتبط با ایشان در جلسه آتی.

شرح وظایف رئیس کمیته های بیمارستانی

تعریف شغل: رئیس کمیته، مسئول برگزاری منظم و هدفمند جلسات کمیته ها و پاسخگو به ارزیابان ستادی دانشگاه و وزارت متبوع در راستای استانداردهای وزارت بهداشت می باشد.

شرایط احراز شغل: دارای بالاترین مرتبه علمی در ارتباط با کمیته و یا بالاترین مقام اجرایی در بیمارستان

شرح وظایف و مسئولیتها

- ❖ تعیین دستورکارهای جلسات همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی کمیته ها
- ❖ اخذ سیاستهای راهبردی بیمارستان از مسئولین و هدایت کمیته ها در جهت دستیابی به آن اهداف.
- ❖ قرار دادن سنجه های اختصاصی کمیته مربوطه جهت پیاده شدن استانداردهای اعتباربخشی و مطرح نمودن مسایل و مشکلات واحد مرتبط در دستور کار جلسات.
- ❖ حضور در تمام جلسات کمیته ی مرتبط.
- ❖ ارائه گزارش به تیم رهبری و مدیریت در خصوص عملکرد کمیته مربوطه.
- ❖ تعیین شاخصهای عملکرد مرتبط با هر کمیته و اندازه گیری آنها در زمانهای تعیین شده بیمارستان (بصورت فصلی .
- ❖ تدوین و بازنگری آیین نامه داخلی هر یک از کمیته ها بصورت سالانه و تصویب آیین نامه توسط اعضای کمیته مربوطه.

- ❖ تدوین و اجرای برنامه کمیته های بیمارستانی در راستای اهداف استراتژیک بیمارستان و اقدامات اصلاحی جهت رفع موارد با مشارکت دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی.
- ❖ برنامه ریزی در خصوص مشارکت کلیه پزشکان در امر برنامه ریزی و مدیریت بعنوان اعضای موقت کمیته در تناوب سه یا شش ماه.
- ❖ نظارت بر نحوه نگارش صورتجلسه کمیته و اطمینان از مطرح شدن تمام نکات مهم جلسه در صورتجلسه

شرح وظایف کارشناس مسئول کمیته های بیمارستانی

عنوان شغل: کارشناس مسئول کمیته های بیمارستانی

تعریف شغل: کارشناس مسئول کمیته های بیمارستانی، به عنوان مسئول هماهنگی و رابط کمیته ها، مسئولیت هماهنگی و نظارت بر برگزاری منظم کمیته های بیمارستانی را در راستای تحقق استانداردهای وزارت بهداشت و سیستم ارتقاء کیفیت (اعتباربخشی) در سطح بیمارستان بر عهده دارد.

شرایط احراز: حداقل دارای مدرک لیسانس

رشته های تحصیلی مورد نیاز: مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، پرستاری و پیراپزشکی

شرح وظایف و مسئولیت ها

- ❖ تنظیم تقویم سالیانه کمیته های بیمارستانی، تقویم ماهانه و نظارت بر رعایت زمانبندی آن در طول سال و ارسال آن به معاونت درمان
- ❖ اطلاع رسانی به معاونت درمان در صورت بروز تغییر در تقویم برگزاری کمیته ها.
- ❖ تدوین و بازنگری آیین نامه داخلی هر یک از کمیته ها بصورت سالانه و تصویب آیین نامه توسط اعضای کمیته مربوطه
- ❖ تدوین و اجرای برنامه عملیاتی کمیته های بیمارستانی در راستای اهداف استراتژیک بیمارستان و اقدامات اصلاحی جهت رفع موارد

- ❖ اخذ مصوبه کمیته های مرتبط در خصوص تصویب برنامه های عملیاتی بیمارستان (تدوین شده در دفتر بهبود کیفیت با همکاری واحدها و بخشهای مختلف) در راستای اهداف استراتژیک بیمارستان
- ❖ کنترل صورتجلسات از نظر فهرست اسامی حاضرین، غایبین، مهم ترین موضوعات مورد بحث، مصوبات، مسئول پیگیری هر مصوبه، مهلت مقرر برای اجرا، نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل، تاریخ برگزاری جلسه فعلی و جلسه آتی)
- ❖ رعایت مفاد مشترکات همه کمیته ها (تدوین آیین نامه، لیست اعضا، دوره توجیهی جهت اعضای جدیدالورود و...)
- ❖ برگزاری دوره توجیهی و آموزش به اعضای جدید الورد به همه کمیته ها در مورد اهداف کمیته و وظایف محوله با همکاری دبیر هر کمیته .
- ❖ نظارت بر رعایت نکات اختصاصی هر یک از کمیته ها براساس سنجه اعتباربخشی
- ❖ پیگیری تهیه خط مشی های کمیته ها
- ❖ نظارت مستمر بر تشکیل جلسات و اجرای مصوبات کمیته های بیمارستانی
- ❖ نظارت بر تدوین و اجرای برنامه های آموزشی کارکنان و برگزاری کارگاه یا کلاس آموزشی و ارائه گزارش در کمیته های مربوطه (کمیته بهبود کیفیت، بحران و بلایا، حفاظت فنی و بهداشت کار، مرگ و میر و ایمنی مادر و نوزاد)
- ❖ انجام تعاملات برون سازمانی با اداره نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان دانشگاه در زمینه برگزاری کمیته های بیمارستانی
- ❖ اجرا نمودن کلیه دستورالعملهای ابلاغی وزارتی و دانشگاهی مرتبط با کمیته ها .
- ❖ هدایت فعالیت دبیران کمیته های بیمارستانی منطبق بر برنامه و اهداف بیمارستانی و شرح وظایف هر کمیته اصلی و فرعی

- ❖ مشاوره با رئیس و مدیر بیمارستان در خصوص معرفی دبیران و اعضای کمیته ها منطبق بر ضوابط ابلاغی معاونت درمان دانشگاه .
- ❖ حضور در تمام جلسات کمیته های بیمارستانی
- ❖ تدوین و به روز رسانی بانک جامع اطلاعات کمیته های بیمارستانی در سایت بیمارستان
- ❖ بایگانی و نگهداری مستندات صورتجلسات هر کمیته بصورت منفک (الکترونیک / کاغذی)
- ❖ نظارت بر نحوه تنظیم صورتجلسات کمیته های بیمارستانی که به امضای کلیه حاضرین در جلسه نیرسانده شود.
- ❖ گزارش شاخص های کمیته بیمارستانی به تفکیک هر کمیته براساس فرمت مدون شده معاونت درمان دانشگاه و ارسال نتایج به معاونت درمان و ارائه گزارش نتایج در هر کمیته بصورت فصلی
- ❖ ممیزی فعالیت کمیته های تخصصی و ارزیابی عملکرد دبیران کمیته های بیمارستانی و پایش فصلی کمیته ها و گزارش به مسئولین ذیربط
- ❖ ارسال به موقع صورتجلسات کمیته ها و برنامه عملیاتی کمیته ها و اقدامات اصلاحی انجام شده به معاونت درمان دانشگاه
- ❖ اطمینان از ارسال بموقع دعوتنامه جلسات کمیته های بیمارستانی و فراخوانی اعضا منطبق بر تقویم زمانبندی جلسات.
- ❖ نظارت بر یکسان بودن فرمت کلیه صورتجلسات کمیته ها.

تذکر:

لازم به ذکر است کلیه بندهای فوق شامل کمیته های فرعی بیمارستان نیز می گردد .

شرح وظایف دبیر کمیته های بیمارستانی

تعریف شغل: دبیر کمیته، مسئول برگزاری منظم و هدفمند جلسات کمیته ها و پاسخگو به ارزیابان ستادی دانشگاه و وزارت متبوع در راستای استانداردهای وزارت بهداشت می باشد.

شرایط احراز شغل: حداقل دارای مدرک لیسانس

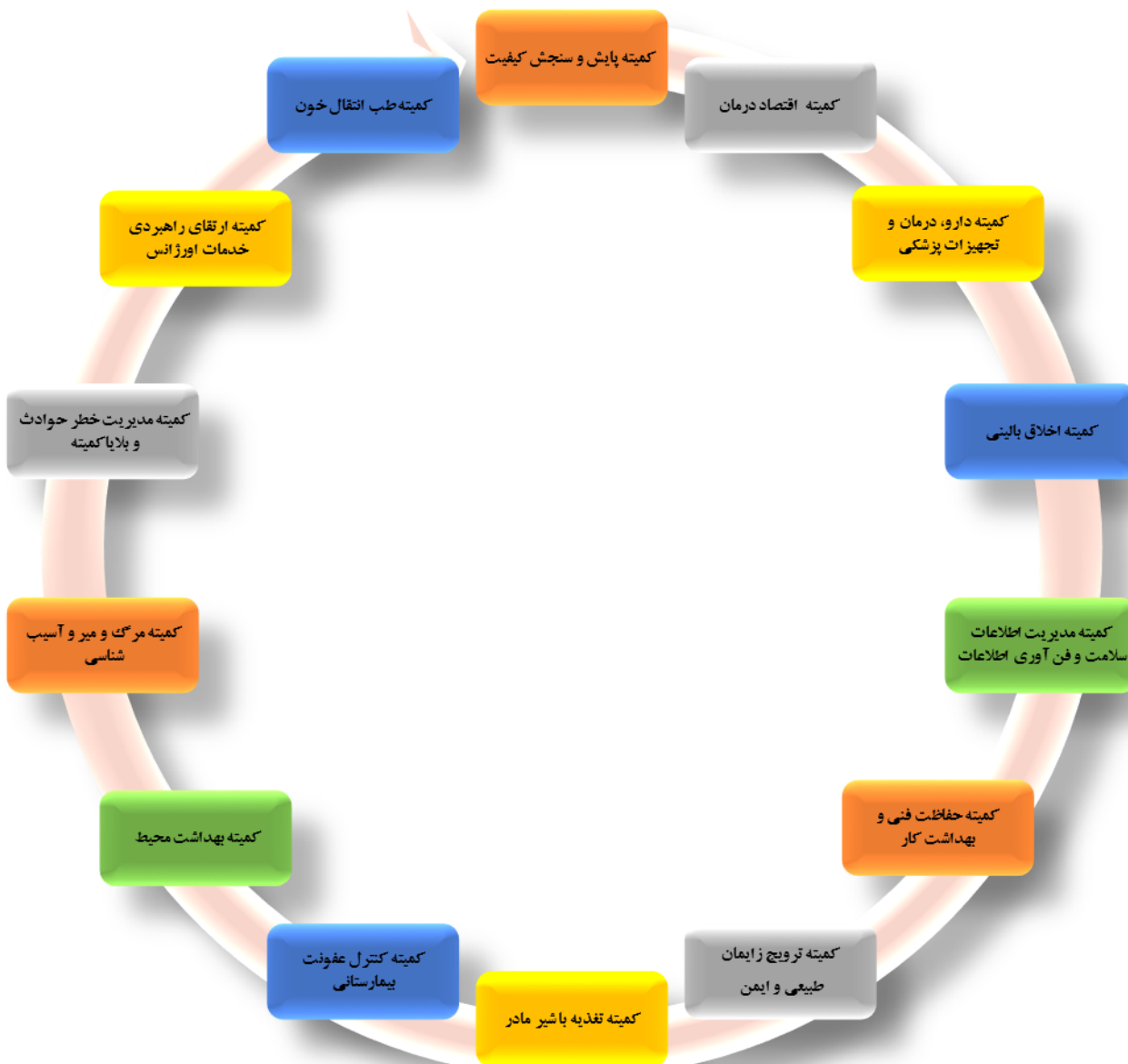
رشته های تحصیلی مورد نیاز: مرتبط با کمیته

شرح وظایف و مسئولیتها

- ❖ تعیین دستورکارهای جلسات همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی کمیته ها با هماهنگی دبیر علمی کمیته و کارشناس مسئول کمیته ها
- ❖ اخذ سیاستهای راهبردی بیمارستان از مسئولین و هدایت کمیته ها در جهت دستیابی به آن اهداف.
- ❖ قرار دادن سنجه های اختصاصی کمیته مربوطه جهت پیاده شدن استانداردهای اعتباربخشی و مطرح نمودن مسایل و مشکلات واحد مرتبط در دستور کار جلسات.
- ❖ تهیه و ویرایش خط مشی های اختصاصی کمیته مرتبط با نظارت کارشناسان دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی.
- ❖ برگزاری دوره توجیهی و آموزش به اعضای جدید ورود کمیته در مورد اهداف کمیته و وظایف محوله
- ❖ حضور در تمام جلسات کمیته ی مرتبط.
- ❖ بایگانی و نگهداری مستندات صورتجلسات کمیته (الکترونیک / کاغذی)
- ❖ تهیه و تدوین صورتجلسات کمیته ها و جمع آوری امضای حاضرین و بازخورد جلسات به واحدهای مرتبط. (با رعایت حداقلهای استاندارد اعتباربخشی)
- ❖ جمع آوری شاخص های کمیته ها با نظارت مسئول کمیته ها / دفتر بهبود کیفیت و ارائه گزارش به اعضای کمیته و نیز تیم رهبری و مدیریت .

- ❖ تعیین شاخصهای عملکرد مرتبط با هر کمیته و اندازه گیری آنها در زمانهای تعیین شده بیمارستان (بصورت فصلی
 - ❖ ارسال صورتجلسات بهمستول کمیته ها ، اعضای کمیته ها و دفتر بهبود کیفیت
 - ❖ برگزاری جلسات و ارسال دعوتنامه و فراخوانی اعضا منطبق بر تقویم زمانبندی جلسات.
 - ❖ مشارکت در تدوین و بازنگری آیین نامه داخلی هر یک از کمیته ها بصورت سالانه و تصویب آیین نامه توسط اعضای کمیته مربوطه
 - ❖ تدوین و اجرای برنامه کمیته های بیمارستانی در راستای اهداف استراتژیک بیمارستان و اقدامات اصلاحی جهت رفع موارد با مشارکت مسئول کمیته ها / دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی.
 - ❖ پیگیری کلیه مصوبات جلسه کمیته ها و ارائه گزارش به اعضای کمیته در خصوص اجرایی شدن مصوبات
 - ❖ بایگانی و نگهداری مستندات مربوط به اجرایی شدن مصوبات کمیته ها
- برنامه ریزی در خصوص مشارکت کلیه پزشکان در امر برنامه ریزی و مدیریت بعنوان اعضای موقت کمیته در تناوب سه یا شش ماهه

کمیته های اصلی بیمارستان

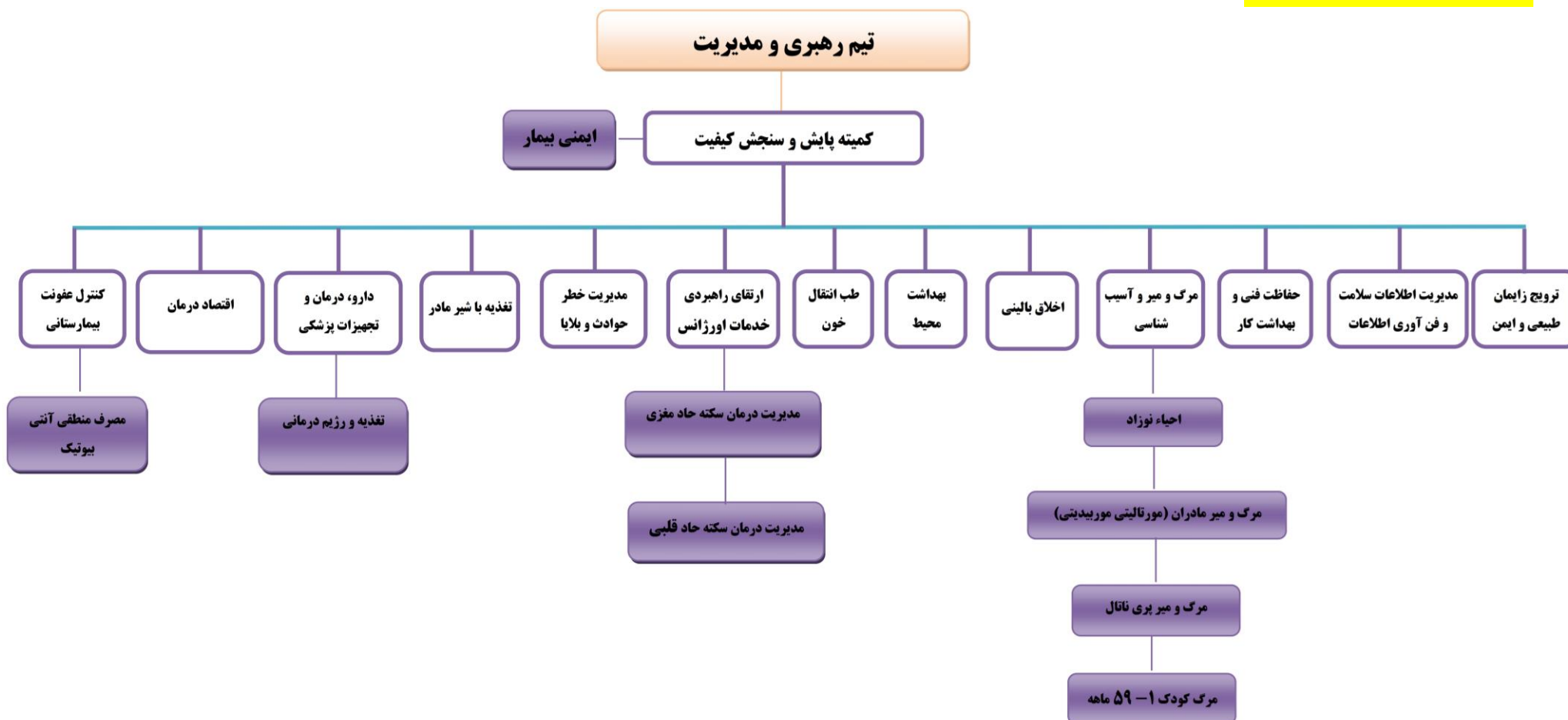




ساختار کمیته های بیمارستانی



ساختار کمیته های بیمارستان:



