

کد: QI-RE-310-02

آیین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی



بیمارستان امام هادی (ع) فرشبند



تهیه و تنظیم: دفتر بهبود کیفیت

پاییز 1402

کمیته های اصلی بیمارستان
بر اساس استانداردهای
اعتباربخشی

سنجش و پایش
کیفیت

طب انتقال خون

اقتصاد درمان، دارو
و تجهیزات پزشکی

راهبردی
اورژانس

اخلاق بالینی و
پزشکی

مدیریت خطر،
حوادث و بلایا

مدیریت اطلاعات
سلامت و فناوری
اطلاعات

مرگ و میر، عوارض
و آسیب شناسی و
نسوج

حفاظت فنی و
بهداشت کار

کنترل عفونت

ترویج زایمان
طبیعی و ایمن

بهداشت محیط

ترویج تغذیه با
شیر مادر

فهرست مطالب

- 1- کمیته سنجش و پایش کیفیت 4-8
- 2- کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی 9-13
- 3- کمیته اخلاق بالینی و پزشکی 14-18
- 4- کمیته مدیریت فناوری اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات 19-22
- 5- کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار 23-26
- 6- کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر 27-30
- 7- کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن 31-34
- 8- کمیته بهداشت محیط 35-38
- 9- کمیته کنترل عفونت 39-43
- 10- کمیته مرگ و میر، عوارض و آسیب شناسی نسوج 44-50
- 11- کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلایا 51-54
- 12- کمیته اورژانس 55-58
- 13- کمیته طب انتقال خون 59-62

کمیته سنجش و پایش کیفیت

در راستای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان و به منظور ایجاد هماهنگی، پشتیبانی و پیگیری عملیات اجرایی کمیته پایش و سنجش کیفیت، آیین نامه داخلی کمیته به شرح ذیل تعیین می گردد.

هدف:

هدف از کمیته بهبود کیفیت، ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده به مراجعین و نیز ارتقاء کیفی عملکرد کارکنان با مشارکت فعال مراجعین و پرسنل می باشد تا بدین ترتیب موجبات رضایت کارکنان و مشتریان فراهم گردد.

شرایط و نحوه انتخاب رییس و دبیر کمیته:

رییس کمیته: بر اساس دستورالعمل ابلاغی ریاست بیمارستان، رئیس کمیته های بیمارستانی خواهد بود.

دبیر کمیته: یک نفر کارشناس بهبود کیفیت مسلط و آگاه که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می شود.

اعضای ثابت و موقت کمیته:

اعضای ثابت کمیته: رییس بیمارستان / مدیر بیمارستان / مدیر پرستاری / سوپروایزر آموزشی / مسئول بهبود کیفیت / دبیر کمیته های فناوری اطلاعات سلامت و فناوری / بهداشت محیط / بهداشت حرفه ای / کنترل عفونت / کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار / ناظر دارویی / مسئول تجهیزات پزشکی / مسئول بخش های درمانی / رابط کمیته های بیمارستانی

اعضای موقت: بسته به دستور کار جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

نکته:

1. کلیه اعضا با حکم ریاست بیمارستان منصوب خواهند شد.
2. جهت کلیه اعضای کمیته ابلاغ کتبی صادر و در پوشه کمیته نگهداری خواهد شد.
3. تشکیل جلسات منظم (طبق جدول زمانبندی کمیته ها) و تهیه صورتجلسه و پیگیری اجرای مصوبات به عهده دبیر کمیته خواهد بود.
4. هماهنگی برای مکان برگزاری جلسات و تنظیم برنامه زمان بندی توسط دبیر کمیته صورت میگیرد.
5. در صورت عدم حضور رییس کمیته جلسات با حضور مدیر بیمارستان تشکیل و رسمیت خواهد داشت.
6. حضور کارشناس هماهنگ هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات کمیته های اقتصاد درمان دارو و تجهیزات پزشکی، حفاظت فنی و بهداشت کار، ترویج تغذیه با شیر مادر و مدیریت اطلاعات و فناوری اطلاعات در صورت وجود دستور کار مرتبط با ایمنی بیماران و در سایر کمیته ها با هر دستور کاری الزامی می باشد.
7. نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات:

کمیته هر دو ماه یکبار تشکیل می شود.

تعیین حداقل اعضا برای رسمیت یافتن جلسات :

با حضور حداقل دو سوم اعضای کمیته و حضور ریاست یا جانشین ایشان رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات:

صورت جلسه کمیته شامل فهرست اسامی حاضرین - غایبین - مهم ترین مصوبات مورد بحث -مسئول پیگیری هر مصوبه -مهلت مقرر جهت اجرا مصوبه -نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل -تاریخ و ساعت تشکیل جلسه - تاریخ برگزاری جلسه آتی - توسط دبیر کمیته تایپ می شود جهت پیگیری به موقع مصوبات ظرف مدت یک هفته از زمان برگزاری کمیته به مسئول کمیته تحویل داده می شود.

نحوه پیگیری مصوبات:

پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها توسط دبیر کمیته صورت می پذیرد و مستندات مربوط به پیگیری اجرای مصوبات به صورت جلسه پیوست می شود.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته :

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده است و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبات- علل عدم تحقق می باشد و دبیر کمیته پایش و کیفیت بیمارستان بر روی مصوبات کمیته ها نظارت داشته و مصوبات کمیته ها هر سه ماه یک بار توسط دبیر کمیته پایش شده و به دفتر بهبود کیفیت تحویل داده می شود و نتایج توسط کمیته بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارسال می گردد و باز خوراند به دبیر کمیته تحویل داده می شود.

نتایج چک لیست ارزیابی عملکرد کمیته هر سه ماه یکبار توسط دفتر بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارائه می گردد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته:

دبیر کمیته در فرم پایش کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته قبلی را در راستای حل مشکل و انجام اقدام اصلاحی ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح و هر سه ماه یکبار فرم پایش کمیته را به دفتر بهبود کیفیت تحویل می نماید.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز رسانده می شود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

شرح وظایف و اهداف کمیته پایش و سنجش کیفیت:

1. شناسایی، تدوین، تصویب و بازنگری فرآیندهای اصلی بیمارستان با همکاری مدیریت پرستاری و صاحبان فرآیند
2. نظارت بر تدوین و بازنگری برنامه استراتژیک، عملیاتی، بهبود کیفیت و کلیه برنامه های مرتبط با بیمارستان با همکاری تیم مدیریت اجرایی
3. تعیین شاخص های سنجش فرآیندهای اصلی بیمارستان و پایش و اندازه گیری آن ها در بازه زمانی معین توسط دفتر بهبودکیفیت با مشارکت مسئولین بخش ها و واحدها و تحلیل نتایج آن و ارائه پیشنهادات به تیم مدیریت اجرایی
4. انجام اقدام اصلاحی / تدوین برنامه بهبودکیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرآیند و در صورت لزوم بازنگری فرآیندها.
5. تحلیل و ارزشیابی برنامه های عملیاتی/بهبودکیفیت مربوط توسط مسئولان پایش برنامه ها به صورت فصلی و ارائه گزارش در کمیته سنجش و پایش کیفیت و ارائه به تیم مدیریت اجرایی
6. تدوین اقدام اصلاحی توسط تیم مدیریت اجرایی بر اساس گزارش نتایج ارزیابی پیشرفت برنامه های عملیاتی در خصوص هر یک از برنامه ها و نظارت کمیته سنجش و پایش با محوریت دفتر بهبودکیفیت بر اجرای آن ها
7. اولویت بندی شاخص های عملکرد بالینی و غیر بالینی توسط دفتر بهبودکیفیت با مشارکت مسئولین بخش ها و واحدها و ارائه به صورت پیشنهاد به تیم مدیریت اجرایی
8. ارزیابی نتایج شاخص های عملکردی با مشارکت دفتر بهبود کیفیت و مسئولین بخش ها و ارائه نتایج به تیم مدیریت اجرایی
9. پیگیری و مداخله در جهت حل نقاط قابل بهبود شناسایی شده توسط مسئولین بخش ها و واحدها و برنامه ریزی جهت انجام اقدامات اصلاحی و تدوین برنامه بهبودکیفیت توسط دفتر بهبودکیفیت با همکاری مسئولین بخش ها
10. گزارش دبیر کمیته در خصوص اجرایی شدن مصوبات هر کمیته به تفکیک درصد برگزاری کمیته، میزان حضور اعضا ، رعایت زمان تشکیل و ...
11. طرح مصوبات سایر کمیته ها که نیاز به مداخله تیمی و همفکری با مدیران ارشد سازمان را دارند

