



ح. رعایت حقوق گیرنده خدمت

ح-۱) اطلاع رسانی و ارتباطات

توضیحات کلی

رعایت حقوق گیرندگان خدمت از منظر پاسخگویی به بیمار و خانواده او، یکی از کلیدی ترین محورهای نسل نوین اعتباربخشی است. با توجه به رشد آگاهی بیماران و مراجعین، و نیز رسالت مهم بیمارستان در امر پاسخگویی و مسئولیت پذیری، برنامه ریزی و نظارت دقیق مسئولان در خصوص صیانت از حقوق بیماران، امری ضروری و اجتناب ناپذیر است. استانداردهای رعایت حقوق گیرندگان خدمت بر پایه اصول شرعی، حرفه ای و قانونی تبیین شده اند و تحقق آنها مستلزم اهتمام ویژه تیم حاکمیتی، مدیریت اجرایی، کمیته اخلاق پزشکی و رعایت اصول اخلاق و رفتار حرفه ای از سوی پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بیمارستان می باشد. ضمن آنکه رضایت ذهنی اغلب گیرندگان خدمت، بسیار متأثر از نوع رفتار کارکنان و فرهنگ پاسخگویی و مسئولیت پذیری بیمارستان است. لذا رعایت حقوق بیمار و خانواده او قطعاً یکی از موثرترین معیارها در تعیین اعتبار یک بیمارستان محسوب خواهد شد.

- در این محور کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای به اختصار کمیته اخلاق پزشکی بیان می شود.

ح | ۱ | ۱ بیمارستان از اطلاع رسانی و رعایت منشور حقوق بیمار اطمینان حاصل می نماید.

دستآورد استاندارد

- افزایش آگاهی گیرندگان خدمت نسبت به حقوق خود
- افزایش آگاهی ارئه دهندگان خدمت نسبت به حقوق بیماران
- کسب اطمینان از رعایت منشور حقوق بیمار

سنجه ۱. منشور حقوق بیمار در بیمارستان در مکان هایی که در معرض دید مراجعه کنندگان و گیرندگان خدمت می باشد، نصب شده است.

سطح سنجه ☒ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مشاهده	۱ نصب منشور حقوق بیمار در لابی، ورودی اصلی بیمارستان، ورودی بخش های بستری* و اورژانس
مشاهده	۲ خوانا و قابل رویت بودن از فاصله یک متری
توضیحات	*به استثنای بخش های ویژه
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری

سنجه ۲. کارکنان از منشور حقوق بیمار آگاهی دارند و به آن عمل می نمایند.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مصاحبه	۱ آگاهی رده های مختلف کارکنان از مفاد منشور حقوق* بیمار متناسب با نقش خود
مشاهده و مصاحبه	۲ انطباق عملکرد کارکنان بر اساس محتوای بندهای مرتبط با خود در منشور حقوق بیمار
توضیحات	* رده های مختلف کارکنان می بایست براساس ابلاغیه شماره ۳۸۷۹۵۶ مورخ ۸۸/۸/۱۰ مقام محترم وزارت وقت و براساس مصوبات کمیته اخلاق پزشکی نسبت به نقش خود آگاهی داشته باشند.
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، مسئولان و روسای بخش ها/ واحدها



سنجه ۳. کمیته اخلاق پزشکی آموزش های مفهومی و کاربردی را در زمینه رعایت حقوق گیرنده خدمت و منشور حقوق بیمار برای گروه های مختلف بالینی و سایر کارکنان برگزار می نماید.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	آموزش و اطلاع رسانی* به کارکنان در خصوص رعایت حقوق گیرنده خدمت و مفاد منشور حقوق بیمار و موازین انطباق**	مشاهده و مصاحبه	
۲	آگاهی کارکنان نسبت به محتوای بندهای منشور و استانداردهای محور حقوق گیرنده خدمت مرتبط با عملکرد خود	مصاحبه	
توضیحات	* صرفاً برگزاری کلاس های آموزشی مد نظر نیست، بلکه اطلاع رسانی و آموزش (مفهومی و کاربردی) به کارکنان می تواند به طرق مختلف نظیر بروشور، پمفلت، دوره های آموزشی و سایر روش ها انجام شود. ** کمیته اخلاق پزشکی نسبت به آموزش و رعایت مفاد آیین نامه انطباق امور اداری و فنی موسسات پزشکی به شماره ۲۳۸۸۸/ت/۲۸۶۳۴ ه م صوب هیات وزیران اقدام می نماید.		
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، کمیته اخلاق پزشکی، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری		

سنجه ۴. کمیته اخلاق پزشکی بر رعایت صحیح منشور حقوق بیمار در بیمارستان نظارت نموده و در صورت لزوم با مشارکت تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می شود.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	نظارت بر رعایت صحیح منشور حقوق بیمار به صورت مستمر توسط کمیته اخلاق پزشکی*	بررسی مستند و مصاحبه	
۲	بررسی و طرح موارد عدم انطباق در کمیته اخلاق پزشکی	بررسی مستند	
۳	طراحی اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت در کمیته اخلاق پزشکی و طرح در جلسات تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه	
۴	اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه های بهبود کیفیت پس از تصویب و ابلاغ تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه	
توضیحات	* بازدیدهای میدانی، بررسی پرونده های بالینی، مصاحبه با بیماران و بررسی شکایت های بیماران و همراهان روش های گوناگون نظارت کمیته اخلاق پزشکی بر روند رعایت منشور حقوق بیماران در بیمارستان است.		
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی با مشارکت تیم مدیریت اجرایی		



ح ۱ | ۲ | بیمارستان، در خصوص راهنمایی صحیح و به موقع گیرندگان خدمت اطمینان حاصل می نماید.

دستاورد استاندارد

- افزایش رضایت بیماران با توجه به پاسخگویی موثر و کافی به ابهامات و سوالات بیماران
- برقراری ارتباطی صمیمانه و محترمانه با مراجعین و بیماران
- حمایت از برنامه های ارتقای سلامت جامعه از طریق آموزش عمومی و اطلاع رسانی

سنجه ۱. خط مشی و روش " راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان " با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تدوین خط مشی و روش
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان * در تدوین خط مشی و روش
۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان
۴	شناسایی امکانات و کارکنان مرتبط
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
۶	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
۷	پیش بینی شیوه های متنوع راهنمایی * و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان با توجه به ساختار در روش اجرایی
۸	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش
۹	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش
۱۰	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۱۱	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ
توضیحات	* انتخاب ذینفعان به تشخیص بیمارستان راهنمایی و هدایت می تواند به طرق مختلف نظیر تابلوها، خط کشی ها، واحد اطلاعات مراجعین و یا سایر موارد باشد.
هدایت کننده	مدیر، مدیر پرستاری و کمیته اخلاق پزشکی