تیم رهبری و مدیریت**اهداف اختصاصی و شرح وظایف تیم رهبری و مدیریت:**

- تدوین نهایی برنامه استراتژیک ۳ تا ۵ ساله بیمارستان و بازنگری آن (حداقل سالانه)
- نشر بیانیه ماموریت بیمارستان جهت هدایت کلیه اقدامات بیمارستان
- نظارت بر اجرای برنامه عملیاتی مناسب در کل بیمارستان جهت بهبود کیفیت ارائه خدمات و ایمنی بیمار و دستیابی به اهداف استراتژیک بیمارستان
- تامین و تخصیص منابع به بخش ها و واحدهای مختلف بیمارستان از جمله استقرار استانداردهای ایمنی بیمار و نظارت بر استفاده بهینه منابع مالی، فیزیکی و انسانی
- بررسی گزارش پیشرفت برنامه های عملیاتی و پایش های انجام شده و نحوه پیگیری مداخلات اصلاحی
- نظارت بر بازنگری آئین نامه ها، خط مشی ها و دستورالعمل های بیمارستان
- مشارکت در تدوین برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار
- کسب اطمینان از انجام اقدامات لازم در خصوص گزارش های ارزیابی و یا سازمان های قانون گذار از جمله اعتبار بخشی
- نظارت بر تعیین و تحلیل شاخص های کلیدی بیمارستان و انجام اقدامات اصلاحی براساس آنها در تمام بخشها و واحدهای بیمارستان از جمله واحدهای برون سپاری شده
- شناسایی مشکلات عملکردی بیمارستان و ارائه راهکار جهت حل آنها
- نظارت مستمر بر اجرای مصوبات سایر کمیته های بیمارستانی از طریق دبیرخانه کمیته های بیمارستانی
- بررسی گزارش نتایج حاصل از پایش تشکیل کمیته ها و مستندات

- استفاده از مصوبات کمیته های بیمارستانی در تصمیمات اجرایی (بررسی پردازش اطلاعات حاصل از کمیته های بیمارستانی و گزارشات ارائه شده در کمیته های بیمارستانی و استفاده از آنها در تصمیمات اجرایی)
- شرکت در بازدیدهای منظم مدیریتی با رویکرد ایمنی بیمار و بررسی نتایج
- برنامه ریزی در جهت ارتقای رضایتمندی بیماران و کارکنان
- تصویب بخشنامه ها و آئین نامه های داخلی بیمارستان
- نظارت بر پرداخت بیماران براساس قوانین و مقررات
- نظارت بر قراردادهای مالی و معاملاتی و عملکردی پیمانکاران
- ارزیابی هزینه دارو و درمان و تجهیزات پزشکی
- بررسی گزارش نهادهای ارزیاب و سازمانهای سیاست گذار از جمله اعتباربخشی و انجام اقدامات اصلاحی بر اساس آنها
- تعیین فرایند مدون جهت استخدام، انتصاب و ابقاء کارکنان و مسئولان بیمارستان
- ایجاد و تقویت سیستم و نظام انگیزشی مسئولین و کارکنان

توالی تشکیل تیم رهبری و مدیریت:

این کمیته حداقل ماهی یکبار تشکیل می شود ولی بنا به صلاحدید رئیس کمیته در طول ماه نیز بنا به ضرورت جلسات کمیته برگزار می گردد.

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته :

ریاست محترم بیمارستان رئیس کمیته می باشند.

❖ شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

مسئول بهبود کیفیت/کارشناس بهبود کیفیت /کارشناس مسلط و آگاه در خصوص بهبود کیفیت که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

ترکیب اعضاء تیم رهبری و مدیریت :

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان بیمارستان
۴	معاون آموزشی بیمارستان
۵	معاون پژوهشی بیمارستان
۶	مسئول فنی بیمارستان
۷	مدیر روابط عمومی
۸	مدیر پرستاری
۹	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۰	مسئول واحد بهبود کیفیت
۱۱	مسئول واحد فناوری اطلاعات
۱۲	مدیر امور مالی
۱۳	کارشناس مسئول کمیته ها
۱۴	بقیه اعضا بسته به صلاحدید رئیس تیم رهبری و مدیریت تعیین میگردند.

کمیته پایش و سنجش کیفیت

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته :

ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

❖ شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

مسئول بهبود کیفیت/کارشناس بهبود کیفیت /کارشناس مسلط و آگاه در خصوص بهبود کیفیت که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان بیمارستان
۴	مدیر پرستاری
۵	مسئول فنی بیمارستان
۶	رئیس واحد بهبود کیفیت
۷	مسئول کمیته ها
۸	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۹	معاون آموزشی
۱۰	مسئول درآمد و ترخیص بیمارستان
۱۱	مسئول مدارک پزشکی
۱۲	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاح دید رئیس کمیته ، تعیین میگردند.

***نکته:** مسئول واحدهای مختلف بیمارستان بسته به دستور کار جلسه به کمیته مربوطه دعوت میشوند و در صورت صلاحدید رئیس کمیته ها می توانند عضو ثابت کمیته نیز باشند.

❖ اهداف و شرح وظایف کمیته پایش و سنجش کیفیت:

- هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیت های بهبود کیفیت در کل بیمارستان
- پایش، استخراج عدم انطباق ها و بهبود مستمر تمام فرآیندهای بالینی، غیر بالینی و مدیریتی
- ارائه فهرست شاخص ها و اولویت های بهبود کیفیت و تعامل و نظارت در تدوین و پایش شاخص ها در کل بیمارستان و گزارش شاخص ها در فواصل زمانی منظم در کمیته
- پایش و ارزیابی برنامه کیفیت بیمارستان بنا به مقتضیات این واحد ۱ماهه، ۳ماهه، ۶ماهه و یکساله
- نظارت مستمر بر عملکرد و بررسی اثربخشی کلیه کمیته های بیمارستانی در بهبود خدمات بیمارستان از طریق هماهنگی با مسئول کمیته ها
- نظارت بر آموزش کلیه مباحث مربوط به بهبود کیفیت به کلیه کارکنان شامل آموزش های مفهومی و کاربردی بهبود کیفیت
- بررسی فعالیت های دفتر بهبود کیفیت و نظارت بر حسن اجرای فعالیت ها
- پیگیری موارد ارجاعی از واحد بهبود کیفیت بیمارستان
- نظارت بر چگونگی اجرای استاندارد های اعتباربخشی در بخش ها و واحدها با ارائه دوره ای گزارش های بازدید ایمنی و بهبود کیفیت در کمیته
- تعامل با تیم مدیریت و رهبری و ارائه گزارش منظم از کلیه فرآیندهای جاری در کمیته

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

کمیته ها هر ماه یکبار تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان و نوع کمیته میتواند دو ماه یکبار و یا سه ماه یکبار تشکیل گردد).

زیر کمیته ایمنی بیمار

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان بیمارستان
۴	مسئول فنی بیمارستان (مسئول ایمنی بیمار)
۵	مدیر درمان بیمارستان
۶	مدیر پرستاری
۷	مسئول واحد بهبود کیفیت
۸	مسئول کمیته ها
۹	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۰	رئیس بخش آزمایشگاه
۱۱	رئیس بخش اورژانس
۱۲	رئیس بخش مراقبت های دارویی
۱۳	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاح دید رئیس کمیته ، تعیین میگردند.

❖ اهداف و شرح وظایف زیر کمیته ایمنی بیمار

- مشارکت و همکاری در انطباق برنامه استراتژیک بیمارستان با اهداف ایمنی بیمار (تعریف اهداف استراتژیک ، تعیین استراتژی ها و تدوین برنامه ها) با تمرکز بر استانداردهای ایمنی بیمار سازمان بهداشت جهانی .
- تدوین برنامه بازدیدهای مدیریتی و ایمنی بیمار .
- شناسایی شاخص های ایمنی بیمار، تعیین داده های مورد نیاز، بررسی و آنالیز اطلاعات بدست آمده، تدوین و اجرای استراتژی ها و برنامه های بهبود مرتبط با ایمنی بیمار بر اساس شاخص ها، ارزیابی و پایش آنها .
- طراحی سیستم گزارش دهی خطاها از قبیل رویدادهای غیره منتظره Sentinel Events ، نزدیک به وقوع Near Miss و خطاهای ناخواسته Adverse Events مشتمل بر ترسیم فرآیندها، تدوین خط مشی و روش ها، طراحی فرم ها و چک لیست ها با رویکرد تصحیح ، کاهش و حذف خطرات .
- هماهنگی با دبیر کمیته مرگ و میر و دریافت موارد مرگی که به صلاحدید مسئول فنی می بایست RCA شوند .
- برگزاری جلسات RCA و اجرایی نمودن برنامه های مصوب در خصوص نتایج تحلیل ریشه ای خطاها و همکاری در به اشتراک گذاری درس های آموخته شده
- نظارت بر اجرای ممیزی استانداردهای ایمنی بیمار، تجزیه و تحلیل نتایج ممیزی و انجام مداخلات اصلاحی
- مشارکت در تنظیم برنامه های آموزشی ایمنی بیمار، بررسی محتوای آموزشی و تعیین گروه های هدف در جهت توانمند سازی کارکنان .
- تدوین برنامه های ارتقاء سطح فرهنگ ایمنی در پرسنل منطبق با اعتقادات، باورها، ارزش ها، اصول و شیوه های رفتاری، تعریف هنجارها و ناهنجارها مبتنی بر ایمنی بیمار با رویکرد فرهنگ بدون سرزنش .
- شناسایی تکنولوژی ها و فن آوری های نوین در جهت ارتقاء ایمنی بیمار .



❖ توالی تشکیل کمیته :

حداقل هر سه ماه یکبار (فصلی و حداقل ۴ جلسه در سال) تشکیل جلسه و مستندات طبق فرمت مخصوص نگهداری شود.

شاخص های مرتبط با کمیته:

میزان اجرای استاندارد های اعتبار بخشی ملی در ارزیابی های داخلی سالانه

درصد اجرای مصوبات کمیته ها

میزان اجرای برنامه استراتژیک بیمارستان در ارتباط با ایمنی بیمار

کمیته دارو و تجهیزات پزشکی

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

❖ شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته :

دبیر این کمیته داروساز بالینی (در صورت وجود)/ ناظر دارویی (در صورت وجود)/ مسئول بخش دارویی (در صورت مدیریت توسط دانشگاه یا بیمارستان) و مدیر بیمارستان/ یا یک نفر پزشک / کارشناس مسلط و آگاه که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان/ جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان بیمارستان
۴	مسئول فنی/مسئول ایمنی بیمار
۵	مدیر پرستاری
۶	مسئول فنی داروخانه یا متخصص داروسازی بالینی
۷	مسئول تجهیزات پزشکی
۸	ناظر دارویی
۹	مسئول واحد بهبود کیفیت
۱۰	مسئول کمیته ها

ردیف	سمت
۱۱	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۲	رئیس بخش بالینی بر حسب موضوع
۱۳	مدیر فناوری و اطلاعات سلامت
۱۴	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته ، تعیین میگردند.

❖ برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

کمیته ها هر ماه یکبار تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان و نوع کمیته میتواند دو ماه یکبار و یا سه ماه یکبار تشکیل گردد).

❖ حیطه فعالیت کمیته:

- (۱) مدیریت هزینه دارو، لوازم مصرفی تجهیزات پزشکی شایع
- (۲) مدیریت نحوه مصرف دارو، لوازم مصرفی تجهیزات مصرفی پزشکی شایع
- (۳) مدیریت هزینه دارو، لوازم مصرفی تجهیزات پزشکی گران قیمت
- (۴) مدیریت نحوه مصرف دارو، لوازم مصرفی تجهیزات مصرفی پزشکی گران قیمت

❖ شرح وظایف کمیته:

- نظارت بر تدوین فرمولاری بیمارستانی و به روز رسانی آن
- نظارت بر تدوین فهرستی از داروهای خود به خود متوقف شونده، داروهای که پس از مدت زمان معینی دیگر نباید ادامه یابند و باید به پزشک معالج اطلاع داده شود (Automatic Stop order)
- نظارت بر تدوین خط مشی های مصرف صحیح داروهای مهم و شایع (آنتی بیوتیک ها)

- اجرای خرید خدمت های راهبردی از سازمان های بیمه گر در مراکز تابعه و ارائه گزارش به معاونت درمان
- نظارت بر نحوه تأمین دارو، لوازم و تجهیزات مصرفی و نگهداری علمی و صحیح آن ها.
- نظارت بر تدوین خط مشی ها و روشهایی برای کاهش اشتباهات تجویز داروها و عوارض جانبی ناخواسته آنها (اشتباهات دارویی از ابتدای تجویز پزشک تا تحویل به بیمار) و مدیریت واکنشهای ناخواسته دارویی و خطاهای دارو درمانی.
- نظارت بر طراحی و اجرای مداخلات و اقدامات اصلاحی به منظور رفع مشکلات و اشتباهات دارویی گزارش شده
- نظارت بر تدوین لیست داروهای ضروری که باید در داروخانه یا هر یک از بخش های بیمارستان موجود باشد.
- نظارت بر تهیه فهرستی از داروهای پرخطر یا داروهای با احتمال خطر بالا.
- نظارت بر تدوین فرآیندی برای تعیین، تصویب و تهیه داروهایی که جزو فرمولاری بیمارستانی نیستند. (مثلاً در مواردی که بیمارستان به داروی ویژه ای نیاز داشته باشد)
- نظارت بر ترویج شیوه های علمی درمان و دارو در سطح بیمارستان.
- نظارت بر اجرای گایدلاینهای دارویی و گزارش ماهیانه .
- پیش بینی و نظارت بر نحوه تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی سرمایه ای و آموزش و نظارت بر نحوه کاربرد و استفاده صحیح از آن
- تنظیم، پایش و ارزیابی خط مشی و روشها و دستورالعمل های محور مراقبتهای دارویی و نظارت بر حسن اجرای آن

نکته قابل توجه ۱

جهت بررسی مسائل مرتبط با این کمیته به اداره اقتصاد درمان معاونت درمان با شماره تماس ۶۶۷۰۷۵۳۲ دانشگاه مراجعه شود.

نکته قابل توجه ۲

این کمیته یک زیر کمیته دارد با عنوان زیر:

ریدر کمیته علمی تجویز و مصرف منطقی داروها (RUD)

رئیس: رئیس بیمارستان یا پزشک معتمد معرفی شده توسط رئیس بیمارستان

دبیر اجرایی: به ترتیب اولویت ۱- داروساز بالینی ۲- ناظر دارویی ۳- مدیر داروخانه

اعضای کمیته: معاون درمان بیمارستان - معاون آموزشی بیمارستان - مدیر بیمارستان - مترون/سوپروایزر یا سرپرستار - اعضای داروساز (ناظر بیمارستان و مدیر داروخانه)، روسای بخش های اصلی: زنان - عفونی - داخلی - جراحی و کودکان یا نمایندگان تام الاختیار بخش با معرفی رئیس بیمارستان.

بر اساس نوع تخصصی بودن بیمارستان، رئیس بیمارستان می تواند ترکیب اعضا را پیشنهاد دهد.

