

آیین نامه ی داخلی کمیته ی سنجش و پایش کیفیت

۱

پیگیری مصوبات از طریق دبیر کمیته انجام می گیرد	نحوه پیگیری مصوبات:
رئیس مرکز بعنوان رئیس کمیته میباشد. مسئول بهبود کیفیت مرکز بعنوان دبیر کمیته انتخاب می گردد	شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته:
هر ماه یکبار	تواتر جلسات:
نصف بعلاوه ی یک نفر	حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات:
پایش درصد تحقق تصمیمات متخذه توسط دفتر بهبود کیفیت	نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:
از طریق صورتجلسات و ثبت در نرم افزار کمیته های بیمارستانی	نحوه مستند سازی سوابق جلسات:
اجرای گزارش می گردد	نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

شرح وظایف

پیگیری تعیین تکلیف بیماران بستری در اورژانس بیمارستان	۱
بازنگری و تحلیل داده های حاصل از پایش نتایج اجرای فرایندها و تدبیر اقدامات اصلاحی	۲
پایش و ارزشیابی برنامه بهبود کیفیت بیمارستان	۳
نظارت مستمر بر تشکیل و اجرای مصوبات سایر کمیته-های بیمارستانی	۴
تدوین مراتب اجرایی پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی در سطح بیمارستان	۵
پیگیری موارد ارجاعی از واحد بهبود کیفیت	۶
تدوین فهرست اولویت-ها و شاخص های بهبود کیفیت بیمارستان	۷

نحوه پیگیری مصوبات:	پیگیری مصوبات از طریق دبیر کمیته انجام می گیرد
شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته:	رئیس مرکز بعنوان رئیس کمیته میباشد. مسئول مدارک پزشکی مرکز بعنوان دبیر کمیته انتخاب می گردد
تواتر جلسات:	هر ماه یکبار
حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات:	نصف بعلاوه ی یک نفر
نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:	پایش درصد تحقق تصمیمات متخذه توسط دفتر بهبود کیفیت
نحوه مستند سازی سوابق جلسات:	از طریق صورتجلسات و ثبت در نرم افزار کمیته های بیمارستانی
نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:	تعامل با سایر کمیته ها از طریق مسئول بهبود کیفیت انجام می گیرد. گزارش سه ماهه ی عملکرد به تیم مدیریت اجرایی ارائه میشود. موارد ضروری توسط مسئول بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارجاع داده میشود

شرح وظایف

پایش نظام بایگانی منطبق بر ضوابط در مدارک پزشکی	۱
پایش اجرای نظام پرونده نویسی صحیح و علمی و در دسترس بودن گزارش های منظم ماهیانه از عملکرد بیمارستان	۲
تایید فرم-های بیمارستانی طراحی شده و پایش نظام بایگانی منطبق بر ضوابط در مدارک پزشکی	۳
اجرای استانداردهای فناوری اطلاعات در اعتبار بخشی	۴
نظارت بر نحوه حضور و عملکرد پزشکان آنکال در بیمارستان	۵

نحوه پیگیری مصوبات:	پیگیری مصوبات از طریق دبیر کمیته انجام می گیرد
شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته:	رئیس مرکز بعنوان رئیس کمیته میباشد. دبیر کمیته با نظر تیم مدیریت اجرایی انتخاب می گردد
تواتر جلسات:	هر ماه یکبار
حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات:	نصف بعلاوه ی یک نفر
نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:	پایش درصد تحقق تصمیمات متخذه توسط دفتر بهبود کیفیت
نحوه مستند سازی سوابق جلسات:	از طریق صورتجلسات و ثبت در نرم افزار کمیته های بیمارستانی
نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:	تعامل با سایر کمیته ها از طریق مسئول بهبود کیفیت انجام می گیرد. گزارش سه ماهه ی عملکرد به تیم مدیریت اجرایی ارائه میشود. موارد ضروری توسط مسئول بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارجاع داده میشود