12. نظارت بر پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی در سطح بیمارستان
13. پیگیری آموزش دستورالعمل ها و استانداردهای اعتباربخشی به کلیه کارکنان بیمارستان
14. نظارت مستمر بر تشکیل و اجرای مصوبات سایر کمیته های بیمارستانی
15. بررسی نتایج بازدید های تیم مدیریت اجرایی و اعتباربخشی از بخش های بیمارستان

وظایف اعضای کمیته:

- رئیس کمیته: مدیریت جلسات برگزار شده، تایید مصوبات و دستور پیگیری
- دبیر کمیته: تنظیم دستور صورت جلسه، هماهنگی در تعیین تاریخ، ساعت جلسه، اطلاع رسانی به اعضای کمیته، اخذ امضا اعضای حاضر و غایب، پیگیری روند مصوبات تعیین شده
- کارشناس رابط کمیته: نظارت بر روند برگزاری جلسات، نظارت بر حسن اجرا و پیگیری مصوبات، تایید دستور جلسات تعیین شده، اخذ صورتجلسات نوشته شده و ارائه به معاونت درمان
- اعضای ثابت کمیته: حضور در جلسات، ارائه نظرات و پیشنهادات و انتقادات، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش در جلسه بعد، تعیین دستور جلسه بعدی
- نحوه فعالیت اعضا: حضور در جلسات تعیین شده، ارائه نظرات، پیشنهادات و انتقادات و ارائه راهکارهای کارشناسی مرتبط با دستور جلسه تعیین شده، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش آن در جلسه بعد تعیین دستور جلسه کمیته بعدی

کمیته اقتصاددرمان، دارو و تجهیزات پزشکی

در راستای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان و به منظور ایجاد هماهنگی، پشتیبانی و پیگیری عملیات اجرایی کمیته دارو و درمان، آیین نامه داخلی کمیته به شرح ذیل تعیین می گردد.

هدف:

این کمیته به منظور تضمین کیفیت خدمات دارویی در راستای ارتقاء کیفیت ارائه خدمات درمانی و جلوگیری از عوارض احتمالی دارویی، کنترل کیفیت و کمیت داروها و تجهیزات تشکیل می شود.

شرایط و نحوه انتخاب رییس و دبیر کمیته:

رئیس کمیته: رئیس بیمارستان

دبیر کمیته: دبیر کمیته پزشک داروساز/ ناظر دارویی می باشد که می بایست از نظر سابقه – تجربه و اطلاعات مربوط به اهداف و وظایف کمیته تسلط کافی داشته باشد دبیر کمیته به پیشنهاد اعضای کمیته و تایید نهایی ریاست مرکز به مدت یک سال انتخاب می شود و ابلاغ برای ایشان از همان تاریخ انتخاب زده می شود.

اعضای ثابت و موقت کمیته:

اعضای ثابت کمیته: رییس بیمارستان/ مدیر بیمارستان/ مدیر پرستاری/ سوپروایزر آموزشی/ مسئول بهبود کیفیت/ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار/ ناظر دارویی/ مسئول تجهیزات پزشکی/ مسئول بخش های درمانی بر حسب موضوع/ رابط کمیته های بیمارستانی/ رابط اقتصاد درمان/ مسئول فنی داروخانه/ مسئول فناوری و اطلاعات سلامت

اعضای موقت: بسته به دستور کار جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

نکته:

1. کلیه اعضا با حکم ریاست بیمارستان منصوب خواهند شد.
2. جهت کلیه اعضای کمیته ابلاغ کتبی صادر و در پوشه کمیته نگهداری خواهد شد.
3. تشکیل جلسات منظم (طبق جدول زمانبندی کمیته ها) و تهیه صورتجلسه و پیگیری اجرای مصوبات به عهده دبیر کمیته خواهد بود.
4. هماهنگی برای مکان برگزاری جلسات و تنظیم برنامه زمان بندی توسط دبیر کمیته صورت می گیرد.
5. در صورت عدم حضور رییس کمیته جلسات با حضور مدیر بیمارستان تشکیل و رسمیت خواهد داشت.
6. حضور کارشناس هماهنگ هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات کمیته های اقتصاد درمان دارو و تجهیزات پزشکی، حفاظت فنی و بهداشت کار، ترویج تغذیه با شیر مادر و مدیریت اطلاعات و فناوری اطلاعات در صورت وجود دستور کار مرتبط با ایمنی بیماران و در سایر کمیته ها با هر دستور کاری الزامی می باشد.
7. نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات:

کمیته ها هر دو ماه یکبار تشکیل می شوند. (در صورت اورژانسی خارج از زمان تعیین شده کمیته تشکیل می گردد)

تعیین حداقل اعضا برای رسمیت یافتن جلسات :

با حضور حداقل دو سوم اعضای کمیته و حضور ریاست یا جانشین ایشان رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات:

صورت جلسه کمیته شامل فهرست اسامی حاضرین - غایبین - مهمترین مصوبات مورد بحث - مسئول پیگیری هر مصوبه - مهلت مقرر جهت اجرا مصوبه - نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل - تاریخ و ساعت تشکیل جلسه - تاریخ برگزاری جلسه آتی - توسط دبیر کمیته تایپ می شود. جهت پیگیری به موقع مصوبات ظرف مدت یک هفته از زمان برگزاری کمیته به مسئول کمیته تحویل داده می شود.

نحوه پیگیری مصوبات:

پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها توسط دبیر کمیته صورت می پذیرد و مستندات مربوط به پیگیری اجرای مصوبات به صورت جلسه پیوست می شود.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته :

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده است و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبات- علل عدم تحقق می باشد و دبیر کمیته پایش و کیفیت بیمارستان بر روی مصوبات کمیته ها نظارت داشته و مصوبات کمیته ها هر سه ماه یک بارتوسط دبیر کمیته پایش شده و به دفتر بهبود کیفیت تحویل داده می شود و نتایج توسط کمیته بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارسال میگردد و باز خوراند به دبیر کمیته تحویل داده می شود.

نتایج چک لیست ارزیابی عملکرد کمیته هر سه ماه یکبار توسط دفتر بهبودکیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارائه می گردد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته:

دبیر کمیته در فرم پایش کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته قبلی را در راستای حل مشکل و انجام اقدام اصلاحی ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح و هر سه ماه یکبار فرم پایش کمیته را به دفتربهبودکیفیت تحویل می نماید.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز رسانده می شود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت وهزینه جلوگیری بعمل آید.