❖ شرح وظایف زیر کمیته:

- ارزیابی و انتخاب داروها و لوازم پزشکی مصرفی برای فرمولری بیمارستان، ارزیابی و اصلاح دوره ای آنها
- ارزیابی روند مصرف دارو و شناسایی مشکلات احتمالی آن
- ایجاد و ارتقا مداخلات و راهکارهای موثر جهت اصلاح روند مصرف دارو شامل مداخلات آموزشی، مدیریتی و نظارتی
- مدیریت مقاومتهای میکروبی
- بهبود کیفیت مراقبت بیمار
- افزایش آگاهی بیماران و کارکنان در زمینه تجویز و مصرف منطقی دارو و لوازم پزشکی
- نظارت بر داروهای محدود شده (Restricted drugs)

- بررسی و نظارت بر داروهای در حال تحقیق
- تدوین و نظارت بر انجام پروتکل های درمانی استاندارد
- بررسی و نظارت بر مصرف داروهای (Off-Label)
- تدوین و نظارت بر انجام دستورالعمل های بازدارنده خودکار (Automatic Stop order)
- تعیین و نظارت بر مقررات مربوط به نحوه برخورد با نمایندگان شرکتهای دارویی و تجهیزات پزشکی و مطالعات و مقالات منتشره
- نظارت به انجام ارزیابی مصرف دارو
- تعیین و نظارت بر شاخصهای تجویز و مصرف دارو و مراقبت از بیمار و ارائه بازخورد به پزشکان
- نظارت به انجام آنالیزهای ABC/VED
- تهیه مونوگرافهای داروهای فرمولری
- ارائه اطلاعات علمی و فنی در خصوص دارو و لوازم مصرفی پزشکی به کادر درمانی از طریق برگزاری کارگاهها، سمینارها و گزارشهای صبحگاهی در بیمارستان
- نظارت بر تدوین فرمولری، مونوگرافها و مصرف ضد عفونی کننده ها و ملزومات دارویی در بیمارستان
- انجام سایر امور با ابلاغ کمیته دانشگاهی
- RUD بیمارستان شامل :
- ۱- واحد مقاومت میکروبی (Antimicrobial stewardship) (کمیته به صورت زیر کمیته کنترل عفونت و با عنوان کمیته مصرف منطقی داروهای آنتی بیوتیک برگزار می گردد)
- ۲- واحد تدوین و بازبینی دارونامه بیمارستان (فرمولری)

۳- واحد تدوین و بازبینی فرمولری ضد عفونی کننده ها و ملزومات دارویی در بیمارستان

شاخص های مرتبط با کمیته:

تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه دارو های پر خطر (با هشدار بالا) که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار گردد

تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی در بازه زمانی کوتاه

میزان خطاهای دارویی گزارش شده

میزان مصرف صحیح داروهای شایع

زیر کمیته تغذیه و رژیم درمانی

این کمیته گرچه داخل کمیته دارو درمان قرار دارد ولی به علت حجم بالای کمیته مذکور این اختیار برای بیمارستان ها وجود دارد که کمیته تغذیه را زیر کمیته دارو درمان برگزار نمایند.

رئیس کمیته : ریاست بیمارستان یا نماینده تام الاختیار ایشان

دبیر کمیته : مسئول تغذیه

توالی برگزاری : هر سه ماه یکبار (فصلی)

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان بیمارستان /مسئول فنی بیمارستان(مسئول ایمنی بیمار)

ردیف	سمت
۴	مدیر درمان
۵	مدیر پرستاری
۶	مسئول تغذیه
۷	مسئول بهداشت محیط
۸	سوپروایزر آموزشی
۹	رئیس واحد بهبود کیفیت
۱۰	مسئول کمیته ها
۱۱	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۲	مسئول خدمات
۱۳	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاح دید رئیس کمیته ، تعیین میگردند.

شرح وظایف کمیته تغذیه:

۱. بررسی شاخص های سه ماهه واحد تغذیه، برنامه ریزی جهت دستیابی به موقع و صحیح به شاخص ها و ارتقاء آن
۲. برنامه ریزی نظارت بر اجرا جهت استقرار ضوابط بخش تغذیه در بیمارستان ها
۳. برنامه ریزی و نظارت بر اجرا جهت استقرار استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان
۴. برنامه ریزی جهت نحوه برقراری تعامل تیم درمان با واحد تغذیه جهت استقرار ضوابط مربوط به مشاوره تغذیه بیماران
۵. برنامه ریزی جهت تهیه و استفاده صحیح از گاوآژ های تجاری و محلول های تغذیه وریدی. (با نظارت کمیته دارو درمان)
۶. برنامه ریزی جهت شناسایی بیماران در معرض خطر سوء تغذیه از طریق فرم های ارزیابی اولیه پرستاری

۷. برنامه ریزی جهت شناسایی بیماران نیازمند تغذیه حمایتی و تامین نیازهای تغذیه ای آنها (تغذیه دهانی)
۸. برنامه ریزی جهت آموزش تیم درمان و کارکنان خدمات غذایی در خصوص تغذیه و دستورالعمل های مربوط به آن
۹. برنامه ریزی جهت آموزش کارکنان بخش تغذیه به منظور مراعات موازین بهداشت محیط، مقررات غذایی و دستورالعمل بهداشت کار در آشپزخانه و سایر اماکن بیمارستان.
۱۰. بررسی و کنترل رعایت الزامات و استانداردهای واحد، توسط پیمانکار خارجی
۱۱. بررسی مشکلات تهیه، آماده سازی، طبخ، نگهداری، سرو و توزیع مواد غذایی در بیمارستان.
۱۲. تهیه برنامه منسجم برای نظارت بر تهیه مواد اولیه غذایی از منابع استاندارد و با تضمین کیفیت، در محدوده بودجه و مقررات بیمارستان، نظارت بر حمل بهداشتی مواد غذایی و نگهداری آنها به شیوه های بهداشتی در محلها و با درجه حرارت مطمئن.
۱۳. تبادل نظر در خصوص برنامه غذایی بیماران، بویژه بیماران دریافت کننده غذاهای رژیم و اعمال تنوع غذایی بر حسب فصول سال.
۱۴. بررسی و مطالعه در مورد میزان نیاز به انواع مواد غذایی (رژیم و سایر غذاها) از نظر کمی و کیفی، در سطح بیمارستان.
۱۵. بحث و به اشتراک گذاری ایمنی آشپزخانه شامل پیشگیری از آتش سوزی و آتش نشانی
۱۶. تدوین برنامه های زمان بندی شده جهت بهسازی محیط کار.
۱۷. ارزیابی رضایت مندی بیماران و کارکنان از کیفیت غذا.
۱۸. تهیه گزارش سالانه از وضعیت امور تغذیه در بیمارستان
۱۹. پیگیری انجام مصوبات کمیته قبل

کمیته اقتصاد درمان

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته :

مدیر بیمارستان / مسئول فنی بیمارستان / معاون درمان بیمارستان و یا کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی مسلط و آگاه که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان بیمارستان
۴	مسئول فنی / مسئول ایمنی
۵	معاون آموزشی بیمارستان
۶	مدیر پرستاری
۷	مسئول درآمد
۸	مسئول مدارک پزشکی
۹	کارشناس رابط اقتصاد درمان
۱۰	مسئول واحد بهبود کیفیت
۱۱	مسئول کمیته ها
۱۲	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۳	دو نفر از اعضا هیئت علمی بر حسب موضوع
۱۴	مدیر فناوری و اطلاعات سلامت
۱۵	مسئول ترخیص
۱۶	رئیس حسابداری
۱۷	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته ، تعیین میگردند.

❖ برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

کمیته ها هر ماه یکبار تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان و نوع کمیته میتواند دو ماه یکبار و یا سه ماه یکبار تشکیل گردد).

لازم بذکر است در موارد اورژانس خارج از زمان تعیین شده کمیته تشکیل و به پرونده مربوطه رسیدگی می گردد.

****دبیرخانه معاونت درمان در اداره اقتصاد درمان این معاونت که وظیفه برگزاری کمیته متناظر دانشگاهی را نیز بر عهده دارد مستقر است.**

حیطه فعالیت کمیته :

شامل مدیریت هزینه و درآمد خدمات بیمارستانی میباشد.

۱) گروه خدمات شایع: خدماتی که بطور شایع در بیمارستان ایجاد هزینه می کند. مثل درخواستهای تصویربرداری و آزمایشات تشخیصی و نیز پروسیجرهای شایع

۲) مدیریت منابع و مصارف

۳) تحلیل اقتصادی بیمارستان

اقدامات در راستای شرح وظایف کمیته بیمارستانی اقتصاد درمان و مدیریت منابع و مصارف:

۱) در گروه مداخلات تشخیصی و درمانی شایع، کمیته موظف است تا اطلاعات مربوط به حجم مداخلات تجویز شده توسط پزشکان شاغل در بیمارستان را مورد بررسی قرار داده و با استفاده از روشهای اماری و مدیریتی، موارد خارج از بازه های معمول را شناسایی و علت آنرا مورد پیگیری قرار دهند.

۲) همچنین لازم است برای تمام پزشکانی که میزان مداخلات تشخیصی و درمانی آنها از میانگین بالاتر است، موارد را به همراه مستندات به صورت مکتوب به پزشکان مربوطه ارائه و تذکرات و راهنمایی های لازم داده شود.

- ۳) در گروه مداخلات تشخیصی و درمانی شایع، کمیته های بیمارستانی موظفند جلسات کمیته را ماهیانه تشکیل و گزارشی از بررسی ها و مداخلات انجام شده و نتایج حاصل از آنها را به دبیرخانه معاونت درمان ارسال نمایند.
- ۴) مدیریت هزینه های خدمات ستاره دار، کمیته بیمارستانی موظف است بر نحوه تامین مالی خدمات دارای اندیکاسیون ستاره دار نظارت نماید و در این خصوص تصمیم گیری نماید.
- ۵) بازنگری و تکمیل خدمات بیمارستانی مشمول تعرفه گلوبال، کمیته بیمارستانی موظف است تعرفه اعمال جراحی گلوبال را با هزینه واقعی صرف شده برای آنها در اعمال مختلف مقایسه نماید و اقدامات اصلاحی را در این خصوص برنامه ریزی کند.
- ۶) مدیریت خدمات پاراکلینیکی بیمارستانی، کمیته بیمارستانی موظف است بر نحوه درخواست خدمات پاراکلینیک و افراد درخواست کننده در کلیه بخشهای بستری و سرپایی نظارت نماید. با توجه به سهم قابل توجه هزینه های پاراکلینیک، ضروری است بار هزینه ای ناشی از این خدمات محاسبه گردد و اقدامات اصلاحی در جهت کاهش هزینه های غیر ضرور تدوین و اجرا شود.
- ۷) مدیریت اطلاعات، کمیته بیمارستانی موظف است جهت کاهش کسورات درآمدی، بر نحوه ارسال پرونده های بیماران به سامانه پرونده الکترونیک سلامت (سپاس) نظارت نماید و به صورت ماهانه عملکرد مالی ثبت شده در داشبورد اقتصاد درمان خود را با سیستم اطلاعات بیمارستان تطابق دهد.
- ۸) اجرای راهنماهای بالینی، کمیته بیمارستانی موظف است بر پیاده سازی عناوین منتخب محصولات دانشی (خرید راهبردی) نظارت نماید و برنامه راهبردی در جهت اجرای کامل خرید راهبردی تدوین نماید و نتایج حاصل از آنها را به دبیرخانه معاونت درمان ارسال نمایند.
- ۹) استفاده از ظرفیت های بیمه مکمل، کمیته بیمارستانی موظف است با توجه به توافق انجام شده با بیمه های تکمیلی در خصوص تخصیص ۱۰ درصد از ظرفیت تخت های بیمارستانی دانشگاهی به بیماران دارای بیمه تکمیلی و بمنظور استفاده بیشتر از ظرفیت مذکور و افزایش درآمد بیمارستان وضعیت ارائه خدمات از محل انعقاد قرارداد با آن بیمه ها بررسی و تحلیل صورت پذیرد.

- ۱۰) تعریف ساز و کار نحوه ثبت و محاسبه بهیئگی و حد مورد انتظار/ مطلوب برای شاخص های تعریف شده بستری عادی/ ویژه/ سرپایی و اتاق عمل و تفسیر و تحلیل نتایج آن
- ۱۱) تحلیل هزینه درآمد بخش، کمیته بیمارستانی موظف است نسبت به محاسبه درآمد و هزینه هر بخش اعم از بستری و سرپایی برنامه ریزی و اقدام نماید و نتایج حاصل از آنها را به دبیرخانه معاونت درمان ارسال نمایند.
- ۱۲) مدیریت منابع و مصارف، کمیته بیمارستانی موظف است با تحلیل شرایط موجود در بیمارستان با هدف مدیریت منابع و مصارف برنامه ریزی و اقدامات لازم در این خصوص را شناسایی نماید و نتایج به دست آمده از پیاده سازی این برنامه را به دبیرخانه معاونت درمان ارسال نمایند.
- ۱۳) انجام سایر امور با ابلاغ کمیته دانشگاهی

کمیته اخلاق بالینی و پزشکی

توجه:

باعنایت به نامه ۱۰۰/۵۷۴ مورخ ۹۷/۰۵/۱۴ درخصوص ابلاغ دستورالعمل تشکیل، سطح بندی و شرح وظایف کمیته های اخلاق بالینی (کمیته های ملی، دانشگاهی، و بیمارستانی) توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و الزام رعایت مفاد آن در کلیه مراکز و جهت جلوگیری از ایجاد هرگونه تداخل، دستورالعمل اخلاق پزشکی تدوین شده بر اساس ابلاغ فوق می باشد.

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان بیمارستان
۴	مسئول فنی بیمارستان (مسئول ایمنی بیمار)
۵	معاون آموزشی
۶	مدیر پرستاری
۷	رئیس واحد بهبود کیفیت
۸	مسئول کمیته ها
۹	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۰	سوپروایزر اخلاق بالینی بیمارستان
۱۱	مسئول واحد مددکاری

ردیف	سمت
۱۲	یک نفر متخصص اخلاق پزشکی*
۱۳	یک نفر پزشک مجرب بیمارستان به پیشنهاد روسای بخشها
۱۴	یک نفر روحانی آشنا به مسائل اخلاق بالینی
۱۵	یک نفر متخصص پزشکی قانونی یا حقوقدان آشنا به حوزه حقوق پزشکی
۱۶	یک نفر غیر متخصص به عنوان نماینده جامعه*
۱۷	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته، تعیین میگردند.

* متخصص اخلاق پزشکی (در صورت عدم دسترسی به متخصص اخلاق پزشکی میتوان از افرادی که دوره های کوتاه مدت اخلاق بالینی مورد تایید کمیته ملی اخلاق بالینی را گذرانده باشند استفاده نمایند).

* عضو غیرمتخصص به عنوان نماینده جامعه (عضو باید بدون وابستگی سازمانی به وزارت بهداشت و ترجیحاً نماینده سازمانهای مردم نهاد مدافع حقوق بیماران باشد).

• در صورت صلاحدید اعضا، برای هر جلسه از صاحبان برجسته برخی سمتهای اجرایی یا تخصصهای بالینی، علوم پایه، روانشناسان، متولیان امور اعم از دولتی یا مردم نهاد، نمایندگان اقلیتهای دینی یا مهاجری و ... به عنوان مشاور جهت ارائه نظرات و بدون حق رأی دعوت به عمل خواهد آمد.

❖ شرح وظایف کمیته اخلاق بالینی

الف) برنامه ریزی و راهبری:

- تدوین و اجرای برنامه ارتقاء رعایت استانداردهای اخلاق بالینی در بیمارستان
- ممیزی اخلاقی ضوابط بیمارستان به لحاظ رعایت موازی اخلاق حرفه ای

- تدوین، ممیزی و بهبود خط مشیها، فرآیندها و دستورالعملهای اخلاقی و نظارت بر اجرای آن
- پیشنهاد راه حل هایی برای توزیع عادلانه منابع و ارائه پیشنهاد به سایر بخشهای مرتبط

ب) پایش و نظارت:

- بررسی گزارشهای مرتبط با سنجه های حقوق بیمار در اعتباربخشی بیمارستان و ارائه بازخورد مناسب
- بررسی گزارشهای مرتبط با وضعیت رعایت ضوابط اخلاق حرفه ای از سوی حرفه مندان در بیمارستان و ارائه بازخورد مناسب
- بررسی گزارشهای مرتبط با شکایات وارده مرتبط با اخلاق حرفه ای در بیمارستان و ارائه بازخورد مناسب
- پایش رعایت حقوق آزمودنیها در پژوهشهای جاری در بیمارستان
- پایش وضعیت مدیریت تعارض منافع در بیمارستان
- نظارت بر حسن اجرای منشور حقوق بیماران

ج) آموزش و پژوهش:

- آموزش اخلاق حرفه ای به فراگیران و کلیه شاغلین بیمارستان
- برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه آموزش اخلاق حرفه ای برای فراگیران و ارائه دهندگان خدمات سلامت در بیمارستان متناسب با نیازسنجیهای انجام شده
- آشنا کردن بیماران و همراهان آنها با حقوق و تکالیف خود در بیمارستان
- انجام و حمایت از پژوهشهای مرتبط با اخلاق حرفه ای و حقوق بیمار

د) ارائه خدمت:

- ارائه مشاوره اخلاقی به مدیریت و حرفه مندان بیمارستان در برخورد با چالشها و کشمکشهای اخلاقی
- ارائه مشاوره اخلاق بالینی به بیماران و همراهان آنها در تصمیم گیری
- ارائه مشاوره به حرفه مندان

• ارائه مشاوره در بررسی پرونده های تخلفات اخلاق حرفه ای ارجاعی از واحدهای مختلف بیمارستان

❖ نحوه انتصاب اعضای کمیته اخلاق بیمارستانی :

- رئیس بیمارستان رییس کمیته اخلاق بیمارستانی است.
- احکام اعضای کمیته اخلاق بیمارستانی توسط رئیس کمیته صادر می شود.
- مدت عضویت اعضای انتخابی در کمیته های اخلاق بیمارستانی چهار سال و انتخاب مجدد آنان بلامانع است.
- رئیس بیمارستان موظف است حداکثر ظرف دو ماه پس از لغو عضویت یا استعفا ی عضو، جایگزین وی را با لحاظ مفاد این دستورالعمل و تایید کمیته دانشگاهی اخلاق بالینی منصوب نماید.