سنجه ۲. وجود واحد اطلاعات و پذیرش در لابی به نحوی که دید و دسترسی مناسب داشته، و فرد مطلع و مسلط به مهارت های ارتباطی جهت راهنمایی بیمار در این ایستگاه حضور دائم دارد.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مشاهده	۱ وجود واحد اطلاعات بیمارستان در محل ورودی مراجعین/لابی اصلی*
مشاهده و مصاحبه	۲ وجود فرد/ افراد آشنا به مکان بخش ها/ واحدهای مختلف بیمارستان در واحد اطلاعات به صورت مستمر در لابی**
توضیحات * واحد اطلاعات و پذیرش به نحوی باشد که در معرض دید کامل مراجعین قرار داشته و دسترسی آسان به آن فراهم باشد. در بیمارستان های بیش از ۱۰۰ تخت واحد اطلاعات و پذیرش مستقل از یکدیگر ارائه خدمت می نمایند. ** این فرد، پاسخگویی به مراجعین را با حوصله و با برقراری ارتباط محترمانه و بیانی شیوا و قابل فهم انجام می دهد و آشنا به گویش های محلی متناسب با موقعیت جغرافیایی استقرار بیمارستان باشد. میزان آگاهی این فرد در خصوص پاسخگویی به نیازها و پرسش های احتمالی مراجعین کافی است.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول روابط عمومی یا پست متناظر آن در بیمارستان

سنجه ۳. در زمان پذیرش به منظور راهنمایی گیرندگان خدمت در خصوص خدمات قابل ارائه، نحوه پذیرش، بستری، ترخیص، هزینه های قابل پیش بینی، ضوابط و بیمه های طرف قرارداد، اطلاع رسانی می شود.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مصاحبه	۱ ارائه اطلاعات لازم به بیماران در زمان پذیرش در خصوص مراحل پذیرش، بستری و ترخیص به زبان ساده و قابل فهم*
مصاحبه	۲ ارائه اطلاعات لازم به بیماران در زمان پذیرش در خصوص هزینه های احتمالی و بیمه های طرف قرارداد به زبان ساده و قابل فهم
توضیحات * نصب اطلاعیه و سامانه های رسیدگی به تخلفات تعرفه ای در پذیرش و ترخیص الزامی است. (سامانه های رسیدگی به شکایات ۱۶۹۰ و ۱۵۹۰)	
هدایت کننده	مدیر، مسئول پذیرش و مسئول امور مالی

سنجه ۴. بیمارستان دارای وب سایت روزآمد و حداقل دارای اطلاعات لازم در خصوص نحوه پذیرش، خدمات، تعرفه ها، قراردادهای بیمه و اطلاعات پزشکان معالج است.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مشاهده	۱ وجود وب سایت اختصاصی روزآمد بیمارستان*
مشاهده	۲ ثبت حداقل اطلاعات مربوط به نحوه پذیرش، خدمات ارائه شده، تعرفه ها، قراردادهای بیمه و اطلاعات پزشکان معالج در وب سایت
توضیحات * وب سایت بیمارستان باید به گونه ای باشد که کلیه اطلاعات موجود در سایت با اطلاعات روز بیمارستان همخوانی لازم را داشته باشد.	
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مسئول فن آوری اطلاعات و مسئول روابط عمومی/ پست متناظر آن در بیمارستان



سنجه ۵. تیم مدیریت اجرایی در فواصل زمانی مشخص اثربخش بودن و کفایت اطلاعات ارائه شده به گیرندگان خدمت را ارزیابی نموده و در صورت نیاز اقدام های اصلاحی/پیشگیرانه/برنامه بهبود کیفیت، تدوین و بر اجرای آن نظارت می کند.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
بررسی مستند	۱ برنامه ای مشخص برای ارزیابی کفایت و اثربخشی اطلاعات ارائه شده در فواصل زمانی مشخص*		
بررسی مستند	۲ ارائه گزارش نتایج ارزیابی به تیم مدیریت اجرایی توسط مدیر بیمارستان		
بررسی مستند و مصاحبه	۳ بررسی گزارش ارزیابی و در صورت لزوم، طراحی اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه/برنامه بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی		
مصاحبه	۴ نظارت تیم مدیریت اجرایی بر اجرای اقدامات مصوب		
توضیحات	* ارزیابی کیفیت اطلاع رسانی و اثربخشی شیوه های اطلاع رسانی از طریق مصاحبه آماری از مراجعین میسر است که هم در فرم های نظر سنجی و رضایت سنجی از بیماران قابل بارگذاری است و هم در قالب فرم های مستقل که حوزه مدیریت بیمارستان در فواصل زمانی حداقل ۶ ماه یکبار اثربخشی و کفایت اطلاعات ارائه شده به گیرندگان خدمت را بررسی می نماید.		
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی و کمیته اخلاق پزشکی		

سنجه ۶. مسئول آموزش همگانی در سطح بیمارستان تعیین شده و بیمارستان با رویکرد پیشگیری و تشخیص به موقع در خصوص بیماری های فشارخون، دیابت و سرطان برنامه های اطلاع رسانی و آموزش همگانی برای مراجعین طراحی و اجرا می نماید.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش	☐ ایمنی بیمار	☐ هتلینگ
	☐ دوستدار مادر	☐ دوستدار کودک	☒ ارتقاء سلامت
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
بررسی مستند و مصاحبه	۱ تعیین یک نفر با دانش، اطلاعات و تجربه کافی به عنوان مسئول آموزش همگانی* توسط رئیس/مدیرعامل بیمارستان		
بررسی مستند	۲ طراحی برنامه هایی به منظور اطلاع رسانی و آموزش در خصوص بیماری های فشار خون، دیابت و سرطان**		
مشاهده و مصاحبه	۳ اجرای برنامه های آموزشی فوق برای بیماران/ همراهان/ مراجعین		
توضیحات	* مسئول آموزش ارتقا سلامت در خط مشی ارتقای سلامت کارکنان (استانداردهای حاکمیتی)، می تواند به عنوان مسئول آموزش همگانی نیز ابلاغ دریافت نماید و یا به تشخیص بیمارستان از بین کارکنان رشته های بهداشتی، درمانی فرد دیگری انتخاب شود. ** اجرای برنامه های اطلاع رسانی و آموزشی به بیماران/ همراهان/ مراجعین از طریق وب سایت بیمارستان، پمفلت ها و بروشورهای آموزشی، پیام های بهداشتی، برگزاری دوره های آموزش سلامت، برقراری ایستگاه های آموزش سلامت در زمان عیادت بیماران و سایر روش ها به تشخیص بیمارستان است.		
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول آموزش همگانی/ ارتقاء سلامت		



ح | ۱ | ۳ | بیمارستان شناسایی رده های مختلف کارکنان را برای گیرندگان خدمت تسهیل می نماید.