شرح وظایف

هماهنگی فعالیت کانون مذهبی بیمارستان در برگزاری مناسبت-های اسلامی و ترویج شعائر اسلامی در محیط بیمارستان	۱
پیاده سازی نظام کارآمد رسیدگی به شکایات و ارزیابی رضایت گیرندگان خدمت	۲
تهیه و تنظیم شناسنامه شغلی و انجام معاینات سلامت شغلی	۳
تصویب و اجرایی نمودن مداخلات مناسب جهت کاهش عوارض زیان آور محیط کار	۴
۸-تصویب و اجرایی نمودن دستوالعمل-های اجرایی حفاظتی در بیمارستان	۵
نظارت بر بهداشت پرتوها در بیمارستان	۶
تدوین برنامه آموزشی کارکنان در زمینه ایمنی و بهداشت حرفه ای	۷
تصویب و اجرایی نمودن مداخلات مناسب جهت رفع مشکلات شناسایی شده	۸
اجرای آیین-نامه طرح انطباق	۹
ارایه رهیافت-های لازم در زمینه استفاده مطلوب از یافته-های علوم تجربی و امکانات تشخیصی درمانی منطبق بر موازین شرع مقدس	۱۰
اعتلای سطح اخلاق اسلامی و انسانی در سطح کارکنان	۱۱
فراهم نمودن تسهیلات احکام شرعی و احیای فریضه نماز	۱۲

آیین نامه ی داخلی کمیته ی کنترل عفونت

۴

نحوه پیگیری مصوبات:	پیگیری مصوبات از طریق دبیر کمیته انجام می گیرد
شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته:	رئیس مرکز بعنوان رئیس کمیته میباشد. کارشناس کنترل عفونت مرکز بعنوان دبیر کمیته انتخاب می گردد
تواتر جلسات:	هر ماه یکبار
حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات:	نصف بعلاوه ی یک نفر
نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:	پایش درصد تحقق تصمیمات متخذه توسط دفتر بهبود کیفیت
نحوه مستند سازی سوابق جلسات:	از طریق صورتجلسات و ثبت در نرم افزار کمیته های بیمارستانی
نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:	تعامل با سایر کمیته ها از طریق مسئول بهبود کیفیت انجام می گیرد. گزارش سه ماهه ی عملکرد به تیم مدیریت اجرایی ارائه میشود. موارد ضروری توسط مسئول بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارجاع داده میشود

شرح وظایف

۱	گزارش عفونت های بیمارستانی به سازمان-های مرتبط
۲	نظارت بر انتقال نتایج اطلاعات عفونت-های بیمارستان به مدیران و واحدها
۳	جمع آوری منظم و تحلیل داده-های نظام مراقبت عفونت-های کسب شده از بیمارستان و اثر بخشی برنامه
۴	به روز رسانی و مرور منظم خط مشی-ها و روش-های کنترل عفونت
۵	پایش و کنترل انجام صحیح ضد عفونی محیط های بیمارستانی و روش های صحیح استریلیزاسیون در بیمارستان
۶	نظارت و پیگیری بر نحوه مراقبت-های پزشکی و پرستاری از بیماران عفونی
۷	گزارش بیماری-های واگیر و غیر واگیر و موارد جدید به سازمان-های مرتبط

آیین نامه ی داخلی کمیته ی بهداشت محیط

۵

نحوه پیگیری مصوبات:	پیگیری مصوبات از طریق دبیر کمیته انجام می گیرد
شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته:	رئیس مرکز بعنوان رئیس کمیته میباشد. مسئول بهداشت محیط مرکز بعنوان دبیر کمیته انتخاب می گردد
تواتر جلسات:	هر ماه یکبار
حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات:	نصف بعلاوه ی یک نفر
نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:	پایش درصد تحقق تصمیمات متخذه توسط دفتر بهبود کیفیت
نحوه مستند سازی سوابق جلسات:	از طریق صورتجلسات و ثبت در نرم افزار کمیته های بیمارستانی
نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:	تعامل با سایر کمیته ها از طریق مسئول بهبود کیفیت انجام می گیرد. گزارش سه ماهه ی عملکرد به تیم مدیریت اجرایی ارائه میشود. موارد ضروری توسط مسئول بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارجاع داده میشود