❖ شرایط عضویت اعضای کمیته اخلاق بیمارستانی :

- دوره عضویت اعضای کمیته های سازمانی، چهار سال و انتخاب مجدد آنان بلامانع است.
- در صورت عدم رعایت مقررات کمیته اخلاق توسط هر یک از اعضا، پیشنهاد برکناری عضو مربوطه
- توسط رئیس کمیته بیمارستانی و بعد از رأی موافق اکثریت اعضا باقی مانده باید با ذکر دلایل به کمیته دانشگاهی اخلاق بالینی پیشنهاد شود.
- عضو باید واجد مدارک و مدارج علمی و شغلی مقرر در این دستورالعمل باشد.
- عضو باید حتی المقدور در حوزه اخلاق حرفه ای شناخته شده باشد و تمایل و علاقه کافی به مشارکت در مباحث مرتبط با اخلاق پزشکی داشته باشد.
- عضو باید حتی المقدور دوره های مرتبط با اخلاق بالینی را که مقام صلاحیتدار برگزار یا تایید کرده، گذرانده و مهارتهای لازم به منظور تجزیه و تحلیل امور و برقراری ارتباط با دیگران برای کار دسته جمعی در گروه را دارا باشد.
- عضو باید موافقت خود را با انتشار نام و نام خانوادگی و شغل اصلی خود در صورت جلسات، مصوبات، گزارشها و اعلام کند

❖ دبیرخانه کمیته اخلاق بیمارستانی:

به منظور حسن کارکرد، رئیس بیمارستان، یک نفر آشنا به اخلاق پزشکی را به عنوان دبیر کمیته منصوب میکند
تبصره: در صورتی که دبیر کمیته از اعضای کمیته اخلاق بیمارستانی انتخاب شده باشد، در جلسات کمیته حق رأی
خواهد داشت.

❖ تشکیل جلسات کمیته اخلاق بیمارستانی:

- اعضای کمیته اخلاق بیمارستانی باید شخصاً در جلسات حضور یابند.
- حضور رئیس یا دبیر کمیته بر ای رسمیت یافتن جلسه ضروری است.
- حد نصاب لازم برای تشکیل و رسمیت یافتن جلسات کمیته اخلاق بیمارستانی، نصف به علاوه یک کل اعضا است.
حدنصاب رای گیری دوسوم اعضای حاضر میباشد.
- در هر جلسه کمیته اخلاق بیمارستان، باید صورتجلسه توسط دبیرکمیته، تنظیم و به امضای حاضران در آن جلسه
رسانده شود.
- کمیته اخلاق بیمارستان باید تمامی مستندات و مدارک و صورتجلسات خود را حداقل به مدت ده سال نگهداری کند.
ارائه نظرات کتبی اعضای غایب نیز برای روشن سازی بحث و گفتگومجاز است، اما فقط آن اعضایی که در جلسه
کمیته شرکت نموده اند، حق رأی دارند. نظرات کتبی اعضای غایب در جلسه قرائت و به صورتجلسه ضمیمه میشود.
- بودجه کمیته اخلاق بیمارستانی از محل بودجه جاری بیمارستان تامین می میشود.
- کمیته اخلاق بیمارستانی باید حداکثر ظرف مدت چهار ماه پس از پایان سال گزارش سالانه خود را آماده و به کمیته
دانشگاهی اخلاق بالینی ارائه کند و رونوشت آن را به کمیته ملی ارسال نماید.
- کمیته های اخلاق باید در انجام فعالیتهای خود به رعایت اصول و هنجارهای اخلاقی به ویژه انصاف، بیطرفی،
محرمانگی، حریم خصوصی و اتونومی افراد پایبند باشند.

- کمیته های اخلاق دانشگاهی و بیمارستانی لازم است در ارزشیابی که توسط کمیته ملی اخلاق انجام میشود امتیاز لازم را کسب نمایند.

- تمام کمیته های اخلاق دانشگاهی و بیمارستانی لازم است نسبت به ثبت کمیته در دبیرخانه کمیته ملی اخلاق اقدام نموده و گواهی رسمی فعالیت دریافت نمایند.

- کمیته میتواند در راستای دستیابی به اهداف خود، با ذینفعان مختلف مستقیم یا غیرمستقیم، ارتباط لازم را برقرار کند.

*این دستورالعمل در ۲۸ ماده در مردادماه سال ۱۳۹۷ توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ گردید.

شاخص های مرتبط با کمیته:

میزان رعایت مفاد منشور حقوق بیماران

میزان اجرای صحیح دستورالعمل اخذ رضایت آگاهانه

کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

❖ شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

یک نفر کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان
۴	مسئول / کارشناس واحد آمار
۵	مسئول واحد درآمد
۶	مسئول بیمه واحد درآمد
۷	مدیر پرستاری
۸	رئیس واحد بهبود کیفیت
۹	مسئول کمیته ها
۱۰	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۱	معاون آموزشی / مدیرآموزش / نماینده آموزشی
۱۳	مسئول / کارشناس IT بیمارستان

ردیف	سمت
۱۴	کارشناس مدارک پزشکی
۱۵	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته ، تعیین میگردند.

❖ برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

کمیته ها هر ماه یکبار تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان و نوع کمیته میتواند دوماه یکبار و یا سه ماه یکبار تشکیل گردد).

❖ شرح وظایف کمیته :

- پیش مستمر روند استقرار استانداردهای مرتبط با محور مدیریت و فناوری اطلاعات اعتباربخشی
- نظارت بر نحوه مستندسازی پرونده های پزشکی (از لحاظ کمی و کیفی) و پیش مستمر نواقص و اشکالات مستندسازی پرونده ها
- صدور مجوز در خصوص طراحی / بازنگری فرمهای بیمارستانی (در سطح بیمارستان)
- پیگیری مشکلات مرتبط با پذیرش بیماران؛ سازماندهی، نگهداری و بازیابی پرونده ها؛ آمار بیمارستانی و کدینگ بیماری ها و اقدامات درمانی براساس طبقه بندی های بین المللی (از لحاظ منابع انسانی، فرایندهای کاری، تجهیزات، فضا و شرایط فیزیکی و تعامل با سایر واحدها و بخشهای بیمارستانی)
- پیگیری مشکلات و چالشهای مرتبط با سامانه اطلاعاتی بیمارستانی (HIS) از لحاظ شبکه، سخت افزار، نرم افزار و نیروی کار
- پیش مستمر کیفیت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی (HIS) در تعامل با تمامی واحدها و بخشهای بیمارستانی

- پیگیری روند استقرار پرونده الکترونیک و بهره گیری از قابلیت های مبتنی بر فناوری اطلاعات در بهبود وضعیت ذخیره سازی و بازیابی اطلاعات
 - مشخص نمودن ترتیب قرارگیری اوراق پرونده بیماران در زمان تشکیل پرونده، تحویل از بخش و ارسال به بایگانی
 - تایید فرم های بیمارستانی طراحی شده (علاوه بر ۱۸ برگ اصلی)
 - بررسی نواقص و اشکالات مطرح شده در گزارش های نظارتی واحدهای ستادی حوزه درمان دانشگاه
 - برنامه ریزی جهت آموزش و اجرای استانداردهای مدارک پزشکی در اعتباربخشی
 - پیگیری اجرای استانداردهای فناوری اطلاعات در اعتباربخشی
 - پیگیری تایید فرم های بیمارستانی طراحی شده و پایش نظام بایگانی مطابق ضوابط مدارک پزشکی
 - پیگیری پایش اجرای نظام پرونده نویسی صحیح و علمی و در دسترس بودن گزارشات منظم ماهیانه از عملکرد بیمارستان
 - پیگیری بررسی مشکلات و رفع نیازهای بخش/واحدها در خصوص سامانه اطلاعات بیمارستانی.
- شاخص های مرتبط با کمیته:

میزان انطباق پرونده های بالینی بیماران با استاندارد های پرونده نویسی

نکته قابل توجه:

جهت بررسی مسائل مرتبط با این کمیته به اداره آمار و مدارک پزشکی با شماره تماس ۶۶۷۰۷۳۷۷-داخلی ۱۱۲۷ معاونت درمان دانشگاه مراجعه شود.

کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته :

ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس

کمیته می باشند.

❖ شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته :

مسئول / کارشناس واحد بهداشت حرفه ای که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان
۴	معاون آموزشی
۵	مدیر پرستاری
۶	مسئول بهداشت حرفه ای
۷	مسئول واحد خدمات
۸	مسئول واحد تاسیسات
۹	کارشناس کنترل عفونت
۱۰	مسئول تجهیزات پزشکی
۱۱	مدیر منابع انسانی
۱۲	مسئول واحد بهبود کیفیت
۱۳	مسئول کمیته ها
۱۴	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۵	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاح دید رئیس کمیته ، تعیین میگردند.

❖ برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

کمیته ها هر ماه یکبار تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان و نوع کمیته میتواند دو ماه یکبار یا سه ماه یکبار تشکیل گردد).

❖ شرح وظایف کمیته :

- نظارت بر اجرای استانداردهای اعتباربخشی بهداشت حرفه ای .
- نظارت بر تدوین برنامه آموزشی کارکنان در زمینه ایمنی و بهداشت حرفه ای
- نظارت بر تصویب و اجرایی نمودن مداخلات مناسب جهت رفع مشکلات شناسایی شده
- نظارت بر اجرای مقررات حفاظت فنی و بهداشت کار در بیمارستان
- نظارت بر تصویب و اجرایی نمودن مداخلات مناسب جهت کاهش عوامل زیان آور محیط کار
- نظارت بر تصویب و اجرایی نمودن دستورالعمل های اجرایی حفاظتی در بیمارستان
- پیگیری مطرح نمودن کلیه عدم انطباق ها، مسائل و ایرادهای حفاظتی و بهداشتی در طی بازدید های مختلف از بخشها و ارائه پیشنهادات لازم جهت رفع آنها
- پیگیری انجام معاینات قبل از استخدام، معاینات ادواری به منظور پیگیری از ابتلا به بیماری و ارائه به مرکز بهداشت
- پیگیری ثبت و بررسی گزارش رویدادها، تجزیه و تحلیل و ارائه پیشنهادات جهت پیگیری از حوادث مشابه
- نظارت بر همکاری در پیاده سازی و اجرای سیستم های مدیریتی تمامی مواد شیمیایی و ترکیبات مورد استفاده در بیمارستان و، MSDS نظارت بر تهیه و ترجمه، تصویب آن در کمیته سپس آموزش و ابلاغ به کارکنان بیمارستان
- نظارت بر همکاری با کارشناسان بهداشت حرفه ای و بازرسان کار جهت اجرای مقررات حفاظتی و بهداشت کار



- نظارت بر رعایت و اجرای مفاد دستورالعمل اجرایی آیین نامه کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار در مراکز بهداشتی و درمانی
شاخص های مرتبط با کمیته:
ضریب تکرار حوادث

نکته قابل توجه:

جهت بررسی مسائل مرتبط با این کمیته به معاونت بهداشتی دانشگاه مراجعه شود.

کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

شرایط دبیر کمیته: دبیر علمی پزشک متخصص زنان و زایمان و یا نوزادان - دبیر اجرایی ماما مسئول بلوک زایمان

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	اعضای کمیته
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان بیمارستان
۴	معاون آموزشی
۵	مدیر پرستاری
۶	مسئول فنی بیمارستان
۷	رئیس بخش زایمان (متخصص زنان)
۸	رئیس بخش نوزادان (متخصص اطفال)
۹	رئیس گروه متخصصین بیهوشی
۱۰	یک نفر از متخصصین زنان (ترجیحا دارای آمار زایمان طبیعی در حد مطلوب)
۱۱	رئیس واحد بهبود کیفیت
۱۲	مسئول کمیته ها
۱۳	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۴	سوپروایزر آموزشی
۱۵	ماما مسئول بلوک زایمان
۱۶	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته ، تعیین میگردند.

نکته : حضور سرپرستاران و مامامسئولین سایر بخشها از جمله سرپرستار بخش اورژانس بر اساس موضوع کمیته اجباری می باشد.

❖ برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

کمیته ها هر ماه یکبار تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان و نوع کمیته میتواند دو ماه یکبار و یا سه ماه یکبار تشکیل گردد).

❖ شرح وظایف کمیته :

ماما مسئول بلوک زایمان به عنوان دبیر کمیته بیمارستانی ترویج زایمان طبیعی موظف است گزارش عملکرد بیمارستان در خصوص برنامه ترویج زایمان طبیعی را در جلسات کمیته ترویج زایمان طبیعی بیمارستان ارائه نماید.

بررسی شاخص های سلامت مادر و نوزاد ، بررسی علل سزارین های انجام شده با مرور پرونده های مربوطه، طراحی مداخلات جهت توقف انجام سزارین های انتخابی و بدون اندیکاسیون، راستی آزمائی ثبت در سامانه ایمن و بررسی عملکرد مرکز در خصوص محورهای برنامه، سنجش رضایت مندی مادران باردار و نظارت بر حسن اجرای فرایند زایمان طبیعی از جمله وظایف این کمیته می باشد.

از دیگر وظایف کمیته بیمارستانی ارائه بازخورد عملکرد کارکنان اعم از متخصصین و ماماها می باشد. پیشنهاد می شود بازخورد کتبی عملکرد متخصصین زنان و زایمان در سه ماه اول به طور محرمانه و از آن پس با نصب در بورد بخش زایمان ارائه گردد.

ضروری است تا صورت جلسات کمیته بیمارستانی و اقدامات انجام شده هر سه ماه یکبار به معاونت درمان دانشگاه ارسال گردد.



نکته قابل توجه :

جهت بررسی مسائل مرتبط با این کمیته به اداره مامایی معاونت درمان با شماره تماس ۶۶۷۱۷۳۱۵ داخلی ۱۰۷۳ دانشگاه مراجعه شود.

شاخص های مرتبط با کمیته:

میزان نسبت سزارین به زایمان طبیعی

میزان مرگ و میر مادران

میزان شیوع پیامد شدید مادری

میزان ترومای ایجاد شده به نوزاد حین تولد

میزان ترومای زایمان طبیعی

میزان انطباق عملکرد با استاندارد های دوستدار مادر

کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

شرایط دبیر کمیته: کارشناس مسئول برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر.

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان بیمارستان
۴	مدیر درمان
۵	مدیر پرستاری
۶	رئیس بخش اطفال، نوزادان / یک نفر متخصص کودکان به نمایندگی از ایشان
۷	رئیس بخش زنان و زایمان یا یک نفر پزشک متخصص زنان و زایمان به نمایندگی از ایشان
۸	یک نفر فوق تخصص نوزادان (در صورت وجود) به انتخاب رئیس بیمارستان
۹	کارشناس مسئول ترویج تغذیه با شیر مادر.
۱۰	سوپروایزر آموزشی
۱۱	مسئول مددکاری اجتماعی بیمارستان
۱۲	سرپرستار بخش زنان
۱۳	رئیس واحد بهبود کیفیت
۱۴	مسئول کمیته ها
۱۵	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۶	یک نفر پرستار به انتخاب مترون بیمارستان
۱۷	یک نفر ماما به انتخاب مترون بیمارستان

ردیف	سمت
۱۸	کارشناس تغذیه
۱۹	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته ، تعیین میگردند.