دستآورد استاندارد

- رعایت اصول برقراری ارتباط موثر با بیمار
- پیشگیری از مداخله افراد غیر مجاز در امور پزشکی از طریق احراز هویت ارائه دهندگان خدمت

سنجه ۱. کارکنان بیمارستان، کارت شناسایی خوانا، عکس دار و قابل رویت از فاصله یک متری را روی سینه نصب نموده اند.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل

استاندارد مرتبط ☒ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مشاهده	۱ تهیه کارت شناسایی * عکس دار بر ای کارکنان / فراگیران رده های مختلف *
مشاهده و مصاحبه	۲ الصاق *** کارت شناسایی عکس دار به سینه کارکنان / فراگیران رده های مختلف بیمارستان به سینه و در معرض دید بودن آن
توضیحات * کارت شناسایی حداقل حاوی نام خانوادگی و سمت بوده که از یک متری قابل خواندن می باشد. ** سطح و رده آموزشی فراگیر بایستی دقیقاً بر روی کارت شناسایی مشخص و خوانا باشد و از به کار بردن عنوان "دکتر" بدون اشاره به سطح آموزشی خودداری شود. *** الصاق مستمر کارت شناسایی در معرض دید مراجعین به نحوی که از قرار دادن کارت شناسایی در جیب و یا برگرداندن آن خودداری شود.	
هدایت کننده معاون آموزشی، معاون درمان، مدیر بیمارستان، مسئول واحد منابع انسانی و کمیته اخلاق پزشکی	

سنجه ۲. اعضای گروه پزشکی مسئول ارایه مراقبت به بیمار، در اولین برخورد خود را به بیمار معرفی نموده و رتبه حرفه ای و سمت خود در تیم مراقبتی را به اطلاع بیمار و همراه وی می رسانند.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مصاحبه	۱ اطلاع رسانی و آگاهی به کادر درمانی * در خصوص اهمیت و چگونگی معرفی خود در اولین برخورد با بیمار توسط کمیته اخلاق پزشکی
مصاحبه	۲ معرفی کادر درمانی مسئول مراقبت های پزشکی در اولین برخورد با بیمار
توضیحات * پزشکان، پرستاران، فراگیران (در مراکز آموزشی) سایر کارکنانی که مسئول مراقبت های پزشکی هستند.	
هدایت کننده کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخش های بالینی، (در بیمارستان های آموزشی، معاون آموزشی)	

سنجه ۳. بیمارستان استانداردهای ملی پوشش بیماران، کارکنان را رعایت می نماید.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مصاحبه	۱ آگاهی کارکنان از استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان *
مشاهده	۲ انطباق عملکرد و پوشش بیماران و کارکنان با استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان
توضیحات * بخشنامه شماره س/۹۸۰۷ مورخ ۱۳۸۷/۲/۲۲ استانداردهای ملی پوشش بیماران، کارکنان	
هدایت کننده تیم مدیریت اجرایی و کمیته اخلاق پزشکی، روسا و مسئولان بخش ها/واحدها	



سنجه ۴. بیمارستان استانداردهای ملی پوشش فراگیران را مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت رعایت می نماید.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☒ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر		
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
مشاهده	۱ انطباق پوشش رده های مختلف فراگیران** بر اساس آخرین استاندارد ملی مربوطه		
توضیحات	* استانداردهای ملی پوشش فراگیران آیین نامه شماره د ۹۰۴/۶۰۰ مورخ ۱۳۹۱/۶/۱۴ و بخشنامه شماره ۱۳۷/۶۰۰ مورخ ۱۳۹۱/۱۰/۶ ** دانشجویان رشته های پزشکی، پرستاری، پیراپزشکی، انترن ها، رزیدنت ها، فلوهای دوره های فوق تخصص در تمام رشته ها و مقاطع تحصیلی		
هدایت کننده	معاون آموزشی، تیم مدیریت اجرایی و کمیته اخلاق پزشکی (در بیمارستان های آموزشی)		

ح ۱ ۴ اطلاع رسانی در خصوص نحوه دسترسی به پزشک معالج به گیرندگان خدمت صورت می پذیرد.
دستاورد استاندارد
- باسخگویی پزشک معالج به خانواده بیمار - تقویت مشارکت بیمار و خانواده او در طرح درمان و مراقبت با توجه به اخذ آگاهی کافی از سیر بیماری توسط پزشک معالج

سنجه . بیمارستان در طول مدت مراقبت و درمان، تسهیلات لازم برای دسترسی بیمار/ ولی قانونی وی را به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی فراهم نموده و کارکنان درمانی در این خصوص به گیرنده خدمت اطلاع رسانی می نمایند.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تعیین نحوه دسترسی بیمار/ ولی قانونی وی* به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی		
۲	تامین تسهیلات لازم جهت برقراری تماس های فوری با پزشک معالج/ اعضا اصلی گروه پزشکی		
۳	آگاهی بیمار/ همراهان** از نحوه برقراری ارتباط با پزشک معالج/ اعضا اصلی گروه پزشکی		
توضیحات	* ولی قانونی بیمار شامل والدین و سرپرستان قانونی افراد صغیر و نمایندگان قانونی وی می باشد. ** مسئول هماهنگی و اطلاع رسانی به بیمار، سرپرستار بخش و پرستار بیمار است.		
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخش های بالینی، سرپرستاران		



ح | ۱ | ۵ | امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه و آگاهانه برای گیرندگان خدمت فراهم شده است.

دستاوردها

- مشارکت بیمار در تصمیم گیری های بالینی
- رعایت حق تصمیم گیری آزادانه بیمار در مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی
- کاهش عوارض حقوقی شکایات احتمالی

سنجه ۱. پزشکان معالج پیش از اخذ رضایت از بیمار، اطلاعات لازم در زمینه علت بیماری و روش درمانی در نظر گرفته شده، خطرات و عوارض احتمالی، سیر بیماری، محاسن، روش های جایگزین ممکن و پیش آگهی را به زبان ساده و قابل درک، در اختیار بیمار/ولی قانونی وی، با رعایت مدت زمانی که امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه برای ایشان فراهم باشد، قرار می دهند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	شناسایی* و تدوین فهرست اقدامات تشخیصی درمانی نیازمند اخذ رضایت آگاهانه دارند در هر بخش
۲	آگاهی پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها از نحوه اخذ رضایت آگاهانه**
۳	تکمیل فرم*** رضایت آگاهانه در پرونده بیماران تحت عمل جراحی/ پروسیجرهای تشخیصی درمانی مطابق فهرست اقدامات تشخیصی درمانی نیازمند اخذ رضایت آگاهانه بخش
۴	تأیید بیماران در خصوص ارائه توضیحات و فرصت کافی جهت تصمیم گیری و مشارکت آنها در اخذ تصمیم در نحوه تشخیص یا درمان