شرح وظایف

۱	آموزش بهداشت و آموزش نحوه دفع بهداشتی زباله-ها به پرستاران ،خدمات و سایر کارکنان
۲	انجام واکسیناسیون-های ضروری برای کلیه کارکنان
۳	نظارت بر اجرای دقیق مقررات مربوط به نگهداری ،شستشو،ذخیره سازی و توزیع صحیح و بهداشتی پارچه ،ملحفه ،البسه،گان،شان و
۴	نظارت بر نحوه استفاده صحیح از مواد ضد عفونی کننده مجاز و شوینده توسط کارکنان مربوطه و ارائه آموزش های لازم به ایشان
۵	نظارت بر بهداشت فردی و نظافت کارکنان
۶	نظارت بر نحوه جداسازی و دفع بهداشتی زباله-ها
۷	نظارت بر تفکیک اشیاء پارچه-ای عفونی از غیر عفونی

آیین نامه ی داخلی کمیته ی مدیریت خطر حوادث و بلایا

۶

پیگیری مصوبات از طریق دبیر کمیته انجام می گیرد	نحوه پیگیری مصوبات:
رئیس مرکز بعنوان رئیس کمیته میباشد. دبیر کمیته با نظر تیم مدیریت اجرایی انتخاب می گردد	شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته:
دو ماه یکبار	تواتر جلسات:
نصف بعلاوه ی یک نفر	حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات:
پایش درصد تحقق تصمیمات متخذه توسط دفتر بهبود کیفیت	نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:
از طریق صورتجلسات و ثبت در نرم افزار کمیته های بیمارستانی	نحوه مستند سازی سوابق جلسات:
تعامل با سایر کمیته ها از طریق مسئول بهبود کیفیت انجام می گیرد. گزارش سه ماهه ی عملکرد به تیم مدیریت اجرایی ارائه میشود. موارد ضروری توسط مسئول بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارجاع داده میشود	نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

شرح وظایف

گزارش حوادث رخ داده شده در زمینه-های (ساختمان، تأسیسات، تجهیزات، HIS و سایر موارد) به تیم مدیریت اجرایی، تحلیل و انجام اقدامات اصلاحی	۱
تدوین برنامه پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی و توانبخشی جهت مقابله با حوادث و بلایا با رویکرد All-Hazard و ۵ عامل خطر آفرین شناسایی شده	۲
تدوین و بازنگری سامانه فرماندهی، جانشین-های آن، شرح وظایف و مسئولیت-ها، نحوه فعالسازی/ غیر فعالسازی سامانه	۳
نتایج ارزیابی خطر حوادث و بلایا اولویت بندی گردد و اقدامات پیشگیرانه تدوین شود.	۴
نتایج اجرای کلیه برنامه-های پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی حوادث و بلایا (پیشرفت برنامه عملیاتی بر اساس ارزیابی خطر، ارزیابی آموزش-های داده شده، تمرین-های انجام شده جهت آمادگی برای مقابله با شرایط بحرانی و....)	۵
برنامه ریزی جهت برگزاری تمرین-های شبیه-سازی شده، مانور آشنشانی و تخلیه بیمارستان برای پرسنل و اعضای کمیته در جهت آمادگی و پاسخ مناسب به حوادث و بلایا	۶
پیگیری و قدام جهت پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی	۷
ارزیابی و شناسایی عوامل خطر آفرین خارجی و داخلی بیمارستان و مشخص کردن ۵ مورد مهم آن-ها	۸
تدوین روش-های اجرایی و دستورالعمل-های مرتبط با برنامه آمادگی و پاسخ به حوادث و بلایا	۹