شرح وظایف کمیته دارو درمان و تجهیزات پزشکی

- ❖ تدوین فرمولاری بیمارستانی و به روز رسانی آن
- ❖ تدوین فهرستی از داروهای خود به خود متوقف شونده ، داروهایی که پس از مدت زمان معینی دیگر نباید ادامه یابند و باید به پزشک معالج اطلاع داده شود.
- ❖ تدوین خط مشی های مصرف صحیح داروهای مهم و شایع (آنتی بیوتیک ها)
- ❖ تنظیم ، پایش و ارزشیابی خط مشی بیمارستان در استفاده صحیح از داروها
- ❖ تدوین خط مشی و روش هایی برای کاهش اشتباهات تجویز داروها و عوارض جانبی ناخواسته
- ❖ طراحی و اجرای مداخلات و اقدامات اصلاحی به منظور رفع مشکلات و اشتباهات دارویی
- ❖ تدوین لیست داروهای ضروری که باید در داروخانه یا هر یک از بخش های بیمارستان موجود باشد
- ❖ تهیه فهرستی از داروهای پرخطر یا داروهای با احتمال خطر بالا
- ❖ تدوین فرایندی برای تعیین، تصویب و تهیه داروهایی که جزو فرمولاری بیمارستانی نیستند
- ❖ ترویج شیوه های علمی درمان و دارو در سطح بیمارستان
- ❖ پیش بینی و نظارت بر نحوه تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی مصرفی نظارت بر نحوه استفاده از وسایل ، نگهداری و تامین تجهیزات پزشکی
- ❖ آموزش نحوه کاربرد و استفاده صحیح و ایمنی و نگهداری تجهیزات پزشکی و بیمارستانی
- ❖ نظارت بر اجرای استانداردهای اعتباربخشی مرتبط با کمیته

وظایف اعضای کمیته:

رئیس کمیته: مدیریت جلسات برگزار شده، تایید مصوبات و دستور پیگیری

دبیر کمیته: تنظیم دستور صورت جلسه، هماهنگی در تعیین تاریخ، ساعت جلسه، اطلاع رسانی به اعضای کمیته، اخذ امضا اعضای حاضر و غایب، پیگیری روند مصوبات تعیین شده

کارشناس رابط کمیته: نظارت بر روند برگزاری جلسات، نظارت بر حسن اجرا و پیگیری مصوبات، تایید دستور جلسات تعیین شده، اخذ صورتجلسات نوشته شده و ارائه به معاونت درمان

اعضای ثابت کمیته: حضور در جلسات، ارائه نظرات و پیشنهادات و انتقادات، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش در جلسه بعد، تعیین دستور جلسه بعدی

نحوه فعالیت اعضا: حضور در جلسات تعیین شده، ارائه نظرات، پیشنهادات و انتقادات و ارائه راهکارهای کارشناسی مرتبط با دستور جلسه تعیین شده، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش آن در جلسه بعد تعیین دستور جلسه کمیته بعدی

کمیته اخلاق بالینی و پزشکی

در راستای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان و به منظور ایجاد هماهنگی، پشتیبانی و پیگیری عملیات اجرایی کمیته اخلاق بالینی و پزشکی، آیین نامه داخلی کمیته به شرح ذیل تعیین می گردد.

هدف:

فلسفه وجودی کمیته های اخلاق بالینی، تامین، حفظ و ارتقای اعتماد میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت و پاسداری از حقوق بیمار و ارائه کنندگان خدمت و ارتقای اخلاق سازمانی است.

شرایط و نحوه انتخاب رییس و دبیر کمیته:

رئیس کمیته : رئیس بیمارستان

دبیر کمیته : دبیر کمیته یک نفر کارشناس پرستاری آشنا به اخلاق پزشکی می باشد که می بایست از نظر سابقه – تجربه و اطلاعات مربوط به اهداف و وظایف کمیته تسلط کافی داشته باشد.

اعضای ثابت و موقت کمیته :

اعضای ثابت: رییس بیمارستان/ مدیر بیمارستان/ مدیر پرستاری/ سوپروایزر آموزشی/ مسئول بهبود کیفیت/ سوپروایزر اخلاق بالینی/ مسئول رسیدگی به شکایات/ یک نفر روحانی آشنا به مسائل اخلاق بالینی/ مسئول حراست/

اعضای موقت: بسته به دستور کار جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

نکته:

1. کلیه اعضا با حکم ریاست بیمارستان منصوب خواهند شد.
2. جهت کلیه اعضای کمیته ابلاغ کتبی صادر و در پوشه کمیته نگهداری خواهد شد.
3. تشکیل جلسات منظم (طبق جدول زمانبندی کمیته ها) و تهیه صورتجلسه و پیگیری اجرای مصوبات به عهده دبیر کمیته خواهد بود.
4. هماهنگی برای مکان برگزاری جلسات و تنظیم برنامه زمان بندی توسط دبیر کمیته صورت می گیرد.
5. در صورت عدم حضور رئیس کمیته جلسات با حضور مدیر بیمارستان تشکیل و رسمیت خواهد داشت.
6. حضور کارشناس هماهنگ هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات کمیته های اقتصاد درمان دارو و تجهیزات پزشکی، حفاظت فنی و بهداشت کار، ترویج تغذیه با شیر مادر و مدیریت اطلاعات و فناوری اطلاعات در صورت وجود دستور کار مرتبط با ایمنی بیماران و در سایر کمیته ها با هر دستور کاری الزامی می باشد.
7. نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات:

کمیته ها هر دو ماه یکبار تشکیل می شوند. (در صورت اورژانسی خارج از زمان تعیین شده کمیته تشکیل می گردد)

تعیین حداقل اعضا برای رسمیت یافتن جلسات :

با حضور حداقل دو سوم اعضای کمیته و حضور ریاست یا جانشین ایشان رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات:

صورت جلسه کمیته شامل فهرست اسامی حاضرین - غایبین - مهمترین مصوبات مورد بحث - مسئول پیگیری هر مصوبه - مهلت مقرر جهت اجرا مصوبه - نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل - تاریخ و ساعت تشکیل جلسه - تاریخ برگزاری جلسه آتی - توسط دبیر کمیته تایپ می شود جهت پیگیری به موقع مصوبات ظرف مدت یک هفته از زمان برگزاری کمیته به مسئول کمیته تحویل داده می شود

نحوه پیگیری مصوبات:

پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها توسط دبیر کمیته صورت می پذیرد و مستندات مربوط به پیگیری اجرای مصوبات به صورت جلسه پیوست می شود.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته :

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده است و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبات- علل عدم تحقق می باشد و دبیر کمیته پایش و کیفیت بیمارستان بر روی مصوبات کمیته ها نظارت داشته و مصوبات کمیته ها هر سه ماه یک بار توسط دبیر کمیته پایش شده و به دفتر بهبود کیفیت تحویل داده می شود و نتایج توسط کمیته بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارسال میگردد و باز خوراند به دبیر کمیته تحویل داده می شود.

نتایج چک لیست ارزیابی عملکرد کمیته هر سه ماه یکبار توسط دفتر بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارائه می گردد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته:

دبیر کمیته در فرم پایش کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته قبلی را در راستای حل مشکل و انجام اقدام اصلاحی ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح و هر سه ماه یکبار فرم پایش کمیته را به دفتر بهبود کیفیت تحویل می نماید.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز رسانده می شود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

شرح وظایف کمیته:

1. تدوین و اجرای برنامه ارتقاء رعایت استانداردهای اعتباربخشی اخلاق بالینی
2. ممیزی اخلاقی ضوابط بیمارستان به لحاظ رعایت موازین اخلاق حرفه ای
3. تدوین، ممیزی و بهبود خط مشی ها، فرآیندها و دستورالعمل های اخلاقی و نظارت بر اجرای آن
4. پیشنهاد راه حل هایی برای توزیع عادلانه منابع و ارائه پیشنهاد به سایر بخش های مرتبط
5. بررسی سنجه های مربوط به حقوق بیمار در اعتباربخشی بیمارستان و ارائه بازخورد مناسب
6. بررسی گزارش های مرتبط با وضعیت رعایت ضوابط اخلاق حرفه ای از سوی حرفه مندان در بیمارستان و ارائه بازخورد مناسب
7. بررسی گزارش مرتبط با شکایات وارده مرتبط با اخلاق بالینی در بیمارستان و ارائه بازخورد مناسب
8. پایش رعایت حقوق آزمودنی در پژوهش های جاری در بیمارستان
9. پایش وضعیت مدیریت تعارض منافع در بیمارستان
10. نظارت بر حسن اجرای منشور حقوق بیماران
11. آموزش اخلاق حرفه ای به فراگیران و کلیه شاغلین بیمارستان
12. برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه آموزش اخلاق حرفه ای برای فراگیران و ارائه دهندگان خدمات سلامت در بیمارستان متناسب با نیازسنجی های انجام شده
13. آشنا کردن بیماران و همراهان آن ها با حقوق و تکالیف خود در بیمارستان
14. انجام و حمایت از پژوهش های مرتبط با اخلاق حرفه ای و حقوق بیمار
15. ارائه مشاوره اخلاق بالینی به همراهان و بیماران
16. ارائه مشاوره در بررسی پرونده های تخلفات اخلاق حرفه ای ارجاعی از واحدهای مختلف بیمارستان

وظایف اعضای کمیته:

- رئیس کمیته: مدیریت جلسات برگزار شده، تایید مصوبات و دستور پیگیری
- دبیر کمیته: تنظیم دستور صورت جلسه، هماهنگی در تعیین تاریخ، ساعت جلسه، اطلاع رسانی به اعضای کمیته، اخذ امضا اعضای حاضر و غایب، پیگیری روند مصوبات تعیین شده

کارشناس رابط کمیته : نظارت بر روند برگزاری جلسات، نظارت بر حسن اجرا و پیگیری مصوبات، تایید دستور جلسات تعیین شده، اخذ صورتجلسات نوشته شده و ارائه به معاونت درمان

اعضای ثابت کمیته: حضور در جلسات، ارائه نظرات و پیشنهادات و انتقادات، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش در جلسه بعد، تعیین دستور جلسه بعدی

نحوه فعالیت اعضا: حضور در جلسات تعیین شده، ارائه نظرات، پیشنهادات و انتقادات و ارائه راهکارهای کارشناسی مرتبط با دستور جلسه تعیین شده، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش آن در جلسه بعد تعیین دستور جلسه کمیته بعدی

کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات

در راستای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان ها و به منظور ایجاد هماهنگی، پشتیبانی و پیگیری عملیات اجرایی کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات، آیین نامه داخلی کمیته به شرح ذیل تعیین می گردد.

هدف:

برای احراز کیفیت مطلوب در ارائه خدمات بیمارستانی یک سیستم خوب و معتبر اطلاعات و آمار ضروری است وجود کمیته ای تحت این عنوان به این هدف کمک می نماید. پرونده های پزشکی احتمالاً مفیدترین منبع برای ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده به شمار می روند. (جزئیات وضعیت بیماران - تعامل بین بیماران و پرسنل درمان اطلاعات در مورد نتایج درمانی در این پرونده ها به سهولت قابل استحصال می باشد). از مسائل حائز اهمیت پرونده های بیمارستانی، امکان مطالعات همزمان و گذشته نگر می باشد. ابعاد آموزشی و پژوهشی و پیگیری نتایج درمان های انجام شده در همین سطح قابل انجام است. استفاده های قانونی و جنبه های حقوقی مدارک پزشکی از دیگر مسائل مهم قابل تاکید در بحث آمار و مدارک پزشکی به شمار می رود. نهایتاً موضوع پرونده نویسی و نحوه نگارش داده های پزشکی و درمانی بیماران در زمره مهم ترین مسائلی است که باید روند منطقی و مطلوب داشته باشد و در سطح این کمیته نیز مورد بررسی و نظارت دائمی قرار داشته باشد.

شرایط و نحوه انتخاب رییس و دبیر کمیته:

رئیس کمیته: رئیس بیمارستان / جانشین ریاست (مدیریت)

دبیر کمیته: دبیر کمیته یک نفر از کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت می باشد که می بایست از نظر سابقه - تجربه و اطلاعات مربوط به اهداف و وظایف کمیته تسلط کافی داشته باشد دبیر کمیته به پیشنهاد اعضای کمیته و تایید نهایی ریاست مرکز به مدت یک سال انتخاب می شود و ابلاغ برای ایشان از همان تاریخ انتخاب زده می شود.

اعضای ثابت و موقت کمیته:

اعضای ثابت: رئیس بیمارستان - مدیر بیمارستان - مدیر خدمات پرستاری - مسئول واحد بهبود کیفیت - سوپروایزر آموزشی - مسئول بیمه گری - مسئولین بخش های بیمارستان - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - مسئول برگزاری کمیته های بیمارستان - مسئول مدارک پزشکی - مسئول IT بیمارستان

اعضای موقت: بسته به دستور جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

نکته:

1. کلیه اعضا با حکم ریاست بیمارستان منصوب خواهند شد.
2. جهت کلیه اعضای کمیته ابلاغ کتبی صادر و در پوشه کمیته نگهداری خواهد شد.
3. تشکیل جلسات منظم (طبق جدول زمانبندی کمیته ها) و تهیه صورتجلسه و پیگیری اجرای مصوبات به عهده دبیر کمیته خواهد بود.
4. هماهنگی برای مکان برگزاری جلسات و تنظیم برنامه زمان بندی توسط دبیر کمیته صورت می گیرد.
5. در صورت عدم حضور رئیس کمیته جلسات با حضور مدیر بیمارستان تشکیل و رسمیت خواهد داشت.
6. حضور کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات کمیته های اقتصاد درمان دارو و تجهیزات پزشکی، حفاظت فنی و بهداشت کار، ترویج تغذیه با شیر مادر و مدیریت اطلاعات و فناوری اطلاعات در صورت وجود دستور کار مرتبط با ایمنی بیماران و در سایر کمیته ها با هر دستور کاری الزامی می باشد.
7. نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات:

کمیته ها هر دو ماه یکبار تشکیل می شوند. (در صورت اورژانسی خارج از زمان تعیین شده کمیته تشکیل می

گردد)

نحوه رسمیت یافتن کمیته:

با حضور 2/3 اعضا و حضور ریاست یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات:

صورت جلسه کمیته شامل فهرست اسامی حاضرین - غایبین - مهمترین مصوبات مورد بحث - مصوبات جلسه - مسئول پیگیری هر مصوبه - مهلت مقرر جهت اجرا مصوبه - نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل - تاریخ و ساعت تشکیل جلسه - تاریخ برگزاری جلسه آتی - صورت جلسه توسط دبیر کمیته تایپ می شود جهت پیگیری به موقع مصوبات ظرف مدت یک هفته از زمان برگزاری کمیته به مسئول کمیته تحویل داده می شود.

نحوه پیگیری مصوبات :

پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها توسط دبیر کمیته صورت می پذیرد و مستندات مربوط به پیگیری اجرای مصوبات به صورت جلسه پیوست می شود.