توضیحات	*فهرست اقدامات تشخیصی درمانی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارند با مشارکت و اجماع پزشکان و مسئول ایمنی بیمار شناسایی و تدوین می گردد. **مطابق دستورالعمل شماره ۴۰۰/۱۲۸۴۳ مورخ ۹۵/۴/۲۷ "الزامات اخذ رضایت آگاهانه و تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی" *** تا زمان ابلاغ فرم کشوری رضایت آگاهانه، این فرم توسط بیمارستان / دانشگاه طراحی می شود و حداقل شامل بندهای منافع و مضرات و روش پیشنهادی پزشک و سایر روش های جایگزین می باشد. توصیه . تدوین دستورالعمل اخذ رضایت آگاهانه به منظور یکپارچه سازی این فرآیند مهم در سراسر بیمارستان.
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخش های بالینی و مسئول فنی

سنجه ۲. در اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی و موارد شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآورده های خونی؛ رضایت آگاهانه اخذ می شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	اخذ رضایت آگاهانه* در اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی** از بیماران***

توضیحات	* اخذ رضایت آگاهانه مطابق سنجه ۱ همین استاندارد ** اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی اعمالی است که مستلزم ایجاد شکاف روی پوست، یا تعبیه ی دستگاه یا وسیله یا مواد خارجی در داخل بدن می باشد. *** به بیماران تحت درمان های تشخیصی/ درمانی و تهاجمی قبل از انجام مداخلات جراحی، اسکوپ، شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآورده های خونی در خصوص محاسن، مخاطرات، عوارض احتمالی، روش درمانی پیشنهادی پزشک و سایر موارد درمانی جایگزین، توسط پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها توضیحات و آموزش های لازم داده می شود. در بیماران همو دیالیزی، دیالیز صفاقی، پلازما فروز، شیمی درمانی بایستی مطابق دستورالعمل ابلاغی به شماره ۴۰۰/۱۲۸۴۳ مورخ ۹۵/۴/۲۷ رضایت آگاهانه اخذ شود. اما در موارد اورژانس (اختلالات هوشیاری، و شرایط تهدید کننده حیات بیمار) نیاز به اخذ رضایت آگاهانه قبل از اقدام مداخلات درمانی حیات بخش نیست.
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخش های بالینی و مسئول فنی



ح-۲) تسهیلات و حمایت ها

ح | ۲ | ۱ | محرمانگی اطلاعات بیماران در بیمارستان رعایت می شود.

دستآورد استاندارد

- پیشگیری از عوارض اجتماعی و خانوادگی برای بیماران
- مدیریت اطلاعات محرمانه درمانی بیماران

سنجه ۲. روش اجرایی " حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران " با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن اطلاع داشته و به آن عمل می نمایند.

سطح سنجه		☐ لزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی				
گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند		
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه		
۳	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند		
۴	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند		
۵	نحوه تعیین کارکنان و رده های شغلی مجاز دارای دسترسی به اطلاعات بیماران در روش اجرایی	بررسی مستند		
۶	نحوه تعیین سطح دسترسی کارکنان مجاز به اطلاعات بیماران در روش اجرایی	بررسی مستند		
۷	نحوه تعیین همراهان مجاز در دسترسی به اطلاعات محرمانه بیماران در روش اجرایی	بررسی مستند		
۸	نحوه صیانت از اطلاعات بیماران با رعایت قوانین شرعی و مدنی در روش اجرایی	بررسی مستند		
۹	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند		
۱۰	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه		
۱۱	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده		
۱۲	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده		
توضیحات		*انتخاب با تشخیص بیمارستان		
هدایت کننده		کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخش های بالینی، مسئول واحد اطلاعات سلامت		

سنجه ۲. بیمارستان استفاده از هرگونه علائم یا نوشته ای که تشخیص بیماری و یا سایر اطلاعات درمانی را آشکار نماید، ممنوع کرده و تیم مدیریت اجرایی بر رعایت آن نظارت می نماید.

سطح سنجه	لزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	اطلاع رسانی به تمام بخش های بالینی در مورد ممنوعیت آشکار سازی اطلاعات درمانی بیمار*	بررسی مستند و مصاحبه	آگاهی کارکنان بخش های بالینی نسبت به ممنوعیت آشکار سازی تشخیص اطلاعات درمانی بیماری
۲	رعایت محرمانگی اطلاعات، اعم از تشخیص های احتمالی یا قطعی بیماری	مشاهده و مصاحبه	نظارت تیم مدیریت اجرایی بر رعایت و انطباق عملکرد کارکنان با ممنوعیت آشکار سازی اطلاعات درمانی بیمار
۳	*تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی در روی جلد پرونده بیمار و تابلوی موجود در بالین بیمار ممنوع می باشد.		
۴	توضیحات توصیه ۱. با توجه به الزام حفاظت از اطلاعات درمانی بیمار و آگاهی او یا ولی قانونی او از تشخیص های احتمالی / قطعی لازم است تمامی نکات ایمنی در گفتار کارکنان، تابلوها و جلد پرونده بیمار توسط سرپرستاران و روسای بخش نظارت و مراقبت شود. توصیه ۲. در صورت درخواست همراهان بیمار (در صورتیکه یکی از همراهان بیمار پزشک/پیراپزشک و یا سایر رشته های وابسته به گروه پزشکی است و تقاضای پرونده بیمار را می نماید) جهت مطالعه محتوای پرونده صرفا با اعلام رضایت بیمار یا ولی قانونی او موافقت شود. نحوه اخذ رضایت به صورت خصوصی و نامحسوس باشد که موجب عوارض روحی و حاشیه ای برای بیمار نشود.		
هدایت کننده	روسا و سرپرستاران بخش های بالینی		



ح | ۲ | ۲ | کنترل استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان در قسمت های مختلف بیمارستان صورت می گیرد.