نکته: حضور سرپرستاران و مامامسئولین سایر بخشها از جمله سرپرستار بخش اورژانس بر اساس موضوع کمیته الزامی است.

❖ برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

کمیته حداقل هر ۳ ماه یکبار تشکیل شوند .

❖ شرح وظایف کمیته:

- نظارت مستمر و منظم بر عملکرد کارکنان در زمینه رعایت دستورالعمل های مراقبتهای مادر و کودک و آموزش مادران و اجرای اقدامات دهگانه توسط یکی از اعضا کمیته در تمام شیفت ها : در اتاق زایمان، بخش پس از زایمان، بخش مراقبت ویژه، کلینیک های مراقبت های دوران بارداری و مشاوره شیردهی ، داروخانه...
- اجرا و نظارت بر پایش های دوره ای بیمارستان ، پیگیری دریافت نتایج و برنامه ریزی برای مداخلات لازم با زمانبندی مشخص، حفظ مستندات در زونکن مخصوص برنامه شیر مادر و همکاری با معاونت بهداشتی و درمان دانشگاه در انجام ارزیابی مجدد بیمارستان
- برنامه ریزی آموزش استاندارد کارکنان مرتبط با مراقبت های مادر و کودک بصورت شرکت در کارگاههای ۲۰ ساعته با صدور گواهی
- برنامه ریزی برای تشکیل دوره های بازآموزی برای کارکنان و نیز توجیه کارکنان جدیدالورود
- برنامه ریزی برای شرکت کارکنان در دوره های بازآموزی و سمینارهای برگزار شده از سوی کمیته
- دانشگاهی و کشوری . کمیته ایمنی مادر و نوزاد ، ترویج زایمان طبیعی (فیزیولوژیک) و تغذیه با شیرمادر

➤ پیگیری فراهم نمودن تسهیلات لازم برای اقامت مادرانی که شیرخوارانشان در بخش بستری هستند

➤ نظارت بر ترخیص همزمان مادران و شیرخواران

➤ نظارت بر اجرای KMC

➤ نظارت بر اجرای قانون شیرمادر و کد بین المللی بازاریابی جانشین شونده های شیرمادر در زمینه حمایت از

کارکنان شاغل شیرده و منع تبلیغات شیرمصنوعی و شیشه و گول زنک

➤ نظارت بر تهیه نشریات آموزشی برای مادران و نظارت بر توزیع آنها

نکته: دستورالعمل فوق بر اساس راهنمای ارزیابی مجدد بیمارستان های دوستدار کودک تنظیم شده است.

*جهت بررسی مسائل مرتبط با این کمیته به اداره مامایی معاونت درمان دانشگاه مراجعه شود.

شاخص های مرتبط با کمیته:

میانگین زمان شیر دهی نوزاد بلافاصله بعد از تولد یا زایمان

میزان انطباق عملکرد بیمارستان با استاندارد های دوستدار کودک (۱۰ اقدام دوستدار کودک)

کمیته بهداشت محیط

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته :

ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

مسئول/کارشناس بهداشت محیط

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان
۴	معاون آموزشی
۵	مدیر پرستاری
۶	مسئول/کارشناس بهداشت محیط
۷	مسئول/کارشناس بهداشت حرفه ای
۸	سوپروایزر کنترل عفونت
۱۰	سرپرستار اتاق عمل
۱۱	مسئول CSR
۱۲	مسئول خدمات
۱۳	مسئول تاسیسات
۱۴	مسئول فنی داروخانه (در صورت مدیریت توسط بیمارستان یا دانشگاه) / ناظر دارویی
۱۵	رئیس واحد بهبود کیفیت
۱۶	مسئول کمیته ها

ردیف	سمت
۱۷	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۸	رئیس بخش آزمایشگاه
۱۹	مسئول تجهیزات پزشکی
۲۰	کارشناس تغذیه
۲۱	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاح دید رئیس کمیته ، تعیین میگردند.

❖ برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

کمیته ها هر ماه یکبار تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان و نوع کمیته میتواند دوماه یکبار و یا سه ماه یکبار تشکیل گردد).

❖ شرح وظایف کمیته

- نظارت مستمر بر حسن اجرای موازین بهداشتی بر اساس دستورالعمل های سازمان های بالادستی (وزارت بهداشت ، دانشگاه متبوع، سازمان محیط زیست و...) در کل قسمت های آشپزخانه، CSR ، بیمارستان شامل بر بخش های بستری ، بخش های پاراکلینیک ، اتاق عمل
- نظارت بر حسن اجرای موازین بهداشتی توسط پیمانکاران مستقر در بیمارستان مشتمل بر پیمانکاران طبخ و توزیع غذا ، تاسیسات و آزمایشگاه ، لندری ، بوفه و....
- نظارت بر اجرای قانون مدیریت پسماند و مدیریت پساب بیمارستان.
- نظارت بر رعایت اصول فنی و بهداشتی شبکه جمع آوری فاضلاب بیمارستان.
- نظارت بر نوع ، نحوه ، مقدار و غلظت صحیح استفاده از مواد مجاز ضد عفونی کننده ، گندزدا ، شوینده.
- پیگیری آموزش های لازم در زمینه مسائل بهداشتی مرتبط.

▪ نظارت بر بهداشت لنثری

▪ اعلام نتایج ارزیابی بهداشت آشپزخانه و مواد غذایی براساس ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت در این کمیته.

▪ ارزیابی تهویه بخشها و واحدها توسط واحد بهداشت محیط و گزارش به کمیته بهداشت .

▪ نظارت بر اجرای استانداردهای بهداشت محیط در بیمارستان-نظارت بر اجرای برنامه تفکیک، جمع آوری و دفع

بهداشتی زباله های عفونی بیمارستانی

▪ تهیه و تصویب برنامه دفع بهداشتی زباله های بیمارستانی و هماهنگی با سایر سازمان ها مانند شهرداری منطقه

*نکته قابل توجه :جهت بررسی مسائل مرتبط با این کمیته به معاونت بهداشتی دانشگاه مراجعه شود.

شاخص های مرتبط با کمیته:

درصد پسماندهای عفونی بیمارستان

میزان رعایت تفکیک پسماندها در بخش ها و واحدها

کمیته کنترل عفونت

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته :

ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

❖ شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته :

پزشک کنترل عفونت، دبیر علمی و سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت دبیر اجرایی کمیته کنترل عفونت هستند.

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	اعضای کمیته
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان
۴	معاون آموزشی
۵	مسئول بهداشت محیط بیمارستان
۶	مدیر پرستاری
۷	رئیس واحد بهبود کیفیت
۸	مسئول کمیته ها
۹	پزشک کنترل عفونت
۱۰	سوپروایزر کنترل عفونت
۱۱	مسئول واحد بهداشت حرفه ای
۱۲	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۳	رئیس بخش آزمایشگاه
۱۴	یک نفر متخصص از هر یک از گروه های تخصصی بیماریهای داخلی، جراحی، کودکان، بیهوشی
۱۵	اپیدمیولوژیست*
۱۶	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته ، تعیین میگردند.

*اپیدمیولوژیست (PHD) یا کارشناس ارشد اپیدمیولوژی یا پزشک دارای مدرک (MPH)

- در صورت لزوم و بر حسب مورد، مسئولین واحدهای دیگر شامل کارشناس امور دارویی، مسئول واحد سی اس آر، مسئول خدمات، امور اداری و مالی بیمارستان و سایر قسمت ها.
- اگر بیمارستان متخصص عفونی نداشته باشد پزشک کنترل عفونت یکی از متخصصین داخلی خواهد بود.

❖ برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

کمیته ها هر ماه یکبار تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان و نوع کمیته میتواند دوماه یکبار و یا سه ماه یکبار تشکیل گردد).

*نکته: لازم بذکر است در موارد اورژانس همچون طغیان عفونت های بیمارستانی یا بروز بیماریهای واگیردار، خارج از زمان تعیین شده کمیته تشکیل و به پرونده مربوطه رسیدگی می شود.

❖ شرح وظایف کمیته :

- نیازسنجی، اولویت بندی، سیاست گذاری، بررسی و تصویب برنامه سالیانه برای فعالیت ها، مراقبت، کنترل و پیشگیری عفونت های بیمارستانی که توسط تیم کنترل عفونت ارائه می شود و اطمینان از تخصیص منابع و در دسترس بودن تدارکات مورد نیاز برای اجرای برنامه سالیانه.
- ارسال ماهیانه صورت جلسه کمیته کنترل عفونت بیمارستانی به معاونت درمان دانشگاه
- بررسی دوره ای شش ماهه و یکساله وضعیت عفونت بیمارستانی و تاثیر مداخلات انجام شده در جلوگیری از آنها
- ارزیابی و برنامه ریزی برای کنترل رخدادهای عفونت بیمارستانی
- تدوین برنامه های آموزشی برای همه کارکنان به منظور پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی
- تدوین برنامه های مداخله ای بر اساس نتایج چک لیست های ارزیابی تکمیل شده توسط تیم کنترل عفونت
- مرور و تصویب پروتکل های اجرایی پیشنهاد شده توسط تیم کنترل عفونت
- نظارت بر اجرای مصوبات کمیته کشوری، دانشگاهی، شهرستانی و بیمارستانی کنترل عفونت و یافتن اشکالات و ارائه راهکارهای مناسب پیشگیری

- ارزیابی فعالیت های واحدها و بخش های بیمارستان در زمینه اقدامات پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی بر اساس چک لیست های نظارت و ارزشیابی یکسان مصوب کمیته کشوری
 - تدوین برنامه استفاده از مواد مناسب برای گندزدایی و استریلیزاسیون وسایل، تجهیزات
 - تدوین برنامه پیشگیری و درمان با آنتی بیوتیک ها بر اساس الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی بیمارستان و رصد مقاومت های میکروبی و پایش استفاده منطقی از آنتی بیوتیک ها
 - تعیین سیاست ملاقات ها بویژه در شرایط ایزوله
 - مدیریت ایمنی (ایمنی زیستی، ایمنی غذا، ایمنی بیمار)
 - نظارت بر بهداشت غذا، لثری و سی اس آر
 - نظارت بر اجرای برنامه سلامت تزریق
 - همکاری و هماهنگی با سایر کمیته های بیمارستانی در زمینه اهداف مشترک مرتبط با پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی
 - مشارکت پژوهشی با واحدها و بخش های بیمارستان در رابطه با پیشگیری و کنترل عفونت و نیز در زمان بروز اپیدمی
 - رصد نحوه اجرای برنامه های پیشگیری از عفونت و مواجهه شغلی در کارکنان بیمارستان
 - ارزیابی خطرات احتمالی تکنولوژی های جدید، قبل از بکارگیری آن ها در سیستم
 - نظارت و پیگیری نحوه مراقبتهای پزشکی و پرستاری از بیماران عفونی
 - بررسی علل بستری مجدد بیماران به علت عفونت بعد از عمل و پایش آن به تفکیک علت مراجعه و پزشک
- *نکته: شرح وظایف براساس راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت بیمارستانی تدوین شده است.

* نکته قابل توجه: جهت بررسی مسائل مرتبط با این کمیته به کارشناس مسئول کنترل عفونت معاونت درمان با شماره تماس ۶۶۷۱۷۳۱۵-داخلی ۱۰۳۴ دانشگاه مراجعه شود.

شاخص های مرتبط با کمیته:

میزان بروز عفونتهای بیمارستانی

میزان رعایت بهداشت دست توسط کارکنان

میزان مواجهه شغلی

میزان رعایت استفاده مناسب از وسایل حفاظت فردی در کارکنان درمانی

زیر کمیته مصرف منطقی آنتی بیوتیک

❖ مقدمه:

با توجه به اهمیت مقاومت میکروبی و لزوم کنترل و کاهش روند آن، تشکیل ساب کمیته مصرف منطقی آنتی بیوتیک که زیر مجموعه ای از کمیته دارو و درمان باشد و تنها به بحث مقاومت میکروبی پردازد، ضروری است.

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان
۴	معاون آموزشی
۵	نماینده گروه داروسازی بالینی
۶	دبیر علمی کمیته دارو و درمان
۷	دبیر علمی کمیته کنترل عفونت

ردیف	سمت
۸	دبیر علمی کمیته بهبود کیفیت
۹	نماینده گروه بیماریهای داخلی
۱۰	مدیر پرستاری
۱۱	رئیس واحد بهبود کیفیت
۱۲	مسئول کمیته ها
۱۳	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۴	نماینده آزمایشگاه میکروبیولوژی
۱۵	نماینده گروه بیماریهای داخلی
۱۶	نماینده گروه مراقبتهای ویژه
۱۷	دو نماینده از گروه بیماریهای عفونی
۱۸	نماینده گروه جراحی
۱۹	نماینده گروه طب اورژانس
۲۰	اپیدمیولوژیست
۲۱	مسئول انفورماتیک
۲۲	کارشناس مسئول کنترل عفونت بیمارستان
	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاح دید رئیس کمیته ، تعیین میگردند.

❖ اهداف و شرح وظایف زیر کمیته مصرف منطقی آنتی بیوتیک:

- اطمینان یافتن از دسترسی مراکز مراقبت های پزشکی به آنتی بیوتیک های بی خطر، موثر و مقرون به صرفه
- اطمینان یافتن از تجویز آنتی بیوتیک فقط در صورت وجود اندیکاسیون بالینی، با دوز و طول دوره درمان مناسب

- اطمینان یافتن از مصرف صحیح آنتی بیوتیک توسط بیمار
- آگاهی دادن و توصیه به کمیته دارو و درمان و کادر پزشکی در مورد تمام جنبه های مصرف آنتی بیوتیک در بیمارستان و مراکز مراقبتی
- تهیه و تدوین برنامه عملیاتی و خط مشی استفاده از آنتی بیوتیک ها و تصویب و موافقت توسط کمیته دارو و درمان و کادر پزشکی (خط مشی ها باید بطور اختصاصی شامل بخش هایی در مورد روش های محدود کردن و استفاده منحصر به فرد از آنتی بیوتیک ها در بیمارستان و کلینیک باشد).
- کمک و همکاری در ارزیابی و انتخاب آنتی بیوتیک ها جهت فرمولاری بیمارستان
- کمک و همکاری در ارزیابی و انتخاب آنتی بیوتیک ها جهت تدوین دستورالعمل های درمانی
- مشارکت در برنامه های کنترل و بهبود کیفیت برای اطمینان یافتن از تجویز و مصرف موثر این داروها
- مشارکت در برنامه های آموزشی کادر پزشکی
- تعیین و پایش الگوی حساسیت و مقاومت میکروبی در بیمارستان ها و کلینیک ها و همکاری با کمیته کنترل عفونت (گزارش این فعالیت ها بصورت ماهیانه تهیه و در اختیار گروه های مختلف بالینی ذیربط و اساتید قرار می گیرد).

❖ برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

این کمیته باید هر ماه یکبار تشکیل شود.

کمیته مرگ و میر، عوارض و آسیب شناسی و نسوج

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

❖ شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به عنوان دبیر اجرایی و متخصص پزشکی قانونی/ جراح عمومی به عنوان دبیر علمی در صورت وجود

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	اعضای کمیته
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان
۴	مسئول فنی بیمارستان/مسئول ایمنی
۵	معاون آموزشی
۶	مدیر پرستاری
۷	رئیس بخش پاتولوژی
۸	متخصص پزشکی قانونی
۹	مدیر اطلاعات سلامت و فناوری
۱۰	متخصص جراح عمومی
۱۱	متخصص داخلی
۱۲	رئیس واحد بهبود کیفیت
۱۳	مسئول کمیته ها
۱۴	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

ردیف	اعضای کمیته
۱۵	کارشناس مسئول کنترل عفونت بیمارستان
۱۶	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته، تعیین میگردند.

***نکته ۱:** جهت تهیه صورتجلسه های این کمیته مطابق نامه ابلاغی معاونت درمان به شماره ۷۰۸۰۰ /ص / ۹۶ مورخ ۹۶/۱۲/۲۸ در خصوص یکسان سازی فرم صورتجلسه کمیته مرگ و میر/ وقایع ناخواسته اقدام گردد.

***نکته ۲:** حضور پزشکان درگیر در فرآیند درمان متوفی/بیمار در کمیته الزامیست.

-حضور روسای بخشهای مرتبط با مرگ/عوارض در کمیته الزامیست.

-حضور سرپرستار/مامامسئول مرتبط با مرگ/عوارض در کمیته الزامیست.

***نکته ۳:** اقدامات لازم برای پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی توسط مسئول فنی بیمارستان امکان پذیر است ولی لازم است راهکارهایی از جانب معاونت درمان دانشگاه صورت پذیرد.

❖ برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

کمیته ها هر ماه یکبار تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان و نوع کمیته میتواند دو ماه یکبار و یا سه ماه یکبار تشکیل گردد).