تعیین نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده است و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبات - علل عدم تحقق می باشد و دبیر کمیته پایش و کیفیت بیمارستان بر روی مصوبات کمیته ها نظارت داشته و مصوبات کمیته ها هر سه ماه یک بار توسط دبیر کمیته پایش شده و به دفتر بهبود کیفیت تحویل داده می شود و نتایج توسط کمیته بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارسال میگردد و باز خوانند به دبیر کمیته تحویل داده می شود. نتایج چک لیست ارزیابی عملکرد کمیته هر سه ماه یکبار توسط دفتر بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارائه می گردد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی:

دبیر کمیته در فرم پایش کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته قبلی را در راستای حل مشکل و انجام اقدام اصلاحی ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح و هر سه ماه یکبار در فرم پایش کمیته را به دفتر بهبود کیفیت تحویل می نماید.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز رسانده می شود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

شرح وظایف کمیته مدیریت سلامت و فناوری اطلاعات:

1. برنامه ریزی جهت آموزش و اجرای استانداردهای فناوری اطلاعات در اعتبار بخشی در واحد مدارک پزشکی / اطلاعات سلامت
2. تایید فرم های بیمارستانی طراحی شده و پایش نظام بایگانی منطبق بر ضوابط در مدارک پزشکی
3. پایش اجرای نظام پرونده نویسی صحیح و علمی و در دسترس بودن گزارشات منظم ماهیانه از عملکرد بیمارستان
4. پیگیری اجرای استانداردهای اعتبار بخشی در فناوری اطلاعات
5. پیگیری و بررسی مشکلات و رفع نیازهای بخش ها و واحدها در خصوص سامانه اطلاعات بیمارستانی

وظایف اعضای کمیته:

- رئیس کمیته:** مدیریت جلسات برگزار شده، تایید مصوبات و دستور پیگیری
- دبیر کمیته:** تنظیم دستور صورت جلسه، هماهنگی در تعیین تاریخ، ساعت جلسه، اطلاع رسانی به اعضای کمیته، اخذ امضا اعضای حاضر و غایب، پیگیری روند مصوبات تعیین شده
- کارشناس رابط کمیته:** نظارت بر روند برگزاری جلسات، نظارت بر حسن اجرا و پیگیری مصوبات، تایید دستور جلسات تعیین شده، اخذ صورتجلسات نوشته شده و ارائه به معاونت درمان
- اعضای ثابت کمیته:** حضور در جلسات، ارائه نظرات و پیشنهادات و انتقادات، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش در جلسه بعد، تعیین دستور جلسه بعدی
- نحوه فعالیت اعضا:** حضور در جلسات تعیین شده، ارائه نظرات، پیشنهادات و انتقادات و ارائه راهکارهای کارشناسی مرتبط با دستور جلسه تعیین شده، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش آن در جلسه بعد تعیین دستور جلسه کمیته بعدی

کمیته حفاظت فنی و بهداشت محیط

کار

در راستای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان و به منظور ایجاد هماهنگی، پشتیبانی و پیگیری عملیات اجرایی کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، آیین نامه داخلی کمیته به شرح ذیل تعیین می گردد.

هدف :

به منظور تامین مشارکت کارکنان و مدیران و نظارت بر حسن اجرای مقررات حفاظت فنی و بهداشت کار، صیانت نیروی انسانی و منابع مادی کشور در مراکز بهداشتی درمانی (بیمارستان ها) مشمول و همچنین پیشگیری از حوادث و بیماری های ناشی از کار، حفظ و ارتقاء سلامتی کارکنان وسالم سازی محیط های کاری، تشکیل کمیته های حفاظت فنی و بهداشت کار در کلیه مراکز بهداشتی درمانی الزامی است.

شرایط و نحوه انتخاب رییس و دبیر کمیته:

رئیس کمیته: رئیس بیمارستان / جانشین ریاست (مدیریت)

دبیر کمیته: دبیر کمیته یک نفر از کارشناس بهداشت حرفه ای می باشد که می بایست از نظر سابقه – تجربه و اطلاعات مربوط به اهداف و وظایف کمیته تسلط کافی داشته باشد دبیر کمیته به پیشنهاد اعضای کمیته و تایید نهایی ریاست مرکز به مدت یک سال انتخاب می شود و ابلاغ برای ایشان از همان تاریخ انتخاب زده می شود.

اعضای ثابت و موقت کمیته:

اعضای ثابت: رئیس بیمارستان- مدیر بیمارستان- مدیر خدمات پرستاری- مسئول واحد بهبود کیفیت- سوپروایزر آموزشی- مسئول بهداشت حرفه ای- مسئول منابع انسانی- مسئولین بخش های درمانی بیمارستان- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - مسئول برگزاری کمیته های بیمارستان-مسئول تجهیزات پزشکی- مسئول تاسیسات- سوپروایزر کنترل عفونت- مسئول فیزیک بهداشت

اعضای موقت : بسته به دستور جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

نکته:

1. کلیه اعضا با حکم ریاست بیمارستان منصوب خواهند شد.
2. جهت کلیه اعضای کمیته ابلاغ کتبی صادر و در پوشه کمیته نگهداری خواهد شد.
3. تشکیل جلسات منظم (طبق جدول زمانبندی کمیته ها) و تهیه صورتجلسه و پیگیری اجرای مصوبات به عهده دبیر کمیته خواهد بود.
4. هماهنگی برای مکان برگزاری جلسات و تنظیم برنامه زمان بندی توسط دبیر کمیته صورت می گیرد.
5. در صورت عدم حضور رئیس کمیته جلسات با حضور مدیر بیمارستان تشکیل و رسمیت خواهد داشت.
6. حضور کارشناس هماهنگ هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات کمیته های اقتصاد درمان دارو و تجهیزات پزشکی، حفاظت فنی و بهداشت کار، ترویج تغذیه با شیر مادر و مدیریت اطلاعات و فناوری اطلاعات در صورت وجود دستور کار مرتبط با ایمنی بیماران و در سایر کمیته ها با هر دستور کاری الزامی می باشد.
7. نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات:

کمیته ها هر دو ماه یکبار تشکیل می شوند. (در صورت اورژانسی خارج از زمان تعیین شده کمیته تشکیل می گردد)

نحوه رسمیت یافتن کمیته:

باحضور 2/3 اعضا و حضور ریاست یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات:

صورت جلسه کمیته شامل فهرست اسامی حاضرین - غایبین - مهمترین مصوبات مورد بحث - مصوبات جلسه - مسئول پیگیری هر مصوبه - مهلت مقرر جهت اجرا مصوبه - نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل - تاریخ و ساعت تشکیل جلسه - تاریخ برگزاری جلسه آتی - صورت جلسه توسط دبیر کمیته تایپ می شود جهت پیگیری به موقع مصوبات ظرف مدت یک هفته از زمان برگزاری کمیته به مسئول کمیته تحویل داده می شود.

نحوه پیگیری مصوبات :

پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها توسط دبیر کمیته صورت می پذیرد و مستندات مربوط به پیگیری اجرای مصوبات به صورت جلسه پیوست می شود.

تعیین نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده است و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبات- علل عدم تحقق می باشد و دبیر کمیته پایش و کیفیت بیمارستان بر روی مصوبات کمیته ها نظارت داشته و مصوبات کمیته ها هر سه ماه یک بار توسط دبیر کمیته پایش شده و به دفتر بهبود کیفیت تحویل داده می شود و نتایج توسط کمیته بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارسال میگردد و باز خوراند به دبیر کمیته تحویل داده می شود.