دستآورد استاندارد

- افزایش تمرکز کارکنان در رسیدگی به بیماران بدحال
- ایجاد فضای آرامبخش در محیط های حساس و پرخطر بیمارستان

سنجه ۱. شرایط استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیر بالینی در شیفت های موظف کاری از سوی تیم مدیریت اجرایی تدوین و ابلاغ شده است و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	ابلاغ شرایط استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیر بالینی در بخش های مختلف توسط رئیس/ مدیرعامل*
۲	آگاهی کارکنان از شرایط استفاده از تلفن همراه در بخش ها / واحدها
۳	رعایت شرایط ابلاغی استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیر بالینی در بخش های مختلف
توضیحات	*محدودیت های استفاده از تلفن همراه در سراسر بیمارستان با تعیین حدود آن در بخش هایی که منجر به تضییع حقوق گیرنده خدمت می شود بایستی تعیین و توسط ریاست بیمارستان به تمامی بخش ها ابلاغ شود. ❖ محدودیت استفاده از تلفن همراه در بخش های بالینی به معنی ممنوعیت نیست.
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، روسا و سرپرستاران بخش ها و مسئولین واحدها

سنجه ۲. ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش های ویژه بیمارستان و اتاق عمل، کت لب ممنوع می باشد و سرپرستار بخش بر اجرای صحیح آن نظارت می نماید.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	اطلاع رسانی به کارکنان* در خصوص ممنوعیت ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش های ویژه، اتاق عمل و کت لب
۲	آگاهی کارکنان* در خصوص ممنوعیت ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش های ویژه، اتاق عمل و کت لب
۳	رعایت عدم استفاده از تلفن همراه در بالین بیماران در داخل فضاهای درمانی بخش های ویژه، اتاق عمل و کت لب**
توضیحات	* کارکنان بخش های ویژه ، اتاق عمل و کت لب ** استفاده از تلفن همراه صرفا در اتاق های استراحت بخش های ویژه، اتاق عمل و کت لب در موارد ضروری و مطابق با رعایت سنجه ۲ استاندارد ب-۱-۸ مراقبت های عمومی بالینی جهت تعیین جانشین مجاز است.
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل، روسا و سرپرستاران بخش های ویژه، اتاق عمل و کت لب



ح | ۲ | ۳ | بیمارستان از ارائه خدمات، منطبق بر موازین شرعی، قانونی و اصول حرفه ای پزشکی اطمینان حاصل می کند.

دستآورد استاندارد

- حفظ حریم خصوصی بیمار، امنیت روانی، افزایش رضایتمندی
- رعایت موازین شرعی و اصول حرفه ای پزشکی در ارائه خدمات

سنجه ۱. خط مشی و روش " رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت " با رعایت حداقل های مورد انتظار و مشارکت بیماران و خانواده آنها تدوین شده، و کارکنان از آن آگاهی داشته و به آن عمل می نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تدوین خط مشی و روش
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان در تدوین خط مشی و روش
۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان
۴	شناسایی امکانات و کارکنان مرتبط
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
۶	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
۷	پیش بینی نحوه محفوظ نمودن فضای اطراف هر تخت در اتاق های عمومی در روش اجرایی
۸	پیش بینی پوشش مناسب بیمار با رعایت فرهنگ عفاف و حجاب در اتاق بستری یا زمان جابجایی بیمار در روش اجرایی
۹	نحوه ورود کارکنان به محل اسقرار محفوظ بیماران (اتاق / پاروان) در روش اجرایی
۱۰	نحوه رسیدگی به درخواست بیمار و خانواده آنها در خصوص افزایش حدود حریم و رعایت اعتقادات آنها در روش اجرایی
۱۱	نحوه تعیین حضور افراد مجاز با رعایت قوانین انطباق در حریم خصوصی بیمار در روش اجرایی
۱۲	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش
۱۳	آگاهی کارکنان بالینی در خصوص خط مشی و روش
۱۴	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۱۵	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، مدیر، روسای بخش های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران

سنجه ۲. پوشش بیماران در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی باید براساس تامین امنیت روانی بیمار و حفظ حریم او و رعایت موازین شرعی، اخلاق پزشکی و متناسب با خدمات تخصصی می باشد.

سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	رعایت پوشش بیمار* متناسب با خدمات تخصصی و موازین شرعی و اخلاق پزشکی در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی
توضیحات	* بر اساس استانداردهای ملی پوشش بیماران، در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی در بخش های مختلف به ویژه) اتاق عمل، ریکاوری، بخش های ویژه، تصویر برداری، آنژیو گرافی و هنگام جابجایی بین بخشی، پوشش بیمار شامل (سایز، تمیزی و آراستگی) باید امنیت روانی بیمار را تامین نموده و حریم خصوصی وی حفظ گردد، به نحوی که مناطقی از بدن بیمار که در مراحل فوق نیاز به مداخله ندارند، پوشانده بماند.
هدایت کننده	معاون درمان، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، روسای بخش های بالینی و سرپرستاران



سنجه ۳. ارایه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران با رعایت موازین انطباق، توسط کارکنان همگن و با رعایت احترام به شان و منزلت انسانی خدمت گیرندگان انجام می شود. به ویژه در مواردی که بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری است و خود بیمار یا همراه وی درخواست می نماید، به نحوی که مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت نشود، رعایت این موازین مد نظر قرار گرفته می شود.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مشاهده و مصاحبه	۱ ارایه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران توسط کارکنان همگن*
مشاهده و مصاحبه	۲ جایگزینی کارکنان همگن در اولین فرصت پس از رفع شرایط تهدید کننده حیات بیمار**
توضیحات	*در صورت کمبود نیروی انسانی همگن بیمارستان ترتیبی اتخاذ می کند که حداقل، در بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری، یا هر گونه مراقبت و درمان نافی حریم بیمار و یا به درخواست بیمار/همراه وی، توسط پرسنل همگن انجام می شود. **در فرآیند ارزیابی حداقل موارد ذیل ارزیابی خواهد شد: ○ در معایناتی که بر حسب ضرورت و یا در مواقع اورژانسی توسط افراد غیر همگن انجام می شود حضور یک نفر محرم (یا معتمد بیمار بنا به درخواست وی) یا کارکنان فنی هم جنس ضروری است. ○ کارکنان همگن در بخش های زنان و زایمان و اورولوژی ○ استفاده از کارکنان همگن در پروسیجرهای خاص مانند (گذاشتن سوند، shaving، سو نوگرافی های واژینال، یوروگرافی، باریم انما، هیسترو سالپنگو گرافی، ماموگرافی ○ مراقبت از بیماران بخش های ویژه توسط همگن ○ استفاده بیمار بر همگن در همه انتقال های بین بخشی و درون بخشی (در انتقال به بخش های کلینیکی و یا پاراکلینیک) ○ بررسی رعایت استفاده از کارکنان همگن در شیفت های عصر و شب
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخش های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران

سنجه ۴. نیازهای عبادی گیرندگان خدمت توسط پرستاران هر بخش شناسایی و تسهیلات لازم برای ایشان فراهم می شود.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند و مصاحبه	۱ شناسایی ادیان و مذاهب مختلف گیرنده خدمت و نیازهای عبادی مربوطه توسط پرستاران هر بخش
مصاحبه	۲ اطلاع رسانی به بیماران جهت انجام فرایض دینی*
بررسی مستند و مشاهده	۳ تامین امکانات لازم شامل قبله نما، ترالی تیمم، امکانات برگزاری نماز در اتاق بستری**
مشاهده	۴ وجود مسجد/ نماز خانه به تفکیک (خانم/ آقا) در محوطه بیمارستان وجود دارد و اطلاع رسانی به بیمار/ همراه
بررسی مستند و مصاحبه	۵ شناسایی و تامین امکانات الزامی جهت فرایض مذهبی سایر ادیان و اطلاع رسانی به بیمار/ همراه
توضیحات	*امکان برقراری ارتباط با روحانیون یا آگاهان دینی جهت پاسخگویی به سوالات شرعی بیماران/ همراهان فراهم گردد. ** حداقل شامل سجاده نماز، مهر، زیر انداز، قرآن، در صورت درخواست بیماران کم توان مساعدت کارکنان در ادای فرایض دینی.
هدایت کننده	مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری و سرپرستاران، کمیته اخلاق پزشکی



سنجه ۵. دستورالعمل " نحوه حفاظت از اموال گیرنده خدمت " تدوین شده، کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند و در این خصوص به بیماراران اطلاع رسانی می شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	تدوین دستورالعمل	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
هدایت کننده	مدیر، مدیر پرستاری، سرپرستاران و مسئول حراست	

ح ۲ | ۴ | بیمارستان از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر، حمایت می نماید.

دستاورد استاندارد

- حمایت از مراجعین آسیب پذیر و در معرض خطر به صورت برنامه ریزی شده
- کاهش عوارض و خطاهای پزشکی در بیماراران در معرض خطر و مجهول الهویه

سنجه ۱. خط مشی و روش " حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر " با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر ساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	تدوین خط مشی و روش*	بررسی مستند
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	تعیین فهرست گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر احتمالی به بیمارستان در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	پیش بینی شیوه های شناسایی گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	پیش بینی نحوه حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	مشاهده
۱۱	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه
۱۲	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*کودکان، زنان باردار، افراد ناتوان، سالمندان، بیماراران روانی، معلولان ذهنی و جسمی، افراد بدون سرپرست و مجهول الهویه شایع ترین آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر هستند.	
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخش های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران	



سنجه ۲. روش اجرایی " نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه " بر اساس قوانین و مقررات و حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تدوین خط مشی و روش*
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان در تدوین خط مشی و روش
۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان
۴	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی
۷	نحوه شناسایی بیماران تا زمان تعیین هویت قبل از انجام هرگونه خدمات تشخیصی و درمانی در روش اجرایی
۸	تعیین حمایت های اختصاصی مانند تعیین همراه داوطلب و سایر حمایت های مراقبتی در روش اجرایی
۹	نحوه پی گیری قانونی جهت احراز هویت بیماران مجهول الهویه در روش اجرایی
۱۰	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش
۱۱	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش
۱۲	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ
هدایت کننده	
کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخش های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران، مسئول حراست، مسئول واحد اطلاعات سلامت	

ح	۲	۵	تسهیلات و امکانات مورد نیاز همراهان و مراجعین به بیمارستان ارائه می شود.
دستاورد استاندارد			
- افزایش رضایتمندی بیماران/ همراهان - ارتقای هتلینگ بیمارستان			

سنجه ۱. در صورت نیاز بیمار به همراه، امکانات اقامت، برای ایشان فراهم می شود.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	وجود فرآیند شناسایی همراهان بیمار مانند کارت همراه*
۲	تامین امکانات اقامت برای همراه بیمار
توضیحات	
* یا هر روش دیگر به تشخیص بیمارستان	
** امکانات اقامت حداقل شامل وجود تخت خواب همراه یا مبل تخت خواب شو	
توصیه . وجود مهمان سرا در بیمارستان یا امکان رزرو هتل در نزدیکی بیمارستان برای همراهان بیمار بخصوص در بیمارستان های ریفرا	
هدایت کننده	
مدیر، مدیر پرستاری و سرپرستاران	



سنجه ۲. امکانات رفاهی لازم برای مراجعین و همراهان فراهم می‌شود.		
سطح سنجه		☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط		☐ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مشاهده	۱	وجود مبلمان شهری مناسب (نیمکت) در محوطه
مشاهده	۲	وجود آلاچیق و فضای استراحت برای مراجعین
مشاهده	۳	وجود وسایل بازی کودک در محوطه‌ی بیمارستان (برای استفاده‌ی عیادت‌کنندگان)
مشاهده	۴	وجود دستگاه خودپرداز فعال
مشاهده	۵	وجود کیوسک تلفن عمومی
مشاهده	۶	فعالیت فروشگاه خرید مواد غذایی و بوفه
مشاهده	۷	وجود حداقل یک نوع غذای سرد و آب جوش.
مشاهده	۸	ارائه صبحانه‌های گرم و سرد به همراهان
مشاهده	۹	امکان سرو حداقل دو نوع غذای گرم تازه و با کیفیت در وعده های نهار و شام برای همراهان بیمار
مشاهده	۱۰	وجود آبدارخانه بهداشتی و تامین آب جوش یا سرو نوشیدنی های گرم (چای) برای همراهان حداقل ۳ بار در شبانه روز
توضیحات		* بر اساس استانداردهای هتلینگ ابلاغی وزارت بهداشت
هدایت کننده		مدیر بیمارستان، مسئول ساختمان، مسئول واحد تغذیه

ح	۲	۶	اقدامات، تسهیلات و امکانات لازم برای بیمارانی که مراحل پایانی زندگی را می گذرانند، اختصاص داده می شود.
دستاوردها			
- حمایت از خانواده بیماران در حال احتضار و ترویج ارزش های انسانی - تداوم تکریم و ارج نهادن به مفهوم انسانی بیماران			

سنجه ۱. کارکنان درمانی شرایطی فراهم می نماید که گیرنده خدمت در حال احتضار، در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است برخوردار شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
مشاهده و مصاحبه	۱ ایجاد فرصت مصاحبت و حضور خانواده بیماران در حال احتضار *	
توضیحات		* مصاحبت با افرادی که بیمار مایل به دیدارشان است و ایجاد فرصت ملاقات برای خانواده بیمار، حتی در ساعات غیر ملاقات.
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی، روسا و سرپرستاران بخش های بالینی	

سنجه ۲. کارکنان درمانی براساس اصول حرفه ایی، اخلاق پزشکی و پرستاری، ضمن تامین آسایش سایر بیماران اقدامات لازم را برای بیمارانی که مراحل پایانی زندگی را می گذرانند در حد امکانات و شرایط انجام می دهند.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	آگاهی کارکنان بخش های درمانی بالینی/خدماتی در خصوص چگونگی برخورد با بیماران در حال احتضار	بررسی مستند و مصاحبه	
۲	فراهم کردن فضای مجزا و مناسب و سایر اقدامات به منظور تامین آسایش بیمار در حال احتضار*	مشاهده	
توضیحات		* حداقل شامل حفظ حریم خصوصی از طریق اختصاص اتاق جداگانه، انتقال بیمار از یک اتاق به اتاق دیگر، ایجاد فضای مجزا از طریق پاراوان یا پرده و هم چنین ایجاد شرایط ویژه از جمله رعایت آداب و رسوم شعائر دینی و ایجاد محیطی آرام برای بیمار و خانواده.	
هدایت کننده		مدیر پرستاری و سرپرستاران	



ح ۲ | ۷ | بیمارستان به گیرنده خدمت حق می دهد تا از پزشک دیگری نظرخواهی نماید.