لازم بذکر است در موارد اورژانس خارج از زمان تعیین شده کمیته تشکیل و به پرونده مربوطه رسیدگی می گردد.

***نکته ۴:** کمیته مرگ و میر بیمارستانی و تمامی زیرکمیته های تخصصی آن در موارد مرگ و میر غیرمنتظره حداکثر طی ۲۴ ساعت تشکیل جلسه داده و با همکاری صاحبان فرآیند، سوابق بالینی پرونده بیمار را بصورت ریشه ای بررسی و مستند نموده و اقدامات اصلاحی را طراحی می نماید سپس مسئول فنی بر اساس قوانین و مقررات مشکلات را پیگیری می کند.

❖ شرح وظایف کمیته:

- بررسی منظم همه موارد مرگ و میر در مورد مرگهای غیر منتظره/ وقایع ناخواسته.
- بررسی مرگهای ماهانه مطابق دستورالعمل معاونت درمان وزارت بهداشت با موضوع ابلاغ شیوه نامه نظارتی در خصوص وقوع وقایع ناخواسته درمانی با شماره نامه ۲۹۶۷۴ / د ۴۰۰ مورخ ۹۶/۱۲/۰۶ در مورد مرگ و میر پریناتال و... باید مطابق دستورالعملهای اختصاصی موجود اقدام شود.
- پیگیری تحلیل ریشه ای و بررسی پرونده بالینی بیماران پس از وقوع مرگ و میر حداکثر تا ۷۲ ساعت و گزارش به دانشگاه.
- انجام تحلیل ریشه ای با مشارکت متخصص پزشکی قانونی، مسئول فنی، هماهنگ کننده ایمنی بیمار و سایر اعضای مرتبط.
- اخذ تصمیمات اصلاحی و نظارت مسئول فنی بر اجرای اقدامات اصلاحی و پیگیری اقدامات قانونی .
- تشکیل کمیته مرگ و میر و تمامی زیرکمیته های تخصصی حداکثر طی ۲۴ ساعت در موارد مرگ و میر غیر منتظره.
- پیگیری اتخاذ تدابیر به منظور کاهش عوارض و مرگ و میر در بیمارستان.
- بررسی و پیگیری بررسی علل مرگ و میر در بیمارستان.
- پیگیری برگزاری دوره های آموزشی و کنفرانسهای مرتبط.
- پیگیری گزارش نمونه های بیوپسی، اتوپسی و نکروپسی .
- پیگیری ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی.

*نکته: انجام اتوپسی و نکروپسی مطابق قوانین ایران تنها به دستور دادستان یا قاضی صورت می پذیرد.

*نکته قابل توجه ۱:

جهت بررسی مسائل مرتبط با این کمیته به اداره ارتقای کیفیت و حمایت از حقوق بیمار (واحد ایمنی بیمار) و اداره مامایی و اداره پرستاری و معاونت درمان دانشگاه مراجعه شود.

نکته قابل توجه ۲:

زیر کمیته های این کمیته عبارتند از:

کمیته مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه - کمیته مرگ و میر مادران - کمیته مرگ و میر پریناتال و - کمیته احیاء نوزادان مطابق با بسته خدمتی احیاء نوزاد

لذا علاوه بر موارد کلی که در مطالب مربوط به کمیته مرگ و میر، عوارض و آسیب شناسی و نسوج آمده است، در ذیل به نقاط کلیدی و اختصاصی هر کدام از زیر کمیته های مذکور اشاره میگردد:

زیر کمیته مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

ریاست کمیته را ریاست بیمارستان عهده دار خواهد بود.

❖ شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

(دبیر علمی: متخصص کودکان/داخلی/متخصص آگاه از مسائل کودکان - دبیر اجرایی: سرپرستار بخش کودکان)

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان

ردیف	سمت
۳	مسئول فنی/مسئول ایمنی بیمارستان
۴	معاون درمان
۵	معاون آموزشی
۶	مدیر پرستاری
۷	سوپروایزر آموزشی
۸	سرپرستار بخش کودکان
۹	رئیس بخش کودکان
۱۰	کارشناس مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه بیمارستان
۱۱	متخصص پزشکی قانونی
۱۲	رئیس واحد بهبود کیفیت
۱۳	مسئول کمیته ها
۱۴	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۵	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته ، تعیین میگردند.

❖ برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

جلسات کمیته باید بطور مرتب و هر ۱ ماه یک بار تشکیل گردد.

تبصره ۱- در صورت وقوع مرگ، کمیته مرگ بیمارستانی بطور ماهیانه و در صورت عدم وقوع مرگ هر سه ماه یکبار برگزار گردد.

تبصره ۲- تشکیل جلسه خارج از زمان مقرر و بر حسب نیاز، دعوت از سایر متخصصین و کارشناسان برای شرکت در جلسات و انجام امور محوله با نظر رئیس کمیته و تصویب ایشان بدون مانع می باشد.

❖ شرح وظایف کمیته:

- برگزاری جلسات کمیته به صورت فعال و پویا همراه با تدوین مصوبات و مداخلات موثر در راستای کاهش موارد مرگ و میر این گروه سنی
 - بحث و بررسی لیست پیشنهادی مداخلات استخراج شده از بررسی پرونده کودک متوفی و اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه ها
 - مصوب کردن مداخلات بر اساس اطلاعات بدست آمده
 - تعیین بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله
 - ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده.
 - تعیین مسئولین پیگیری و نظارت بر نحوه اجرای مداخلات تصویب شده در کمیته
 - ارائه پیشنهاد مداخلات تصویب شده در کمیته به سایر سطوح خارج بیمارستان (معاونت درمان و کمیته شهرستانی کاهش مرگ و میر برای اجرای مداخلات تصویب شده در سطح شهرستان)
 - نظارت بر پیگیری مصوبات توسط واحد بهبود کیفیت
- تبصره ۱ - دبیر کمیته، مداخلات استخراج شده از پرونده بیمارستانی و پرسشنامه ها را در گروه کاری بیمارستان که با مسوولیت مترون بیمارستان تشکیل می شود بررسی کرده و لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان را برای دستور جلسه در کمیته آماده می کند .
- تبصره ۲ - در صورتیکه در سه ماه گذشته مرگ کودکی اتفاق نیفتاده است یا مداخلاتی از مرگ های اتفاق افتاده، استخراج نمی شود لیست پیشنهادی مداخلات باید براساس اطلاعات پایش و ارزیابی بخش کودکان و اورژانس بیمارستان استخراج شود.
- *نکته:** دستورالعمل فوق بر اساس خلاصه راهنما و دستورالعمل نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه دردانشگاه های علوم پزشکی تنظیم شده است.

زیر کمیته مرگ و میر مادر (مورتالیتی-موربیدیتی)

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

ریاست کمیته را ریاست بیمارستان عهده دار خواهد بود.

توالی تشکیل کمیته :

حداقل هر ماه یکبار تشکیل جلسه و مستندات طبق فرمت مخصوص نگهداری شود.

❖ شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

(دبیر علمی: متخصص زنان با ابلاغ مسئول مادران پرخطر - دبیر اجرایی: ماما مسئول بلوک زایمان)

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان بیمارستان
۴	مدیر درمان
۵	معاون آموزشی
۶	رئیس بخش زنان، زایمان و نازایی
۷	رئیس اتاق زایمان
۸	هیئت علمی بخش زنان
۹	هیئت علمی پزشکی قانونی
۱۰	هیئت علمی بیهوشی
۱۱	رئیس اتاق عمل
۱۲	هیئت علمی ICU جنرال
۱۳	هیئت علمی بخش گوارش
۱۴	هیئت علمی بخش نورولوژی

ردیف	سمت
۱۵	هیئت علمی بخش خون و انکولوژی
۱۶	هیئت علمی بخش قلب
۱۷	هیئت علمی بخش جراحی عمومی
۱۸	هیئت علمی بخش روماتولوژی
۱۹	هیئت علمی بخش نفرولوژی
۲۰	رئیس بخش NICU و نوزادان
۲۱	مدیر پرستاری
۲۲	مسئول واحد نظارت بردرمان
۲۳	مسئول کمیته ها
۲۴	سوپروایزر گروه زنان
۲۵	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۲۶	ماما مسئول بلوک زایمان
۲۷	سرپرستار بخش زنان و زایمان
۲۸	مامای اتاق زایمان
۲۹	مامای اورژانس زنان

شرح وظایف کمیته :

مقدمه

کاهش مرگ و میر مادری یکی از مهمترین اهداف توسعه هزاره است. بر اساس این اهداف میزان مرگ و میر مادر می بایست تا سال ۲۰۳۰ به میزان دو سوم آن در سال ۲۰۱۰ کاهش داده شود، بنابراین انتظار می رود شاخص مرگ مادر در کشور ما به زیر ۱۰ در یکصد هزار تولد زنده برسد.

همچنین بر اساس شواهد علمی، بررسی موربیدیتی های شدید دوران بارداری و زایمان با " رویکرد مادران نزدیک به مرگ " یکی از رویکردهای بهبود شاخص مرگ و میر مادری در کشورهاست و جمع آوری اطلاعات در این زمینه به

عنوان روشی اثربخش در ارزیابی، نظارت و نهایتاً بهبود کیفیت ارائه خدمات درمانی در حیطه سلامت مادران و زایمان ایمن کاربرد خواهد داشت. بطوریکه " رویکرد مادران نزدیک به مرگ " مکملی برای نظام مراقبت مرگ مادر است که مزایای زیادی را برای نظامهای سلامت ایجاد می کند که از آن جمله میتوان به موارد زیر اشاره نمود:

- امکان ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی
- امکان مقایسه اطلاعات در سطوح و زمانهای مختلف و حتی کشورهای مختلف
- ثبت تمام شرایط تهدید کننده حیات در هر دو مورد مرگ مادران و " مادران نزدیک به مرگ "
- تعیین شیوع و الگوی موارد مرگ و نزدیک به مرگ در منطقه، ضعفها و قوتها در سیستم ارجاع و استفاده از مداخلات کلینیکی ضروری
- تأکید بر لزوم استفاده از گایدلاینها و ضرورت تدوین پروتکل مخصوص هر بیمارستان
- لیکن کمیته مورتالیتی و موربیدیتی ضمن طرح کلیه موارد مرگ مادر، موارد مادران نزدیک به مرگ را شناسایی را نیز در این کمیته به بحث و تبادل نظر گذاشته و با هدف بهبود مراقبت ها مورد تجزیه و تحلیل قرار می دهند.
- کمیته مورتالیتی و موربیدیتی بیمارستان بر اساس دستورالعملهای کشوری با ترکیب مشخص و با اهداف زیر تشکیل میشود:

- بررسی منظم همه موارد مرگ و میر مادر
- بررسی علل مرگ و میر در بیمارستان
- بررسی علل عوارض بوجود آمده
- تهیه گزارشات کارشناسی برای ارسال محرمانه به دانشگاه و مراجع قانونی
- برخورد با مواردیکه قصور یا تقصیر افتاده است در حدود اختیارات بیمارستان
- اتخاذ رویکردهای مناسب به منظور کاهش عوارض مرگ و میر در بیمارستان

○ اتخاذ رویکرد مناسب جهت پیشگیری از عوارض قابل پیشگیری

○ بررسی علل ریشه ای موارد خطا و جلوگیری از وقوع آن

○ بررسی شاخصهای مورتالیتی و موربیدیتی و ارائه راهکارهای علمی و عملی و اقدامات اصلاحی جهت بهبود

نکته مهم ۱:

جهت بررسی موارد مادران نزدیک به مرگ شناسایی موارد طی مراحل زیر قبل از تشکیل کمیته در بیمارستان صورت میگیرد:

❖ فرایند با وقوع موربیدیتی شدید و حضور بیمار در بیمارستان آغاز می شود و با ثبت و ارسال گزارشات خاتمه می یابد.

الف: شناسایی مورد مبتلا به عوارض بارداری زایمان: که در این مرحله کارشناس مادران پرخطر بیمارستان از وجود مورد مبتلا به عوارض شدید بارداری و زایمان اطلاع می یابد و کلیه واحدهایی که به نوعی با مادران مبتلا به عوارض شدید بارداری و زایمان درگیر هستند و به نام واحدهای دیده بان نامیده می شوند موارد را به مامای مسئول بارداریهای پرخطر بیمارستان اطلاع دهند.

ب: تشکیل تیم فوریت های مامایی و فراخوان تیم مذکور توسط مسئول بخش یا حوزه ای که مادر NEAR MISS در آنجا DETECT می شود.

ج: ثبت گزارش فوری بر روی سامانه ترجیحاً در ۲۴ ساعت اول تشخیص عارضه و حداکثر ظرف ۷۲ ساعت

د: ثبت اطلاعات در فرم کاغذی مادران نزدیک به مرگ پس از تعیین فرجام مادری (ترخیص، ارجاع بیمار به بیمارستانهای نزدیک و یا مرگ)

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

❖ گردآوری داده های مربوط به شاخصهای مورتالیتی و موربیدیتی مادر و ارزیابی شاخصها جهت ارائه گزارش در

کمیته مذکور

- ❖ بعد از شناسایی مادران نزدیک به مرگ و عوارض شدید بارداری و همچنین مرگ و میر مادران اقدامات زیر برای بررسی و تصمیم گیری در این کمیته صورت میگیرد:
۱. دبیر کمیته بیمارستانی مرگ مادر پس از جمع آوری اطلاعات پرونده متوفی و تهیه خلاصه ای از آن، ضمن هماهنگی با گروه مامایی معاونت درمان، اقدام به برگزاری کمیته بیمارستانی نماید.
 ۲. کمیته بیمارستانی مرگ و میر مادران و جلسه پرسشگری بیمارستان با حضور پزشک نماینده معاونت، کارشناس مادران گروه مامایی معاونت، اعضای کمیته در بیمارستان، پزشکان و پرسنل مرتبط با پرونده متوفی تشکیل و به بررسی علل مرگ مادر و شناسایی عوامل قابل پیشگیری می پردازد
 ۳. در این کمیته طبق صلاحدید رئیس و دبیر علمی کمیته در مورد مداخلات لازم جهت اصلاح فرایندهای معیوب در زمان وقوع مورتالیه، تصمیم گیری شده و ضمن ابلاغ صورتجلسه به کلیه اعضا، توسط کادر اجرایی بیمارستان اجرا می شود.
 ۴. صورتجلسه نهایی و نتایج بررسی های کمیته مورتالیتی و موربیدیتی مادر و گزارشات جمع آوری شده جهت بهره برداری به معاونت درمان دانشگاه ارسال می گردد.
 ۵. نتایج بررسیها جهت اعلام به سطوح مربوطه و اجرا، تهیه و ارسال خواهد گردید.

نکته مهم ۲: اصطلاحات مورد استفاده:

عوارض شدید مادری

پنج مورد از موارد تهدید کننده زندگی مادران: خونریزی شدید پس از زایمان، پره کلامپسی شدید، سپسیس یا عفونت سپسیک شدید، اکلامپسی، سپسیس یا عفونت سیستمیک شدید و پارگی رحم

مرگ مادر

مرگ یک زن در دوران بارداری یا در زمان ۴۲ روز پس از ختم بارداری صرف نظر از مدت زمان و محل بارداری، با هر علت مرتبط با بارداری و یا مربوط به عواملی که در حین بارداری تشدید می شود و یا مربوطه به اداره فرایند

بارداری و زایمان باشد به عنوان مرگ مادر تعریف میشود. مرگ هایی که بعلت تصادف یا اتفاقات دیگر رخ می دهد در این گروه قرار نمیگیرند.

مادران نزدیک به مرگ

به عوارض شدید دوران بارداری، زایمان و یا تا ۴۲ روز پس از زایمان که مادر را تا پای مرگ برده ولی از آن موربیدیتی یا عارضه نجات یافته اطلاق میشود

واحدهای دیده بان

واحدهای کلیدی فراهم کننده مراقبت های مهم برای مادران با عوارض شدید بارداری، زایمان یا پس از زایمان خدمت ارائه می دهند(برای مثال بخش مادران پرخطر، اتاق زایمان، بخش مراقبتهای ویژه، ریکاوری، اتاق عمل، اورژانس، بانک خون، و بخش مراقبت پس از زایمان)

نکته مهم ۳: سایر تعاریف و شاخصهای مورتالیتی و موربیدیتی مادر و همچنین کلیه الزامات مربوط به رویکرد مادران نزدیک به مرگ، در کتاب ارسال شده به کلیه بیمارستان تحت عنوان "ارزیابی کیفیت مراقبت ها در عوارض شدید بارداری و زایمان" قابل دسترسی می باشند.

زیر کمیته مرگ و میر پریناتال

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

ریاست کمیته را ریاست بیمارستان عهده دار خواهد بود.