نحوه پیگیری مصوبات:	پیگیری مصوبات از طریق دبیر کمیته انجام می گیرد
شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته:	رئیس مرکز بعنوان رئیس کمیته میباشد. دبیر کمیته با نظر تیم مدیریت اجرایی انتخاب می گردد
تواتر جلسات:	هر ماه یکبار
حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات:	نصف بعلاوه ی یک نفر
نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:	پایش درصد تحقق تصمیمات متخذه توسط دفتر بهبود کیفیت
نحوه مستند سازی سوابق جلسات:	از طریق صورتجلسات و ثبت در نرم افزار کمیته های بیمارستانی
نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:	تعامل با سایر کمیته ها از طریق مسئول بهبود کیفیت انجام می گیرد. گزارش سه ماهه ی عملکرد به تیم مدیریت اجرایی ارائه میشود. موارد ضروری توسط مسئول بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارجاع داده میشود

شرح وظایف

شرکت اعضاء در دوره های بازآموزی و کنفرانس های برگزار شده از طرف کمیته های دانشگاهی و کشوری	۱
نظارت بر مراقبت های مادران در دوران بارداری و شیردهی در کلینیک های زنان و نظارت بر آموزش های ارائه شده به مادران مراجعه کننده بویژه جهت مشاوره شیردهی و رفع مشکلات شیردهی آن ها	۲
فراهم آوردن تسهیلات لازم جهت اقدامات مادرانی که شیرخوارشان در بخش بستری هستند.	۳
تلاش در جهت تشکیل گروه های حامی مادران شیرده با کمک مادران شیرده موفق	۴
بازدید و نظارت مستمر و منظم توسط یکی از اعضاء کمیته از بخش های مرتبط به منظور اجرای اقدامات ده گانه، نحوه آموزش مادران و ارائه رهنمودها جهت رفع نواقص	۵
تهیه گزارش کتبی توسط بازدید کننده به مسئول کمیته و تهیه گزارش فعالیت های انجام شده و ارسال آن جهت ارائه به دانشگاه	۶
انجام پایش های دوره ای، برنامه ریزی جهت انجام مداخلات لازم با زمان بندی مشخص و نگهداری مستندات اقدامات انجام گرفته	۷
نظارت بر ترخیص همزمان مادر و نوزاد	۸

نحوه پیگیری مصوبات:	پیگیری مصوبات از طریق دبیر کمیته انجام می گیرد
شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته:	رئیس مرکز بعنوان رئیس کمیته میباشد. دبیر کمیته با نظر تیم مدیریت اجرایی انتخاب می گردد
تواتر جلسات:	دو ماه یکبار
حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات:	نصف بعلاوه ی یک نفر
نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:	پایش درصد تحقق تصمیمات متخذه توسط دفتر بهبود کیفیت
نحوه مستند سازی سوابق جلسات:	از طریق صورتجلسات و ثبت در نرم افزار کمیته های بیمارستانی
نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:	تعامل با سایر کمیته ها از طریق مسئول بهبود کیفیت انجام می گیرد. گزارش سه ماهه ی عملکرد به تیم مدیریت اجرایی ارائه میشود. موارد ضروری توسط مسئول بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارجاع داده میشود

شرح وظایف

۱	نظارت بر نحوه آموزش پرستاران از طریق آزمون های استاندارد و اخذ گزارشات
۲	استماع و بررسی گزارش bed manager
۳	برنامه ریزی جهت ارتقاء فرآیندهای اورژانس بیمارستان
۴	نظارت بر نحوه عملکرد خدمات آمبولانس بیمارستان
۵	هماهنگی و بسترسازی مناسب برای اجرای تریاژ بیمارستانی
۶	پیش بینی فضای فیزیکی و تجهیزات مناسب برای اجرای تریاژ و پیگیری جهت آماده سازی آن
۷	تعیین پرستاران مناسب جهت بکارگیری در تریاژ
۸	پیگیری در جهت تجهیز بیمارستان در جهت برقراری تریاژ مناسب
۹	معرفی سامانه تریاژ با سایر پرسنل مرتبط بر حسب نیاز
۱۰	اندازه-گیری و ارتقاء شاخص-های مربوط به تریاژ بخش اورژانس
۱۱	هماهنگی و نظارت کامل بر نحوه اجرای تریاژ از طریق ارزیابی منظم
۱۲	تشکیل جلسات ماهانه کارگروه تریاژ و ارائه گزارش عملکرد حداقل هر ۳ ماه به کارگروه تریاژ دانشگاه مربوطه
۱۳	بررسی موارد خاص و موانع اجرای تریاژ و ارائه راهکار با هماهنگی کارگروه تریاژ دانشگاه