نتایج چک لیست ارزیابی عملکرد کمیته هر سه ماه یکبار توسط دفتر بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارائه می گردد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی:

دبیر کمیته در فرم پایش کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته قبلی را در راستای حل مشکل و انجام اقدام اصلاحی ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح و هر سه ماه یکبار در فرم پایش کمیته را به دفتر بهبود کیفیت تحویل می نماید.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز رسانده می شود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

شرح وظایف کمیته حفاظت فنی و بهداشت محیط کار:

1. اجرای استانداردهای ایمنی ، آتش نشانی و بهداشت حرفه ای در اعتباربخشی

2. تدوین برنامه آموزشی کارکنان در زمینه ایمنی و بهداشت حرفه ای
3. تصویب و اجرایی نمودن مداخلات مناسب جهت رفع مشکلات شناسایی شده
4. اجرای مقررات حفاظت فنی و بهداشت کار در بیمارستان
5. نظارت بر بهداشت پرتوها در بیمارستان
6. تصویب و اجرایی نمودن مداخلات مناسب جهت کاهش عوامل زیان آور محیط کار
7. تصویب و اجرایی نمودن دستورالعمل های اجرایی حفاظتی در بیمارستان
8. پیگیری کلیه عدم انطباق ها، مسائل و ایرادهای حفاظتی و بهداشتی در طی بازدیدهای مختلف از بخش ها و ارائه پیشنهادات جهت حل آن ها
9. پیگیری انجام معاینات قبل استخدام ، معاینات ادواری به منظور پیشگیری از ابتلا به بیماری و ارائه به مرکز بهداشت
10. پیگیری ثبت و بررسی گزارش رویدادها، تجزیه و تحلیل و ارائه پیشنهادات جهت پیشگیری از حوادث مشابه
11. نظارت بر تهیه و ترجمه MSDS تمامی مواد شیمیایی مورد استفاده در بیمارستان و تصویب در کمیته

وظایف اعضای کمیته:

- رئیس کمیته:** مدیریت جلسات برگزار شده، تایید مصوبات و دستور پیگیری
- دبیر کمیته:** تنظیم دستور صورت جلسه، هماهنگی در تعیین تاریخ، ساعت جلسه، اطلاع رسانی به اعضای کمیته، اخذ امضا اعضای حاضر و غایب ، پیگیری روند مصوبات تعیین شده
- کارشناس رابط کمیته :** نظارت بر روند برگزاری جلسات، نظارت بر حسن اجرا و پیگیری مصوبات، تایید دستور جلسات تعیین شده، اخذ صورتجلسات نوشته شده و ارائه به معاونت درمان
- اعضای ثابت کمیته:** حضور در جلسات، ارائه نظرات و پیشنهادات و انتقادات، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش در جلسه بعد، تعیین دستور جلسه بعدی
- نحوه فعالیت اعضا:** حضور در جلسات تعیین شده، ارائه نظرات، پیشنهادات و انتقادات و ارائه راهکارهای کارشناسی مرتبط با دستور جلسه تعیین شده، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش آن در جلسه بعد تعیین دستور جلسه کمیته بعدی

کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر

در راستای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان و به منظور ایجاد هماهنگی، پشتیبانی و پیگیری عملیات اجرایی کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر آیین نامه داخلی کمیته به شرح ذیل تعیین می گردد.

شرایط و نحوه انتخاب رییس و دبیر کمیته:

رئیس کمیته: رئیس بیمارستان / جانشین ریاست (مدیریت)

دبیر کمیته: دبیر کمیته یک نفر از کارشناس مامایی (مسئول بخش زایشگاه) می باشد که می بایست از نظر سابقه - تجربه و اطلاعات مربوط به اهداف و وظایف کمیته تسلط کافی داشته باشد دبیر کمیته به پیشنهاد اعضای کمیته و تایید نهایی ریاست مرکز به مدت یک سال انتخاب می شود و ابلاغ برای ایشان از همان تاریخ انتخاب زده می شود.

اعضای ثابت و موقت کمیته:

اعضای ثابت: رئیس بیمارستان- مدیر بیمارستان- مدیر خدمات پرستاری- مسئول واحد بهبود کیفیت- سوپروایزر آموزشی - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - مسئول برگزاری کمیته های بیمارستان-رئیس بخش زنان -رئیس بخش نوزادان- سوپروایزر کنترل عفونت- مسئول بخش اتاق عمل- مسئول بخش زایشگاه- کارشناس تغذیه - مسئول فنی داروخانه

اعضای موقت: بسته به دستور جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

نکته:

1. کلیه اعضا با حکم ریاست بیمارستان منصوب خواهند شد.
2. جهت کلیه اعضای کمیته ابلاغ کتبی صادر و در پوشه کمیته نگهداری خواهد شد.
3. تشکیل جلسات منظم (طبق جدول زمانبندی کمیته ها) و تهیه صورتجلسه و پیگیری اجرای مصوبات به عهده دبیر کمیته خواهد بود.
4. هماهنگی برای مکان برگزاری جلسات و تنظیم برنامه زمان بندی توسط دبیر کمیته صورت می گیرد.

5. در صورت عدم حضور رییس کمیته جلسات با حضور مدیر بیمارستان تشکیل و رسمیت خواهد داشت.
6. حضور کارشناس هماهنگ هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات کمیته های اقتصاد درمان دارو و تجهیزات پزشکی، حفاظت فنی و بهداشت کار، ترویج تغذیه با شیر مادر و مدیریت اطلاعات و فناوری اطلاعات در صورت وجود دستور کار مرتبط با ایمنی بیماران و در سایر کمیته ها با هر دستور کاری الزامی می باشد.
7. نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات:

کمیته ها هر دوماه یکبار تشکیل می شوند. (در صورت اورژانسی خارج از زمان تعیین شده کمیته تشکیل می گردد.)

نحوه رسمیت یافتن کمیته:

با حضور 2/3 اعضا و حضور ریاست یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات:

صورت جلسه کمیته شامل فهرست اسامی حاضرین - غایبین - مهمترین مصوبات مورد بحث - مصوبات جلسه - مسئول پیگیری هر مصوبه - مهلت مقرر جهت اجرا مصوبه - نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل - تاریخ و ساعت تشکیل جلسه - تاریخ برگزاری جلسه آتی - صورت جلسه توسط دبیر کمیته تایپ می شود جهت پیگیری به موقع مصوبات ظرف مدت یک هفته از زمان برگزاری کمیته به مسئول کمیته تحویل داده می شود.

نحوه پیگیری مصوبات :

پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها توسط دبیر کمیته صورت می پذیرد و مستندات مربوط به پیگیری اجرای مصوبات به صورت جلسه پیوست می شود.

تعیین نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده است و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبات - علل عدم تحقق می باشد و دبیر کمیته

پایش و کیفیت بیمارستان بر روی مصوبات کمیته ها نظارت داشته و مصوبات کمیته ها هر سه ماه یک بار توسط دبیر کمیته پایش شده و به دفتر بهبود کیفیت تحویل داده می شود و نتایج توسط کمیته بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارسال میگردد و باز خوراند به دبیر کمیته تحویل داده می شود.

نتایج چک لیست ارزیابی عملکرد کمیته هر سه ماه یکبار توسط دفتر بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارائه می گردد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی:

دبیر کمیته در فرم پایش کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته قبلی را در راستای حل مشکل و انجام اقدام اصلاحی ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح و هر سه ماه یکبار در فرم پایش کمیته را به دفتر بهبود کیفیت تحویل می نماید.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز رسانده می شود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

شرح وظایف کمیته تغذیه با شیر مادر:

1. برنامه ریزی آموزش استاندارد کارکنان مرتبط با مراقبت های مادر و نوزاد به صورت شرکت در کارگاه های مربوطه با صدور گواهی
2. اجرای برنامه های آموزشی در سطح بیمارستان جهت کارکنان مرتبط با مراقبت مادر و کودک و توجیه کارکنان جدیدالورود
3. نظارت مستمر و منظم بر عملکرد کارکنان در زمینه رعایت دستورالعملهای مراقبت مادر و کودک و اجرای اقدامات ده گانه
4. فراهم نمودن تسهیلات لازم برای اقامت مادرانی که شیرخوارانشان در بخش بستری هستند
5. خط مشی نظارت بر ترخیص همزمان مادر و کودک (نظارت بر ترخیص همزمان مادران و شیرخواران)

6. اجرا و نظارت بر پایش های دوره ای بیمارستان و نگهداری مستندات مخصوص برنامه شیرمادر
7. تهیه نشریات آموزشی برای مادران و نظارت بر توزیع آنها
8. نظارت بر اجرای قانون شیر مادر در زمینه حمایت از کارکنان شاغل شیرده و منع تبلیغات شیرمصنوعی و شیشه و گول زنک
9. نظارت بر اجرای برنامه هم اتاقی مادر و نوزاد
10. نظارت بر اجرای برنامه تغذیه ساعت اول پس از تولد و تماس پوست با پوست مادر و نوزاد
11. تنظیم و ارسال گزارشات لازم به مراجع ذیربط
12. هدایت فعالیت های بیمارستان منطبق بر ضوابط بیمارستان دوست دار مادر و کودک