دستاورد استاندارد

- پاسخگویی به نیازهای بیماران و اطمینان بخشی به آنها در خصوص کیفیت روند درمان و مراقبت

سنجه . در صورت درخواست گیرنده خدمت، سرپرستار بخش با همکاری دفتر پرستاری با اطلاع و موافقت پزشک معالج تسهیلاتی را برای فراهم کردن امکان نظرخواهی از پزشکان دیگر (داخل یا خارج بیمارستان) مهیا نموده و در صورت تایید پزشک معالج دستورات ایشان اجرا می شود.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	اطلاع رسانی و آگاهی پرستاران از روند نظرخواهی از سایر پزشکان* به غیر از پزشک معالج، در صورت درخواست بیمار
۲	همانگی سرپرستار با پزشک معالج و اخذ موافقت او در خصوص نظرخواهی از سایر پزشکان بنا بر درخواست بیمار
۳	پس از موافقت پزشک معالج همانگی سرپرستار با مدیریت پرستاری در خصوص حضور پزشک مورد نظر بیمار جهت نظرخواهی
۴	انجام ویزیت مشورتی پزشک دوم
۵	گزارش دستورات پزشک دوم به پزشک معالج پیش از انجام دستورات
۶	اجرای دستورات پزشک دوم در صورت تایید پزشک معالج**
توضیحات	*پزشکان دیگر در داخل/خارج بیمارستان به غیر از پزشک معالج **مسئولیت قانونی سلامت بیمار و روند درمان بر عهده پزشک معالج است. لذا در صورت درخواست بیمار جهت نظرخواهی از پزشک دوم صرفاً جنبه مشورتی داشته و در صورت تایید پزشک معالج دستورات او قابل اجرا می باشد. مگر آنکه بیمار در سرویس پزشک دوم قرار گیرد.
هدایت کننده	معاون درمان، مدیر پرستاری، روسای بخش های بالینی و سرپرستاران

ح ۲ | ۸ | بیمارستان در صورت درخواست گیرنده خدمت، تصویر تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی را دسترس وی قرار می دهد.

دستاورد استاندارد

- پاسخگویی به نیازهای بیماران در خصوص مستندات پزشکی

سنجه . در صورت درخواست بیمار/ولی قانونی او، تصویر کاغذی/ فایل الکترونیکی اطلاعات و مستندات مربوط به پرونده و نتایج اقدامات پاراکلینیک، در اختیار آنها قرار داده می شود (مسئول مدارک پزشکی بر اجرای این سنجه نظارت می نماید).	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	آگاهی کارکنان واحد مدیریت اطلاعات سلامت، در خصوص تحویل تصویر مستندات پرونده و نتایج اقدامات پاراکلینیک به بیمار
۲	تحویل تصویر کاغذی/ فایل الکترونیکی اطلاعات و مستندات مربوط به پرونده و نتایج پاراکلینیک در صورت درخواست بیمار/ولی قانونی
۳	نظارت بر اجرا و رعایت مراحل مذکور جهت تحویل دریافت تصویر مستندات پرونده توسط مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات، مسئول واحد اطلاعات سلامت (مدارک پزشکی و بایگانی)



ح ۲ ۹ | بیمارستان رضایت گیرنده خدمت را مورد سنجش و تحلیل قرار می دهد.

دستآورد استاندارد

- آگاهی از عملکرد واقعی بیمارستان از نگاه گیرندگان خدمت
- فرصت بازنگری و ارتقای رضایت بیماران و همراهان آنها

سنجه ۱. در فواصل زمانی معین و حداقل فصلی، رضایت بیماران و همراهان از بخش های مختلف بستری و سرپایی، از طریق پرسشنامه ای که روایی و پایایی آن تایید شده است، مورد سنجش قرار می گیرد.

سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین پرسشنامه پایا و روا * سنجش رضایت بیماران و همراهان در دو فرم مستقل	بررسی مستند	
۲	رضایت سنجی از بیماران حداقل سه ماه یک بار (فصلی) با محوریت دفتر بهبود کیفیت**	بررسی مستند	
۳	رضایت سنجی از همراهان حداقل شش ماه یک بار با محوریت دفتر بهبود کیفیت	بررسی مستند	
۴	بررسی نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان در کمیته پایش و سنجش کیفیت	بررسی مستند و مصاحبه	
۵	گزارش تحلیلی نتایج رضایت سنجی*** بیماران و همراهان به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت	بررسی مستند و مصاحبه	
توضیحات	* لازم است روایی و پایایی پرسشنامه مذکور توسط دفتر بهبود کیفیت بررسی و توسط کمیته پایش و سنجش تصویب شود. ** به منظور حذف هرگونه تداخل منافع لازم است ارزیابان مستقل بکار گرفته شوند و پس آموزش آنها توسط دفتر بهبود نسبت به نظر سنجی واقعی بیماران و همراهان اقدام نمایند و در این فرآیند هر گونه عوامل مداخله کننده که نظر بیمار را تحت تاثیر قرار دهد کنترل شود (مانند حضور کارکنان در زمان نظرسنجی، مهارت ارتباطی پرسشگر و تاکید او بر محرمانگی و بی نام بودن فرم ها) پرسشگران از بین کارکنان اداری و یا خارج از بیمارستان (داوطلبین) انتخاب شوند. *** حداقل متوسط رضایت کلی، متوسط رضایت در هر محور/پرسش، رضایت کلی در هر بخش و رضایت در هر بخش و مقایسه نتایج کلی و محور به محور در بخش های مختلف و در نهایت شناسایی موارد بحرانی و موفق، به عنوان گزارش نهایی به تیم مدیریت اجرایی ارائه می شود. همچنین اعضای کمیته پایش و سنجش پیشنهادات اصلاحی خود را پیوست تحلیل نتایج ارائه می نمایند.		
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، کمیته پایش و سنجش کیفیت		

سنجه ۲. تیم مدیریت اجرایی گزارش تحلیلی رضایت سنجی از گیرندگان خدمت و یا همراهان آنها را بررسی و در صورت لزوم مداخلات اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت را تعیین و ابلاغ می نماید و بر اجرای آن نظارت می کند.

سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	بررسی گزارش تحلیلی نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان در جلسات تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه	
۲	تصویب اقدام اصلاحی/ تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی بر اساس گزارش تحلیلی رضایت مندی	بررسی مستند و مصاحبه	
۳	نظارت تیم مدیریت اجرایی بر اجرای مصوبات اصلاحی	بررسی مستند و مصاحبه	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، روسای بخش های بالینی و سرپرستاران و مسئولان واحدهای پشتیبانی		



ح ۲ | ۱۰ | نظام کارآمد رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات در بیمارستان وجود دارد.

دستآورد استاندارد

- پاسخگویی به شکایات و نارضایتی های بیماران و خانواده آنها
- استفاده از نظرات و پیشنهادات بیماران و همراهان، در مسیر تعالی خدمات
- استفاده از نظرات و پیشنهادات کارکنان، در مسیر تعالی خدمات
- افزایش اعتماد گیرندگان خدمت از طریق رسیدگی به موقع به شکایات

سنجه ۱. فرآیند نحوه اعلام شکایات، انتقادات و پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرآیند تدوین و در محلی قابل رؤیت، حداقل در واحد پذیرش، بخش اورژانس، حسابداری و سالن های انتظار، در معرض دید گیرندگان خدمت نصب شده است. کارکنان نسبت به این فرآیند آگاهی داشته و مطابق آن عمل می نمایند.		سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
بررسی مستند	تدوین فرآیند نحوه اعلام و بررسی شکایت / انتقادات و پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرآیند به صورت فلوچارت ساده و قابل فهم				
مشاهده	نصب فرآیند مذکور حداقل در واحد پذیرش، اورژانس، حسابداری و سالن های انتظار و در معرض دید گیرندگان خدمت*				
مصاحبه	آگاهی کارکنان بیمارستان از فرآیند شکایت / انتقادات و پیشنهادات اعلام شده				
مشاهده و مصاحبه	عملکرد کارکنان بر اساس فرآیند شکایت / انتقادات و پیشنهادات اعلام شده				
توضیحات		*اندازه آن حداقل A3 باشد و در معرض دید نصب شود. توصیه: فرآیند نحوه اعلام و بررسی شکایت / انتقادات و پیشنهادات در کنار صندوق های رسیدگی به شکایات نیز نصب شود.			
هدایت کننده		مدیر بیمارستان، کمیته سنجش و پایش کیفیت، مسئول واحد رسیدگی به شکایات یا مسئول متناظر آن در بیمارستان			

سنجه ۲. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت/مسئول معادل، گزارش تحلیل ریشه های نارضایتی بیمار، خانواده و کارکنان را حداقل سه ماهه تهیه و پس از بررسی و تایید کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریت اجرایی گزارش می دهد.		سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
بررسی مستند	جمع آوری و تحلیل ریشه های موارد شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان توسط دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت/مسئول معادل، حداقل هر سه ماه یکبار*				
بررسی مستند و مصاحبه	گزارش تحلیلی و جمع بندی نتایج موارد شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان به کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط مسئول بهبود کیفیت و مسئول واحد رسیدگی به شکایت/مسئول معادل، حداقل هر سه ماه یکبار				
بررسی مستند	بررسی گزارش تحلیلی در کمیته پایش سنجش کیفیت و ارائه پیشنهادات اصلاحی/تدوین برنامه بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی توسط اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت				
بررسی مستند و مصاحبه	ارایه گزارش مصوبات کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص گزارش تحلیلی و جمع بندی نتایج موارد شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت				
توضیحات		*این بازه زمانی (سه ماهه) به منظور تحلیل سیستماتیک مجموع پیشنهادات و شکایات واصله است. اما دفتر رسیدگی به شکایت/مسئول معادل آن در بیمارستان موظف است بلافاصله پس از دریافت شکایات حضوری نسبت به طبقه بندی و اولویت بندی اقدام و به صورت آنی، فوری، درالویت اول و در نوبت رسیدگی طبقه بندی و پس از هماهنگی با مسئولین مربوط، نتایج را به متقاضی گزارش نماید. توصیه: رسیدگی به شکایات های آنی به صورت حضور بلافاصله ای در صحنه و پی گیری میدانی صورت پذیرد. رسیدگی به شکایات های فوری حداقل به صورت تلفن بلافاصله ای پی گیری شود و در موارد با الویت اول تا پایان روز کاری و سایر موارد حسب حساسیت موضوع برنامه ریزی و بر همین اساس به شکایت کننده نوبت پی گیری مجدد اعلام شود.			
هدایت کننده		تیم مدیریت اجرایی، کمیته پایش و سنجش کیفیت، دفتر بهبود کیفیت			



سنجه ۳. تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرآیند مرتبط با شکایت های وارده در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود/بازنگری فرآیندها به عمل آورده و در صورت وجود خسارت، نسبت به جبران آن اقدام و از متقاضی حمایت می نماید.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	بررسی گزارش کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند	
۲	تدوین اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود/ بازنگری فرآیند ها در صورت لزوم توسط تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرآیند *	بررسی مستند	
۳	شناسایی موارد منجر به خسارات به گیرندگان خدمت / کارکنان و اقدام در راستای جبران خسارت توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند	
توضیحات	* به طور مثال در بررسی شکایت مرتبط با بخش اورژانس بایستی در جلسه رسیدگی و تصمیم گیری تیم مدیریت اجرایی نماینده این بخش حضور داشته باشد.		
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی و مسئولان و روسای بخش ها/واحدها		

سنجه ۴. نحوه اجرای استانداردهای حقوق گیرنده خدمت توسط کمیته اخلاق پزشکی ارزیابی و در صورت لزوم با مشارکت تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می شود.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	ارزیابی داخلی محور حقوق گیرنده خدمت طبق برنامه اعلامی از سوی دفتر بهبود کیفیت توسط اعضای کمیته اخلاق پزشکی *	بررسی مستند	
۲	اخذ تصمیمات اصلاحی/تدوین برنامه بهبود کیفیت در پیاده سازی استانداردهای حقوق گیرنده خدمت در جلسه مشترک تیم مدیریت اجرایی و اعضای کمیته اخلاق پزشکی در بازه زمانی خود ارزیابی های اعتباربخشی**	بررسی مستند	
توضیحات	* با توجه به اهمیت این محور تولید خود ارزیابی این محور به کمیته اخلاق پزشکی سپرده شود. ** طبق سنجه ۱ از استاندارد الف - ۳ - ۶ محور بهبود کیفیت از مدیریت و رهبری.		
هدایت کننده	کمیته اخلاق پزشکی با مشارکت مدیریت اجرایی		