بررسی موارد خاص و موانع اجرای تریاژ و ارائه راهکار با هماهنگی کارگروه تریاژ دانشگاه	۱۴
هماهنگی با معاونت درمان جهت آموزش پرسنل منتخب تریاژ	۱۵
هماهنگی جهت انجام آموزش پرستاران تریاژ	۱۶

نحوه پیگیری مصوبات:	پیگیری مصوبات از طریق دبیر کمیته انجام می گیرد
شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته:	رئیس مرکز بعنوان رئیس کمیته میباشد. مسئول امور دارویی مرکز بعنوان دبیر کمیته انتخاب می گردد
تواتر جلسات:	هر ماه یکبار
حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات:	نصف بعلاوه ی یک نفر
نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:	پایش درصد تحقق تصمیمات متخذه توسط دفتر بهبود کیفیت
نحوه مستند سازی سوابق جلسات:	از طریق صورتجلسات و ثبت در نرم افزار کمیته های بیمارستانی
نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:	تعامل با سایر کمیته ها از طریق مسئول بهبود کیفیت انجام می گیرد. گزارش سه ماهه ی عملکرد به تیم مدیریت اجرایی ارائه میشود. موارد ضروری توسط مسئول بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارجاع داده میشود

شرح وظایف

۱	تدوین خط مشی-ها و دستورالعمل-های مربوط به دارو (مصرف صحیح، اشتباه دارویی و عوارض)
۲	آموزش نحوه کاربرد و استفاده صحیح و ایمنی و نگهداری تجهیزات پزشکی و بیمارستانی
۳	بررسی و مطالعه در مورد میزان نیاز به انواع مواد غذایی (اعم از غذاهای رژیمی و سایر غذاها) از نظر کمی و کیفی ، در سطح بیمارستان
۴	پیش بینی و نظارت بر نحوه تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی مصرفی نظارت بر نحوه استفاده از وسایل ، نگهداری و تامین تجهیزات پزشکی
۵	ترویج شیوه های علمی درمان و دارو در سطح بیمارستان
۶	تدوین فرایندی برای تعیین ، تصویب و تهیه داروهایی که جزو فرمولاری بیمارستانی نیستند.
۷	تدوین لیست داروهای ضروری که باید در داروخانه یا هر یک از بخشهای بیمارستان موجود باشد
۸	تدوین فهرستی از داروهای خودبخود متوقف شونده ، داروهایی که پس از مدت زمان معینی دیگر نباید ادامه یابند و باید به پزشک معالج اطلاع داده شود
۹	نظارت بر رعایت دستورالعمل-های کشوری مربوط به دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی و غیر مصرفی (داروهای مشابه و با هشدار بالا)

نحوه پیگیری مصوبات:	پیگیری مصوبات از طریق دبیر کمیته انجام می گیرد
شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته:	رئیس مرکز بعنوان رئیس کمیته میباشد. دبیر کمیته با نظر تیم مدیریت اجرایی انتخاب می گردد
تواتر جلسات:	هر ماه یکبار
حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات:	نصف بعلاوه ی یک نفر
نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:	پایش درصد تحقق تصمیمات متخذه توسط دفتر بهبود کیفیت
نحوه مستند سازی سوابق جلسات:	از طریق صورتجلسات و ثبت در نرم افزار کمیته های بیمارستانی
نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:	تعامل با سایر کمیته ها از طریق مسئول بهبود کیفیت انجام می گیرد. گزارش سه ماهه ی عملکرد به تیم مدیریت اجرایی ارائه میشود. موارد ضروری توسط مسئول بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارجاع داده میشود