وظایف اعضای کمیته:

- رئیس کمیته: مدیریت جلسات برگزار شده، تایید مصوبات و دستور پیگیری
- دبیر کمیته: تنظیم دستور صورت جلسه، هماهنگی در تعیین تاریخ، ساعت جلسه، اطلاع رسانی به اعضای کمیته، اخذ امضا اعضای حاضر و غایب، پیگیری روند مصوبات تعیین شده
- کارشناس رابط کمیته: نظارت بر روند برگزاری جلسات، نظارت بر حسن اجرا و پیگیری مصوبات، تایید دستور جلسات تعیین شده، اخذ صورتجلسات نوشته شده و ارائه به معاونت درمان
- اعضای ثابت کمیته: حضور در جلسات، ارائه نظرات و پیشنهادات و انتقادات، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش در جلسه بعد، تعیین دستور جلسه بعدی
- نحوه فعالیت اعضا: حضور در جلسات تعیین شده، ارائه نظرات، پیشنهادات و انتقادات و ارائه راهکارهای کارشناسی مرتبط با دستور جلسه تعیین شده، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش آن در جلسه بعد تعیین دستور جلسه کمیته بعد

کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن

در راستای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان و به منظور ایجاد هماهنگی، پشتیبانی و پیگیری عملیات اجرایی کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن آیین نامه داخلی کمیته به شرح ذیل تعیین می گردد.

شرایط و نحوه انتخاب رییس و دبیر کمیته:

رئیس کمیته: رئیس بیمارستان / جانشین ریاست (مدیریت)

دبیر کمیته: دبیر کمیته یک نفر از کارشناس مامایی (مسئول بخش زایشگاه) می باشد که می بایست از نظر سابقه - تجربه و اطلاعات مربوط به اهداف و وظایف کمیته تسلط کافی داشته باشد دبیر کمیته به پیشنهاد اعضای کمیته و تایید نهایی ریاست مرکز به مدت یک سال انتخاب می شود و ابلاغ برای ایشان از همان تاریخ انتخاب زده می شود.

اعضای ثابت و موقت کمیته:

اعضای ثابت: رئیس بیمارستان- مدیر بیمارستان- مدیر خدمات پرستاری- مسئول واحد بهبود کیفیت- سوپروایزر آموزشی - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - مسئول برگزاری کمیته های بیمارستان-رئیس بخش زنان -رئیس بخش نوزادان- سوپروایزر کنترل عفونت- مسئول بخش اتاق عمل- مسئول بخش زایشگاه

اعضای موقت: بسته به دستور جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند

نکته:

1. کلیه اعضا با حکم ریاست بیمارستان منصوب خواهند شد.
2. جهت کلیه اعضای کمیته ابلاغ کتبی صادر و در پوشه کمیته نگهداری خواهد شد.
3. تشکیل جلسات منظم (طبق جدول زمانبندی کمیته ها) و تهیه صورتجلسه و پیگیری اجرای مصوبات به عهده دبیر کمیته خواهد بود.
4. هماهنگی برای مکان برگزاری جلسات و تنظیم برنامه زمان بندی توسط دبیر کمیته صورت می گیرد.
5. در صورت عدم حضور رییس کمیته جلسات با حضور مدیر بیمارستان تشکیل و رسمیت خواهد داشت.

6. حضور کارشناس هماهنگ هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات کمیته های اقتصاد درمان دارو و تجهیزات پزشکی، حفاظت فنی و بهداشت کار، ترویج تغذیه با شیر مادر و مدیریت اطلاعات و فناوری اطلاعات در صورت وجود دستور کار مرتبط با ایمنی بیماران و در سایر کمیته ها با هر دستور کاری الزامی می باشد.
7. نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات:

کمیته هر دو ماه یکبار تشکیل می شوند. (در صورت اورژانسی خارج از زمان تعیین شده کمیته تشکیل می گردد)

نحوه رسمیت یافتن کمیته:

با حضور 2/3 اعضا و حضور ریاست یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات:

صورت جلسه کمیته شامل فهرست اسامی حاضرین - غایبین - مهمترین مصوبات مورد بحث - مصوبات جلسه - مسئول پیگیری هر مصوبه - مهلت مقرر جهت اجرا مصوبه - نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل - تاریخ و ساعت تشکیل جلسه - تاریخ برگزاری جلسه آتی - صورت جلسه توسط دبیر کمیته تایپ می شود جهت پیگیری به موقع مصوبات ظرف مدت یک هفته از زمان برگزاری کمیته به مسئول کمیته تحویل داده می شود.

نحوه پیگیری مصوبات :

پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها توسط دبیر کمیته صورت می پذیرد و مستندات مربوط به پیگیری اجرای مصوبات به صورت جلسه پیوست می شود.

تعیین نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده است و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبات - علل عدم تحقق می باشد و دبیر کمیته

پایش و کیفیت بیمارستان بر روی مصوبات کمیته ها نظارت داشته و مصوبات کمیته ها هر سه ماه یک بار توسط دبیر کمیته پایش شده و به دفتر بهبود کیفیت تحویل داده می شود و نتایج توسط کمیته بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارسال میگردد و باز خوراند به دبیر کمیته تحویل داده می شود.

نتایج چک لیست ارزیابی عملکرد کمیته هر سه ماه یکبار توسط دفتر بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارائه می گردد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی:

دبیر کمیته در فرم پایش کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته قبلی را در راستای حل مشکل و انجام اقدام اصلاحی ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح و هر سه ماه یکبار در فرم پایش کمیته را به دفتر بهبود کیفیت تحویل می نماید.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز رسانده می شود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

شرح وظایف کمیته ترویج زایمان طبیعی ایمن:

1. برنامه ریزی آموزش استاندارد کارکنان مرتبط با مراقبت های مادر و نوزاد به صورت شرکت در کارگاه های مربوطه با صدور گواهی (کارگاه های زایمان فیزیولوژیک، اورژانس مامایی و ارزیابی سلامت جنین و ...)
2. اجرای برنامه های آموزشی در سطح بیمارستان جهت کارکنان مرتبط با مراقبت مادر و کودک و توجیه کارکنان جدیدالورود
3. نظارت مستمر و منظم بر عملکرد کارکنان در زمینه رعایت دستورالعملهای مراقبت مادر و کودک و اجرای اقدامات ده گانه
4. برنامه ریزی و پیگیری برگزاری کلاس های آمادگی برای زایمان
5. بررسی میزان سزارین و رعایت اندیکاسیون های سزارین

6. خط مشی نظارت بر ترخیص همزمان مادر و کودک (نظارت بر ترخیص همزمان مادران و شیرخواران)
7. اجرا و نظارت بر پایش های دوره ای بیمارستان و نگهداری مستندات مخصوص برنامه ترویج زایمان طبیعی
8. بررسی موانع موجود در مقابل کاهش سزارین و پیگیری تلاش در جهت افزایش زایمان طبیعی
9. تهیه نشریات آموزشی برای مادران و نظارت بر توزیع آنها
10. پیگیری تلاش در جهت تشکیل گروه های حمایت از مادر و نوزاد
11. تنظیم و ارسال گزارشات لازم به مراجع ذیربط
12. هدایت فعالیت های بیمارستان منطبق بر ضوابط بیمارستان دوست دار مادر و کودک
13. تلاش بر اجرای زایمان به صورت فیزیولوژیک و تامین تجهیزات لازم برای آن
14. نظارت بر اجرای استانداردهای اعتباربخشی مرتبط با کمیته