❖ شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

کارشناس مسئول بررسی مرگ پریناتال بیمارستان(دبیر اجرایی) متخصص زنان و زایمان(دبیر علمی)

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان
۴	مسئول فنی (مسئول ایمنی)
۵	ریاست بخش نوزادان/کودکان یا یک نفر متخصص کودکان/فوق تخصص نوزادان
۶	متخصص زنان و زایمان (دبیر علمی)
۷	مدیر پرستاری
۸	مسئول بخش زایمان
۹	متخصص پزشک قانونی
۱۰	کارشناس مسئول بررسی مرگ پریناتال بیمارستان (دبیر اجرایی)
۱۱	رئیس واحد بهبود کیفیت
۱۲	مسئول کمیته ها
۱۳	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۴	مسئول پرستاری بخش نوزادان/کودکان
۱۵	سوپروایزر آموزشی
۱۶	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاح دید رئیس کمیته ، تعیین میگردند.

علاوه بر شرح وظایفی که در کمیته مرگ و میر، عوارض و آسیب شناسی و نسوج آمده است:

- بحث و بررسی لیست پیشنهادی مداخله های مرگ پریناتال استخراج شده از نتایج بررسی و جدول نرخ مرگ بر حسب وزن و علل مرگ

- مصوب کردن مداخله ها بر اساس اطلاعات بدست آمده در بیمارستان
- تعیین بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله
- ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده
- تعیین مسئولین اجرای پایش و ارزیابی بر چگونگی اجرای مداخله های تصویب شده در بیمارستان
- جلسات کمیته باید بطور مرتب و حداقل هر ۱ ماه یک بار تشکیل گردد
- تبصره- تشکیل جلسه خارج از زمان مقرر و بر حسب نیاز، دعوت از سایر متخصصین و کارشناسان برای شرکت در جلسات و انجام امور محوله با نظر رئیس کمیته و تصویب ایشان بدون مانع می باشد.
- نکته: دستورالعمل فوق بر اساس راهنمای تشکیل کمیته دانشگاهی، شهرستانی و بیمارستانی بررسی مرگ و میر پری ناتال و پایش شهرستان و بیمارستان، اداره سلامت نوزادان تنظیم شده است.

زیر کمیته احیاء نوزادان

❖ علاوه بر شرح وظایفی که در کمیته مرگ و میر، عوارض و آسیب شناسی و نسوج آمده است:

مطابق فصل ۵ بسته خدمتی احیاء نوزادان، این زیر کمیته حداقل دوبار در ماه / ماهی یکبار باید برگزار گردد.

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

ریاست کمیته را ریاست بیمارستان یا جانشین تام الاختیار ایشان عهده دار خواهد بود.

❖ شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

دبیر علمی کمیته یک نفر فوق تخصص نوزادان و یا متخصص کودکان که توسط رئیس گروه مربوطه معرفی می شود

دبیر اجرایی: سرپرستار بخش نوزادان

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان
۴	مسئول فنی بیمارستان / مسئول ایمنی
۵	متخصص بیهوشی
۶	مدیر پرستاری
۷	یک نفر پرستار شاغل در بخش / اتاق نوزادان دارای مدرک "ارایه کننده" یا "مربی" احیای نوزادان*
۸	متخصص نوزادان
۹	متخصص زنان (ترجیحا پریناتولوژیست)
۱۰	سرپرستار بخش NICU
۱۱	رئیس واحد بهبود کیفیت
۱۲	مسئول کمیته ها
۱۳	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۴	سرپرستار اتاق عمل
۱۵	یک نفر از پرسنل بخش اداری
۱۶	یک ماما از بخش زایمان که همگی دارای مدرک "ارایه کننده" یا "مربی" احیای نوزادان*
۱۷	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاح دید رئیس کمیته، تعیین میگردند.

*پرستار شاغل در بخش/اتاق نوزادان و یک ماما از بخش زایمان که همگی دارای مدرک "ارایه کننده" یا "مربی" احیای نوزادان هستند.

-بسته به سطح ارائه خدمات در بیمارستان پزشک عمومی مسئول نوزادان عضو کمیته بیمارستانی باشد.

-در بیمارستان های با بیش از ۲۰۰۰ زایمان در سال دو نفر دیگر را شامل متخصص زنان(ترجیحا پریناتالوژیست)و سوپروایزر آموزشی بیمارستان، به اعضای کمیته بیمارستانی اضافه می شوند.

❖ شرح وظایف کمیته:

- اجرای دستورالعملها و بخشنامه های مرتبط با احیای نوزادان در بیمارستان
- پایش و ارزشیابی اجرای برنامه ها و دستورالعمل های مرتبط با احیای نوزادان در بیمارستان
- اساس کار چک لیستهای ارایه شده توسط کمیته های منطقه ای و کشور می باشد. در صورت لزوم بر اساس نیازهای بیمارستانی ابزارهای پایشی فراتر از ابزارهای تعیین شده، طراحی و اطلاعات بدست آمده از اجرای آن به سطوح بالاتر ارسال می گردد.
- تنظیم دستورالعمل های اجرایی اختصاصی برای بیمارستان با در نظر گرفتن برنامه ها و استانداردهای کشوری و منطقه ای و استفاده از نتایج پایش برنامه در بیمارستان
- ساماندهی آموزش
- شناسایی و تهیه فهرست روزآمد از پرسنل دارای مدرک "ارائه کننده" یا "مربی" احیای نوزادان در سطوح مختلف تخصصی(پرستاران،ماماها،پزشکان) و تهیه کمبودهای احتمالی در زمینه پرسنل آموزش دیده
- برنامه ریزی و حمایت برای شرکت پرسنل در دوره های آموزشی و بازآموزی احیای نوزادان

- تعیین نیازهای آموزشی بیمارستان از قبیل مدل های آموزشی و منابع اطلاعاتی و برنامه ریزی بر اساس الگوی برنامه های نیازسنجی کشوری و پیگیری برای تامین آنها بر اساس دستورالعمل های آموزشی ارائه دهندگان و مربیان احیا در کشور
 - ساماندهی وسایل، تجهیزات و داروها
 - برنامه ریزی جهت تهیه وسایل و تجهیزات و داروهای مورد نیاز و نظارت بر تهیه و توزیع موارد یاد شده
 - تدوین و یا ابلاغ دستورالعمل مرتبط با نگهداری وسایل و تجهیزات با لحاظ کردن حداقل های مورد اشاره در بسته خدمتی احیا نوزادان
 - دریافت هزینه ها از منابع حمایت کننده
 - برگزاری دوره های بازآموزی احیاء نوزادان بر اساس سنجه های محور مادر و نوزاد.
- *نکته: برگزاری کمیته احیاء نوزاد بیمارستانی بر اساس دستورالعمل بسته خدمتی احیاء نوزاد اداره سلامت نوزادان الزامی است.
- شاخص های مرتبط با کمیته:
- عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
 - خون ریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
 - شوک انافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عارضه پایدار
 - تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی زمانی کوتاه
 - خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته
 - تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه دارو های پر خطر (با هشدار بالا) که منجر به مرگ یا عارضه پایدار



تعداد موارد مرگ مغزی

میزان CPR موفق نوزادان (زیر کمیته احیاء نوزادان)

میزان مرگ مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان (زیر کمیته مرگ و میر پری ناتال و مادر)

میزان مرگ و میر نوزادان (زیر کمیته احیاء نوزادان)

میزان مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه (زیر کمیته مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه)

کمیته مدیریت خطر و بلایا

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته :

ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان، رئیس کمیته می باشند.

❖ شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

مسئول واحد بحران یا مدیریت خطر/یک نفر پزشک/ کارشناس مسلط/ آگاه/ علاقمند و فعال که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

(با اولویت دانشجویان/ فارغ التحصیلان رشته های مرتبط با حوزه مدیریت خطر حوادث و پدافند غیر عامل)

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان
۴	مسئول فنی / مسئول ایمنی
۵	رئیس بخش اورژانس
۶	مدیر پرستاری
۷	رئیس واحد بهبود کیفیت
۸	مسئول کمیته ها
۹	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۰	مسئول حراست
۱۱	مسئول تجهیزات پزشکی

ردیف	سمت
۱۲	مسئول تاسیسات و ساختمان
۱۳	سرپرستار اورژانس
۱۴	مسئول امور مالی
۱۵	مسئول بهداشت حرفه ای
۱۶	مسئول بهداشت محیط
۱۷	مسئول آشنشانی
۱۸	مسئول مددکاری
۱۹	مدیر فناوری و اطلاعات سلامت
۲۰	مسئول روابط عمومی
۲۱	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته ، تعیین میگردند.

❖ برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

کمیته ها هر ماه یکبار تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان و نوع کمیته می تواند دوماه یکبار و یا سه ماه یکبار تشکیل گردد).

❖ شرح وظایف کمیته :

- در نظر گرفتن مکانی بعنوان EOC بیمارستان با داشتن انواع تجهیزات ارتباطی و ضروری
- انجام ارزیابی ایمنی بیمارستان (سازه ای، غیر سازه ای، عملکردی) به صورت سالانه با هماهنگی دبیر و همکاری سایر اعضا طبق سنججه اعتبار بخشی
- الویت بندی مخاطرات

- تدوین برنامه اقدامات پیشگیرانه و آمادگی و پاسخ و بازیابی (حداقل برای ۵ مخاطره اول تعیین شده برنامه پیشگیری و آمادگی و پاسخ و بازیابی تدوین و برنامه عملیاتی اجرایی شدن آن طراحی می گردد).
- در شناسایی مخاطرات به عوامل CBRNE نیز توجه می شود و برنامه عملیاتی تدوین شده با رویکرد ALL HAZARD باشد .
- سامانه فرماندهی حادثه (ICS) و جانشین های آن، شرح وظایف و مسئولیت ها، نحوه فعال سازی و غیر فعال سازی سامانه تدوین و بطور منظم بازنگری می گردد.
- با همکاری دفتر بهبود کیفیت روش های اجرایی و دستورالعمل های مرتبط با برنامه آمادگی و پاسخ به حوادث و بلایا طبق سنجه اعتبار بخشی تدوین می گردد .
- برنامه ریزی جهت برگزاری دوره های آموزشی کارکنان و اعضاء کمیته براساس نتایج ارزیابی ایمنی بیمارستان و نیاز سنجی اعضا انجام می گردد.
- طبق نیاز سنجی انجام شده برنامه ریزی جهت برگزاری تمرین های شبیه سازی شده، مانور آتش نشانی و تخلیه بیمارستان برای کارکنان و اعضاء کمیته در خصوص آمادگی و پاسخ به حوادث و بلایا طراحی می گردد.
- نتایج اجرای کلیه برنامه های پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی حوادث و بلایا در بیمارستان که شامل پیشرفت برنامه عملیاتی براساس نتایج ارزیابی ایمنی بیمارستان خطر، ارزیابی آموزش های ارائه شده، انجام تمرین ها جهت آمادگی بیمارستانی و منابع مورد نیاز و ... است، مورد تحلیل قرار گرفته و براساس آن برنامه مداخله ای تدوین و اجرایی می شود.
- برنامه ریزی برای تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه های مختلف
- تدوین لیست بحران برای حضور ضروری در بیمارستان با کمک مسئولان هر واحد و ارسال ماهانه آن به واحدها .

○ اظهار نظر در پروژه های ساختمانی جدید یا تغییر کاربری در بیمارستان یا تغییرات غیر سازه ای با در نظر گرفتن اصول ایمنی و تاکید و تصویب این کمیته انجام می شود. و کمیته با حضور دبیر کمیته موظف است حین اجرای برنامه و پس از پایان آن بر آن نظارت داشته باشد و نظر کارشناسی خود را اعلام کند .

○ طراحی سامانه هشدارهای اولیه و فراهم کردن وسایل ارتباط ضروری

○ انجام مانور دور میزی در کمیته دوبار در سال

○ نظارت بر اجرا و پیاده سازی کلیه استانداردهای اعتباربخشی مرتبط با کمیته محور مدیریت خطر حوادث و پدافند غیر عامل

***نکته:** مسئولیت ها، اختیارات و وظایف هر یک از نقش های تعریف شده در کمیته :

رئیس کمیته: صدور ابلاغ اعضا کمیته و اعضا فرماندهی حادثه ، مدیریت جلسات برگزار شده ، تایید مصوبات و دستور پیگیری

- توجه : علاوه بر وظایف تعیین شده در سنجه های اعتبار بخشی موارد زیر می بایست توسط دبیر پیگیری گردد:

پیگیری صدور ابلاغ برای افراد اصلی تعیین شده در سامانه فرماندهی حادثه از ریاست بیمارستان

- دبیر کمیته باید با همکاری دفتر بهبود کیفیت فرمی را برای درج گزارش حوادث بیمارستان که توسط سوپروایزر /

مدیر کشیک در هر شیفت نوشته شود طراحی کند و در دوره های زمانی مناسب آن حوادث و تواتر هر یک را

مورد بررسی قرار دهد و در کمیته مورد تجزیه تحلیل ریشه ای قرار دهد و برنامه عملیاتی و اقدام اصلاحی برای

رفع آن حوادث با کمک اعضا کمیته طراحی و پیگیری کند دبیر کمیته به باید آموزش لازم به سوپروایزران یا مدیر

کشیکان برای مستند سازی کلیه حوادث در این فرم آموزش مستمر دهد و تکمیل آن را پیگیری نماید.

- دبیر کمیته باید فرمی را با کمک دفتر بهبود کیفیت برای تعیین مخاطره احتمالی طراحی کند و بطور اتوماسیونی در

اختیار سرپرست هر واحد قرار دهد تا اگر مخاطره ای را در واحد خود تشخیص می دهند سریعاً بصورت مستند به

دبیر کمیته ارسال کنند و دبیر کمیته موظف است مخاطره مذکور را با کمک افراد مرتبط بیمارستان پیگیری کند و

نتیجه را بصورت کتبی به مسئول واحد مذکور و مسولان بیمارستان ارسال کند .

- جمع آوری یک نسخه از نقشه های ضروری تاسیساتی و سازه ای و بروز رسانی آن ها
- در دسترس بودن نقشه های چاه آب و ارت و علمک های گاز و ارائه گزارش تحلیلی در کمیته
- تعیین وضعیت تابلو های برق بیمارستان و ارائه گزارش تحلیلی در کمیته
- بررسی وضعیت فایر باکس های و وجود آب و سالم بودن شیلنگ و کوپلینگ ها و ارائه گزارش تحلیلی در کمیته
- همکاری با هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان و مشارکت در ارزیابی وضعیت ایمنی بیمارستان
- در دسترس بودن تلفن ضروری افراد برای فراخوان در شرایط ضروری
- همکاری با مدیریت بحران منطقه شهرداری و دریافت تلفن های ضروری از مدیریت بحران منطقه و در دسترس بودن آن

نکته قابل توجه :

جهت هماهنگی و بررسی مسائل مرتبط با این کمیته به اداره حوادث و فوریت های پزشکی و پدافند غیر عامل معاونت درمان دانشگاه مراجعه شود.

واقع در خیابان قدس، ابتدای خیابان ایتالیا، ساختمان شفا، طبقه دوم : تلفن : ۸۸۹۸۹۶۴۴

شاخص های مرتبط با کمیته:

میزان حوادث و موقعیتهای خطر آفرین ثبت شده به کل حوادث و موقعیتهای خطر آفرین رخ داده
میزان پیشرفت اقدامات اصلاحی مورد نیاز برای ریسک های اولویت بندی شده و اعلام شده

کمیته اورژانس

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

بر اساس دستورالعمل کمیته ها ، ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

❖ شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

یک نفر پزشک / کارشناس مسلط و آگاه که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

شرایط احراز کارشناس مسلط و آگاه دبیر اجرائی کمیته: پزشک/ پرستار/ماما با سابقه ۵ سال کار دربخش اورژانس مرکز و مورد تایید رئیس بخش اورژانس یا مدیر اورژانس/سوپروایزر/ سرپرستار بخش اورژانس مورد تایید رئیس بخش اورژانس

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	اعضای کمیته
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان
۴	رئیس بخش اورژانس (دبیر علمی کمیته)/ معاون آموزشی بیمارستان
۵	مسئول فنی بیمارستان /جانشین تام الاختیار ایشان
۶	رئیس بخش اورژانس (دبیر علمی کمیته)
۷	مدیر درمان
۸	مدیر پرستاری
۹	سرپرستار بخش اورژانس

ردیف	اعضای کمیته
۱۰	سوپر وایزر آموزشی بیمارستان / اورژانس
۱۱	رؤسای بخش های پاراکلینیک / جانشین تام الاختیار ایشان
۱۲	سوپروایزر بخش اورژانس
۱۳	رئیس واحد بهبود کیفیت
۱۴	مسئول کمیته ها
۱۵	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۶	رؤسای بخش های پاراکلینیک / جانشین تام الاختیار ایشان
۱۷	مسئول حراست بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۱۸	مسئول IT بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۱۹	نماینده اورژانس پیش بیمارستانی دانشگاه
۲۰	نماینده سوپروایزرهای عصر و شب
۲۱	دو نفر از پزشکان منتخب شاغل در بخش اورژانس
۲۲	نماینده اورژانس پیش بیمارستانی دانشگاه
۲۳	مدیر تخت های بستری بیمارستان
۲۴	بقیه اعضا بسته به دستور کار جلسه و صلاح دید رئیس کمیته ، تعیین میگردند.