شرح وظایف

۱	گروه خدمات نادر و گران قیمت به پروسیجرها و یا اعمال جراحی الکتیو و غیر روتین گفته می-شود که در آن-ها وسیله مصرفی پزشکی گران قیمت (مجموع قیمت وسایل پزشکی مصرفی در یک عمل جراحی یا یک مداخله درمانی معادل ده میلیون تومان و بالاتر) استفاده می شود.
۲	در گروه مداخلات درمانی نادر و پر هزینه، کمیته بیمارستانی موظف است جلسات مورد نیاز را قبل از انجام مداخلات، با دعوت از متخصصین رشته-های مربوطه و پزشک متخصصی که قرار است مداخله درمانی را انجام دهد تشکیل و بحث-های فنی مربوط به اندیکاسیون را بررسی و مجوز انجام مداخله را صادر نمایند. این جلسات می-بایست به نحوی تشکیل شود که باعث هیچگونه تاخیر یا تغییر در برنامه پذیرش بیماران و نیز معطلی آنان نگردد.
۳	در گروه مداخلات تشخیصی و درمانی شایع، کمیته بیمارستانی موظف است تا اطلاعات مربوط به حجم مداخلات تجویز شده توسط پزشکان شاغل در بیمارستان را مورد بررسی قرار داده و با استفاده از روش-های آماری و مدیریتی، موارد خارج از بازه-های معمول را شناسایی و علت آن را مورد پیگیری قرار دهند. همچنین لازم است برای تمام پزشکیانی 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.
۴	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 آن-ها را به دبیرخانه دانشگاه ارسال نمایند.

نحوه پیگیری مصوبات:	پیگیری مصوبات از طریق دبیر کمیته انجام می گیرد
شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته:	رئیس مرکز بعنوان رئیس کمیته میباشد. دبیر کمیته با نظر تیم مدیریت اجرایی انتخاب می گردد
تواتر جلسات:	هر ماه یکبار
حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات:	نصف بعلاوه ی یک نفر
نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:	پایش درصد تحقق تصمیمات متخذه توسط دفتر بهبود کیفیت
نحوه مستند سازی سوابق جلسات:	از طریق صورتجلسات و ثبت در نرم افزار کمیته های بیمارستانی
نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:	تعامل با سایر کمیته ها از طریق مسئول بهبود کیفیت انجام می گیرد. گزارش سه ماهه ی عملکرد به تیم مدیریت اجرایی ارائه میشود. موارد ضروری توسط مسئول بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارجاع داده میشود

شرح وظایف

۱	بررسی دوره-ای عوارض
۲	بررسی عوامل موثر بر مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در بیمارستان.
۳	گزارش نمونه-های بیوپسی و اتوپسی و نکروپسی
۴	گزارش تمام بیماری-های در صورت نیاز (با توجه به مقررات وزارت بهداشت)
۵	برگزاری کنفرانس-های مرتبط
۶	بررسی علل مرگ و میر در بیمارستان
۷	بررسی منظم همه موارد مرگ و میر (بویژه موارد مرگ غیر منتظره)
۸	پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی
۹	اجرای استانداردهای مرتبط با مرگ و میر و آسیب شناسی در اعتبار بخشی
۱۰	اتخاذ تدابیر به منظور کاهش عوارض مرگ و میر در بیمارستان

آیین نامه ی داخلی کمیته ی طب انتقال خون

نحوه پیگیری مصوبات:	پیگیری مصوبات از طریق دبیر کمیته انجام می گیرد
شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته:	رئیس مرکز بعنوان رئیس کمیته میباشد. دبیر کمیته با نظر تیم مدیریت اجرایی انتخاب می گردد
تواتر جلسات:	دو ماه یکبار
حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات:	نصف بعلاوه ی یک نفر
نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:	پایش درصد تحقق تصمیمات متخذه توسط دفتر بهبود کیفیت
نحوه مستند سازی سوابق جلسات:	از طریق صورتجلسات و ثبت در نرم افزار کمیته های بیمارستانی
نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:	تعامل با سایر کمیته ها از طریق مسئول بهبود کیفیت انجام می گیرد. گزارش سه ماهه ی عملکرد به تیم مدیریت اجرایی ارائه میشود. موارد ضروری توسط مسئول بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارجاع داده میشود

شرح وظایف

ارتقای سطح دانش و آگاهی کارکنان در زمینه طب انتقال خون	۱
بررسی عوارض ناخواسته انتقال خون و فرآورده های خونی در بیمارستان	۲
تصویب و اجرای مداخلات کاهش دهنده عوارض انتقال خون	۳
اجرای استانداردهای طب انتقال خون در اعتبار بخشی	۴

آیین نامه ی داخلی کمیته ی تیم مدیریت اجرایی

نحوه پیگیری مصوبات:	پیگیری مصوبات از طریق دبیر کمیته انجام می گیرد
شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته:	رئیس مرکز بعنوان رئیس کمیته میباشد. دبیر کمیته با نظر تیم مدیریت اجرایی انتخاب می گردد
تواتر جلسات:	دو جلسه در هر ماه
حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات:	نصف بعلاوه ی یک نفر
نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:	پایش درصد تحقق تصمیمات متخذه توسط دفتر بهبود کیفیت
نحوه مستند سازی سوابق جلسات:	از طریق صورتجلسات و ثبت در نرم افزار کمیته های بیمارستانی
نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:	عملکرد کلیه ی کمیته ها در کمیته ی سنجش و پایش کیفیت ، پایش و نتیجه سه ماه یکبار به تیم مدیریت اجرایی گزارش می گردد. موارد ضروری توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارجاع میشود

شرح وظایف

کسب اطمینان از انجام اقدامات لازم در خصوص گزارش های ارزیابی و یا سازمانهای قانونگذار از جمله اعتباربخشی.	۱
بررسی گزارش عملکرد مرکز در دوره های حداقل سه ماهه	۲
بررسی بازخورد کمیته های بیمارستانی و هدگذاری جهت ارتقاء شاخصها و تعیین اقدامات اصلاحی	۳
تعیین وپایش شاخص های عملکردی و فرآیندی سازمان و ارتقا اثربخشی در کلیه سطوح مدیریت فعالیت های آموزشی و پژوهشی با تبعیت از استاندارد های اعتبار بخشی	۴
بستر سازی در جهت ارتقای کیفیت وایمنی بیمار و نظارت بر برنامه های کیفی	۵
سالم سازی ، توسعه برنامه ها و طرح ها در جهت حفظ محیط زیست و سالم سازی محیط طرح و ارتقاء دستور العمل ها و خط مشی های داخلی سازمان و مستند سازی	۶
اصلاح ساختار سازمانی ، مستند سازی سطح روابط ،مسئولیت ها ،اختیارات و شرح وظایف سازمانی	۷
برنامه ریزی و ارتقاء همکاری های بین بخشی در سطح دانشگاه و جامعه	۸
برنامه ریزی مالی و ارتقا بهره وری از منابع مالی انسانی ، فیزیکی مرکز و نظارت بر بودجه و تامین و تخصیص منابع به ترتیب الویت و بصورت اختصاصی	۹
تعیین خط مشی و شفاف سازی رسالت سازمان در راستای مأموریت مرکز در ارتقاء سلامت جامعه	۱۰

نظارت بر تعیین و تحلیل شاخص های کلیدی عملکردی و انجام اقدامات اصلاحی بر اساس آنها در کلیه بخش ها و واحدهای بیمارستان از جمله واحدهای برون سپاری شده	۱۱
مشارکت در تدوین برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	۱۲
نظارت بر اجرای برنامه عملیاتی مناسب در کل بیمارستان برای بهبود کیفیت و ایمنی بیمار و دستیابی به اهداف استراتژیک بیمارستان	۱۳
تخصیص منابع به بخش ها و واحدها به منظور دستیابی به اهداف استراتژیک سازمان.	۱۴
نشر بیانیه رسالت بیمارستان در تمامی قسمت ها به نحوی که کلیه کارکنان از آن آگاهی داشته باشند.	۱۵
بازنگری برنامه استراتژیک بیمارستان (حداقل سالانه)	۱۶
تدوین برنامه استراتژیک ۳ تا ۵ ساله بیمارستان	۱۷
بررسی عملکرد واحدهای برون سپاری شده	۱۸
برنامه ریزی ، اجرا وپایش خدمات در جهت رعایت حقوق گیرندگان خدمت	۱۹