*نکته: در مراکز که مدیر مختص بخش اورژانس تعیین شده باشد، ایشان عضو کمیته باشند

❖ برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

کمیته ها هر ماه یکبار تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان و نوع کمیته میتواند دو ماه یکبار و یا سه ماه یکبار تشکیل گردد).

❖ شرح وظایف کمیته:

- بررسی آمار مراجعین و شاخص های کیفی / کمی بخش اورژانس بیمارستان
 - اتخاذ راهکارهای اصلاحی پیرامون بهبود شاخص های کیفی / کمی بخش اورژانس
 - تحلیل نتایج آمار و شاخص های مرتبط با تریاژ و اتخاذ راهکارهای اصلاحی
 - بررسی روند پذیرش و درمان بیماران بخش اورژانس و اصلاح فرآیندهای و پروتکل های مرتبط مانند تریاژ
 - بررسی وضعیت تعیین تکلیف بیماران و عملکرد مدیر تخت های بیمارستانی و اتخاذ راهکارهای اصلاحی
 - بررسی وضعیت تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی بخش اورژانس و اتخاذ راهکارهای اجرایی در زمینه تأمین نیازها
 - تصمیم گیری پیرامون وضعیت منابع انسانی مورد نیاز بخش اورژانس بیمارستان و رفع کمبودهای پرسنلی
 - بررسی نیازسنجی های آموزشی و تصویب برنامه های آموزشی مورد نیاز کارکنان بخش اورژانس بیمارستان
 - تدوین طرح ها مربوط به اصلاح ساختار فیزیکی بخش اورژانس و ارائه آن به اداره اورژانس بیمارستانی دانشگاه
 - تصمیم گیری پیرامون افزایش همکاری و هماهنگی فیما بین اورژانس بیمارستانی و پیش بیمارستانی
 - پیگیری کلیه فرایندهای اختصاصی و عمومی و پشتیبانی که نیازمند مداخله می باشد و تعیین مسئول پیگیری
- مصوبات
- بررسی شکایات بخش اورژانس و وضعیت تکریم ارباب رجوع

- هماهنگی جهت تشکیل کارگاههای آموزشی مرتبط با بخش اورژانس برای گروه های شاغل در بخش اورژانس
- هماهنگی و برگزاری جلسه مشترک با کمیته مدیرخطر حوادث و بلایا جهت تدوین و اجرای پروتکل ها، مانورها و غیره برای رسیدگی به مصدومان انبوه

*نکته قابل توجه

جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص مسائل مرتبط با این کمیته به اداره حوادث و فوریتهای پزشکی معاونت درمان دانشگاه با شماره تماس ۸۸۹۸۹۶۴۳ مراجعه شود.

زیر کمیته های این کمیته عبارتند از:

زیر کمیته مدیریت درمان سکتة حاد قلبی ۲۴۷

دستورالعمل داخلی برگزاری کمیته، بر اساس شناسنامه استاندارد خدمات مدیریت درمان سکتة حاد قلبی ابلاغ شده از معاونت درمان وزارت متبوع ، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی ، مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی ویرایش دوم مهر ۱۳۹۴ ، استخراج شود.

زیر کمیته مدیریت درمان سکتة حاد مغزی ۲۲۴

دستورالعمل داخلی برگزاری کمیته، بر اساس دستورالعمل اجرایی مدیریت درمان سکتة حاد مغزی ابلاغ شده از سازمان اورژانس کشور اسفند ۹۶، استخراج شود.

نکته: جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد کمیته های ۲۴۷ و ۷۲۴ به دفتر پرستاری کارشناس مربوطه به شماره ۶۶۷۱۷۳۱۵ داخلی ۱۰۱۲ مراجعه نمایید.

کمیته اورژانس (تعیین تکلیف بیماران)

رئیس کمیته: رئیس بیمارستان / نماینده تام الاختیار ریاست

دبیر کمیته: سوپروایزر یا سرپرستار بخش اورژانس

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان
۴	معاون آموزشی
۵	Bed Manager
۶	روسای بخشهای بستری
۷	مسئول بخش اورژانس
۸	متخصص طب اورژانس
۹	مدیر پرستاری
۱۰	رئیس واحد بهبود کیفیت
۱۱	مسئول کمیته ها
۱۲	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

ردیف	سمت
۱۳	یکی از سوپروایزرهای عصر یا شب بیمارستان*

*یکی از سوپروایزرهای عصر یا شب بیمارستان (یا اورژانس در صورت وجود سوپروایزر مستقل اورژانس در شیفت عصر و شب) جهت اطلاع رسانی و هماهنگی با سایر سوپروایزرها
زمانبندی تشکیل کمیته :

مطابق بخشنامه ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۰۴/۱۵ ضرورت برگزاری این کمیته حداقل باید به صورت فصلی می باشد که برگزاری ماهانه آن مطلوب است.

❖ شرح وظایف کمیته تعیین تکلیف بیماران :

- تدوین پروتکل های مربوط به تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس و سایر بخشهای بیمارستان
- نظارت بر حسن اجرای پروتکل های تدوین شده و دستورالعمل های ابلاغی وزارت متبوع در خصوص تعیین تکلیف بیماران
- نظارت بر ویزیت و تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس توسط کلیه متخصصان (هیئت علمی و کادر درمانی) در روزهای عادی و زمان آنکالی
- گزارش موارد عدم تعیین تکلیف زیر ۶ ساعت بیماران
- نظارت بر ثبت صحیح پرونده بیماران مبنی بر تعیین تکلیف بیماران با ذکر ساعت و تاریخ توسط پزشک و پرستار
- تدوین راهکارهای موثر در خصوص بهینه سازی گردش بیمار در محیط بیمارستان (بین واحدهای درمانگر و واحدهای مختلف درمانی) و نظارت بر حسن اجرای آن.

- تدوین معیارهای نظارتی در خصوص تعیین تکلیف بیماران (مانند مدت زمان بستری در اورژانس و ...) و تدوین راهکار عملی در خصوص حل مشکلات موجود در رسیدن به استانداردهای تعیین شده.
- بررسی تحلیلی مشکلات ارجاع شده به این کمیته در خصوص تعیین تکلیف بیماران در سطح بیمارستان و ارائه ، اجرا و پایش راهکارهای موثر برای حل این مشکلات.

شاخص های مرتبط با کمیته:

شاخص های ۱۸ گانه اورژانس

کمیته طب انتقال خون

❖ شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته :

بر اساس دستورالعمل، ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

❖ شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته :

دبیر علمی: یک نفر پاتولوژیست / دکتر علوم آزمایشگاهی - دبیر اجرایی: مسئول بانک خون /مسئول آزمایشگاه / کارشناس آزمایشگاه

❖ ترکیب اعضای کمیته:

ردیف	سمت
۱	رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
۲	مدیر بیمارستان
۳	معاون درمان
۴	متخصص جراحی مرکز
۵	پزشک ارشد همووژیالیانس
۶	رئیس آزمایشگاه/مسئول فنی آزمایشگاه
۷	سوپروایزر آموزشی بیمارستان
۸	مسئول ایمنی (مسئول فنی)
۱۰	مدیر پرستاری
۱۱	رئیس واحد بهبود کیفیت

ردیف	سمت
۱۲	مسئول کمیته ها
۱۳	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۴	مسئول بانک خون
۱۵	مدیر اطلاعات سلامت و فناوری

• بر حسب دستور جلسه و ضرورت از مسئولین بخشهای اتاق عمل، داخلی، جراحی، بیهوشی بر حضور در کمیته دعوت به عمل می آید.

نکته: در مراکزی که آزمایشگاه به بخش خصوصی واگذار شده است باید ناظر دانشگاهی نیز در کمیته ها حضور داشته باشد.

. برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

کمیته ها هر ماه یکبار تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان و نوع کمیته میتواند دوماه یکبار و یا سه ماه یکبار تشکیل گردد):

❖ شرح وظایف کمیته :

- نظارت بر اجرای دستورالعمل های هموویژلانس
- نظارت بر اجرای دستورالعمل های طب انتقال خون در اعتباربخشی
- بررسی گزارشات عوارض ناخواسته انتقال خون و فرآورده های خون در بیمارستان
- تصویب و نظارت بر اجرای مداخلات کاهش دهنده عوارض انتقال خون
- برگزاری جلسات RCA موارد عوارض ناشی از تزریق فرآورده های خونی

○ ارتقای سطح دانش و آگاهی کارکنان در زمینه انتقال خون

○ تصمیم گیری در خصوص میزان ذخیره سازی فراورده های خونی مطابق با نیاز بیمارستان

○ تهیه صورتجلسه کمیته ها و ارسال آن به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و همچنین پایگاه انتقال خون
ذیربط.

*نکته قابل توجه:

جهت بررسی مسائل مرتبط با این کمیته به اداره نظارت بر آزمایشگاه های آسیب شناسی و تشخیص طبی معاونت درمان
دانشگاه مراجعه شود.

شاخص های مرتبط با کمیته:

ناسازگاری های خونی عمده خونی ناشی از انتقال خون که موجب مرگ و یا عارضه ی حاد گردد
میزان مصرف خون

نسبت کراس میچ هر واحد خون به ترانسفوزیون خون (CT RATIO)

نسبت کیسه های خون ترانسفوزیون شده به بیمارانش CROSS MATCH



پیوست ها

و ضمائم

پیوست شماره ۱: نمونه فرم صورتجلسه کمیته های بیمارستانی

نام کمیته:	صورت جلسه کمیته های بیمارستانی بیمارستان...	شماره کمیته:
دبیر علمی کمیته:		تاریخ تشکیل: ۹۹/ /
دبیر اجرایی کمیته:	رئیس کمیته:	ساعت شروع: ساعت خاتمه:
		مکان کمیته:

<p>۱. دستور جلسه</p> <p>۱-۱. گزارشی مختصر از نتایج پیگیری مصوبات قبلی (اقدامات انجام شده و مصوبات اجرایی نشده)</p> <p>۲-۱</p> <p>۳-۱</p>																											
<p>۲. مهم ترین موضوعات مورد بحث:</p> <p>۱-۲</p> <p>۲-۲</p> <p>۳-۲</p>																											
<p>۳. مصوبات کمیته : مسئول پیگیری مصوبات (تا جلسه بعدی) : دبیر اجرایی کمیته</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ردیف</th> <th>مصوبات کمیته</th> <th>مسئول اجرا و ارائه گزارش</th> <th>مهلت اجرا</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>۱</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۲</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۳</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۴</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۵</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				ردیف	مصوبات کمیته	مسئول اجرا و ارائه گزارش	مهلت اجرا	۱				۲				۳				۴				۵			
ردیف	مصوبات کمیته	مسئول اجرا و ارائه گزارش	مهلت اجرا																								
۱																											
۲																											
۳																											
۴																											
۵																											
<p>۴. زمان تشکیل جلسه آینده کمیته : تاریخ: ساعت: مکان:</p>																											
<p>مورد تایید دبیر علمی کمیته می باشد؛ بلی خیر</p> <p>رئیس بیمارستان</p>																											

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران

صفحه: ۱۰۴ از ۱۰۸

دستورالعمل جامع کمیته های بیمارستانی

تاریخ آخرین ویرایش: تیرماه ۱۳۹۹

۵- نتیجه بررسی مصوبات جلسه قبلی کمیته و اقدامات انجام شده:

نتیجه پیگیری مصوبات کمیته قبلی به تاریخ: ۹۹ / / و شماره کمیته: ۰۱ (به مصوبات کمیته قبلی مراجعه و از مسئولین اجرا پیگیری شود)

ردیف	مصوبه	مسئول اجرا	مهلت مقرر	درصد پیشرفت	اقدامات انجام شده/علت عدم تحقق مصوبه
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

نتیجه پیگیری کلیه مصوبات کمیته های قبلی که در مهلت مقرر، اجرایی نشده بودند. (به پیگیری مصوبات کمیته های قبلی مراجعه شود)

ردیف	مصوبه	مسئول اجرا	مهلت مقرر	درصد پیشرفت	اقدامات انجام شده/علت عدم تحقق مصوبه
۱					
۲					
۳					
۴					

مصوبات کمیته های قبلی که نیاز به بررسی در سایر کمیته ها و یا تیم رهبری و مدیریت، برای تصمیم گیری می باشند.

ردیف	مصوبه	کمیته مربوطه جهت ارجاع
۱		
۲		



معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران

صفحه : ۱۰۵ از ۱۰۸

دستورالعمل جامع کمیته های بیمارستانی

تاریخ آخرین ویرایش : تیرماه ۱۳۹۹

نکته: امضای اعضای جلسه به منزله تایید مصوبات کمیته می باشد، لذا باید اسکن این صفحه به صورت جلسه ضمیمه و سپس ارسال شود.

۶- اعضای جلسه (ذکر اسامی حاضرین و غائبین با سمت الزامی است)

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت	امضا
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			
۱۱			
۱۲			

پیوست شماره ۲: فرم ارزیابی عملکرد کمیته های بیمارستانی

ردیف

نام شاخص

طریقه محاسبه شاخص

(۱)	درصد برگزاری کمیته ها	$\times 100$	<table border="1"><tr><td>تعداد کمیته های برگزار شده</td></tr><tr><td>تعداد کمیته های برنامه ریزی شده (فصلی)</td></tr></table>	تعداد کمیته های برگزار شده	تعداد کمیته های برنامه ریزی شده (فصلی)
تعداد کمیته های برگزار شده					
تعداد کمیته های برنامه ریزی شده (فصلی)					
(۲)	درصد مصوبات اجرا شده	$\times 100$	<table border="1"><tr><td>تعداد مصوبات اجرا شده</td></tr><tr><td>کل مصوبات (ماهانه)</td></tr></table>	تعداد مصوبات اجرا شده	کل مصوبات (ماهانه)
تعداد مصوبات اجرا شده					
کل مصوبات (ماهانه)					
	- درصد مصوبات اجرا نشده (متمم)				
(۳)	درصد حضور اعضا	$\times 100$	<table border="1"><tr><td>تعداد شرکت کنندگان هر کمیته</td></tr><tr><td>تعداد کل اعضای هر کمیته (ماهانه)</td></tr></table>	تعداد شرکت کنندگان هر کمیته	تعداد کل اعضای هر کمیته (ماهانه)
تعداد شرکت کنندگان هر کمیته					
تعداد کل اعضای هر کمیته (ماهانه)					
	- درصد غایبین: (متمم)				
(۴)	درصد حضور هر عضو در کمیته	$\times 100$	<table border="1"><tr><td>تعداد حضور هر عضو در کمیته های برگزار شده</td></tr><tr><td>تعداد کمیته های برگزار شده (فصلی)</td></tr></table>	تعداد حضور هر عضو در کمیته های برگزار شده	تعداد کمیته های برگزار شده (فصلی)
تعداد حضور هر عضو در کمیته های برگزار شده					
تعداد کمیته های برگزار شده (فصلی)					

پیوست شماره ۳: فرم لیست درصد حضور اعضای کمیته.....		
ردیف	نام و نام خانوادگی اعضاء	درصد حضور در کمیته در بازه زمانی
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		
۷		
۸		
۹		
۱۰		
۱۱		
۱۲		
۱۹		
		میانگین درصد حضور اعضا



معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران

صفحه : ۱۰۸ از ۱۰۸

دستورالعمل جامع کمیته های بیمارستانی

تاریخ آخرین ویرایش : تیرماه ۱۳۹۹

پیوست شماره ۴: فرم ارزیابی عملکرد کیفی (اثربخشی) کمیته های بیمارستانی

تاریخ مصوبه	موضوع مصوبات	وضعیت اجرا (با علامت ✓)			اقدامات اصلاحی انجام شده / علت عدم تحقق مصوبه یا نقاط قابل بهبود*
		اجرا نشده	در حال اجرا	اجرا شده	

*نکته: در این ستون در خصوص مصوبات اجرایی شده، اقدامات اصلاحی صورت گرفته درج میگردد ولی در خصوص مصوبات اجرایی نشده، علت عدم تحقق مصوبه و یا نقاط قابل بهبود درج گردد.