وظایف اعضای کمیته:

- رئیس کمیته:** مدیریت جلسات برگزار شده، تایید مصوبات و دستور پیگیری
- دبیر کمیته:** تنظیم دستور صورت جلسه، هماهنگی در تعیین تاریخ، ساعت جلسه، اطلاع رسانی به اعضای کمیته، اخذ امضا اعضای حاضر و غایب، پیگیری روند مصوبات تعیین شده
- کارشناس رابط کمیته:** نظارت بر روند برگزاری جلسات، نظارت بر حسن اجرا و پیگیری مصوبات، تایید دستور جلسات تعیین شده، اخذ صورتجلسات نوشته شده و ارائه به معاونت درمان
- اعضای ثابت کمیته:** حضور در جلسات، ارائه نظرات و پیشنهادات و انتقادات، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش در جلسه بعد، تعیین دستور جلسه بعدی
- نحوه فعالیت اعضا:** حضور در جلسات تعیین شده، ارائه نظرات، پیشنهادات و انتقادات و ارائه راهکارهای کارشناسی مرتبط با دستور جلسه تعیین شده، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش آن در جلسه بعد تعیین دستور جلسه کمیته بعدی

کمیته بهداشت محیط

در راستای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان و به منظور ایجاد هماهنگی، پشتیبانی و پیگیری عملیات اجرایی کمیته بهداشت محیط آیین نامه داخلی کمیته به شرح ذیل تعیین می گردد.

هدف:

کاهش عفونت های بیمارستانی و کاهش هزینه های ناشی از بروز این عفونت ها (برای بیمارستان و بیماران) و ارتقاء و حفظ سلامتی کارکنان ، بیماران و کلیه کارکنان.

شرایط و نحوه انتخاب رییس و دبیر کمیته:

رئیس کمیته: رئیس بیمارستان / جانشین ریاست (مدیریت)

دبیر کمیته: دبیر کمیته یک نفر کارشناس بهداشت محیط می باشد که می بایست از نظر سابقه – تجربه و اطلاعات مربوط به اهداف و وظایف کمیته تسلط کافی داشته باشد دبیر کمیته به پیشنهاد اعضای کمیته و تایید نهایی ریاست مرکز به مدت یک سال انتخاب می شود و ابلاغ برای ایشان از همان تاریخ انتخاب زده می شود.

اعضای ثابت و موقت کمیته:

اعضای ثابت: رئیس بیمارستان- مدیر بیمارستان- مدیر خدمات پرستاری- مسئول واحد بهبود کیفیت- سوپروایزر آموزشی - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - مسئول برگزاری کمیته های بیمارستان- ناظر دارویی - سوپروایزر کنترل عفونت- مسئول بخش اتاق عمل-مسئول بخش زایشگاه- کارشناس تغذیه- مسئول تجهیزات پزشکی- مسئول لاندری- کارشناس بهداشت محیط- کارشناس بهداشت حرفه ای- مسئول خدمات- مسئول واحد CSR- مسئول فنی آزمایشگاه- مسئول بخش های درمانی

اعضای موقت : بسته به دستور جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

نکته:

1. کلیه اعضا با حکم ریاست بیمارستان منصوب خواهند شد.
2. جهت کلیه اعضای کمیته ابلاغ کتبی صادر و در پوشه کمیته نگهداری خواهد شد.

3. تشکیل جلسات منظم (طبق جدول زمانبندی کمیته ها) و تهیه صورتجلسه و پیگیری اجرای مصوبات به عهده دبیر کمیته خواهد بود.
4. هماهنگی برای مکان برگزاری جلسات و تنظیم برنامه زمان بندی توسط دبیر کمیته صورت می گیرد.
5. در صورت عدم حضور رییس کمیته جلسات با حضور مدیر بیمارستان تشکیل و رسمیت خواهد داشت.
6. حضور کارشناس هماهنگ هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات کمیته های اقتصاد درمان دارو و تجهیزات پزشکی، حفاظت فنی و بهداشت کار، ترویج تغذیه با شیر مادر و مدیریت اطلاعات و فناوری اطلاعات در صورت وجود دستور کار مرتبط با ایمنی بیماران و در سایر کمیته ها با هر دستور کاری الزامی می باشد.
7. نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات:

کمیته ها هر ماه تشکیل می شوند. (در صورت اورژانسی خارج از زمان تعیین شده کمیته تشکیل می گردد)

نحوه رسمیت یافتن کمیته:

باحضور 2/3 اعضا و حضور ریاست یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات:

صورت جلسه کمیته شامل فهرست اسامی حاضرین - غایبین - مهمترین مصوبات مورد بحث - مصوبات جلسه - مسئول پیگیری هر مصوبه - مهلت مقرر جهت اجرا مصوبه - نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل - تاریخ و ساعت تشکیل جلسه - تاریخ برگزاری جلسه آتی - صورت جلسه توسط دبیر کمیته تایپ می شود جهت پیگیری به موقع مصوبات ظرف مدت یک هفته از زمان برگزاری کمیته به مسئول کمیته تحویل داده می شود.

نحوه پیگیری مصوبات :

پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها توسط دبیر کمیته صورت می پذیرد و مستندات مربوط به پیگیری اجرای مصوبات به صورت جلسه پیوست می شود.

تعیین نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و درجدولی که به همین منظور طراحی شده است و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبات- علل عدم تحقق می باشد و دبیر کمیته پایش و کیفیت بیمارستان بر روی مصوبات کمیته ها نظارت داشته و مصوبات کمیته ها هر سه ماه یک بار توسط دبیر کمیته پایش شده و به دفتر بهبود کیفیت تحویل داده می شود و نتایج توسط کمیته بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارسال میگردد و باز خوراند به دبیر کمیته تحویل داده می شود.

نتایج چک لیست ارزیابی عملکرد کمیته هر سه ماه یکبار توسط دفتر بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارائه می گردد

پایش اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی:

دبیر کمیته در فرم پایش کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته قبلی را در راستای حل مشکل و انجام اقدام اصلاحی ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح و هر سه ماه یکبار در فرم پایش کمیته را به دفتر بهبود کیفیت تحویل می نماید.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز رسانده می شود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

شرح وظایف کمیته:

1. اجرای دستورالعمل های بهداشت محیط در اعتبار بخشی
2. نظارت مستمر بر حسن اجرای موازین بهداشتی بر اساس دستورالعمل های ابلاغی در تمامی بخش های بیمارستان
3. نظارت بر نحوه جداسازی و دفع بهداشتی زباله ها
4. آموزش بهداشت و آموزش نحوه دفع بهداشتی زباله ها به پرستاران و پرسنل و کارکنان
5. انجام واکسیناسیونهای ضروری برای کلیه پرسنل

6. نظارت بر اجرای دقیق مقررات مربوط به نگهداری ، شستشو ، ذخیره سازی و توزیع صحیح و بهداشتی پارچه ، ملحفه ، البسه ، گان ، شان و
7. نظارت بر تفکیک اشیاء پارچه ای عفونی از غیر عفونی
8. نظارت بر نحوه استفاده صحیح و به مقدار مجاز از مواد مجاز ضد عفونی کننده و شوینده توسط پرسنل مربوطه و ارائه آموزشهای لازم به ایشان
9. نظارت بر حسن اجرای موازین بهداشتی توسط پیمانکاران مستقر در بیمارستان مشتمل بر پیمانکاران طبخ و توزیع غذا ، تاسیسات و بوفه و ...
10. نظارت بر قانون مدیریت پسماند و مدیریت پساب بیمارستان
11. نظارت بر رعایت اصول فنی و بهداشتی شبکه جمع اوری فاضلاب بیمارستان
12. ارزیابی تهویه بخش ها و واحدها توسط واحد بهداشت محیط و گزارش به کمیته بهداشت محیط

وظایف اعضای کمیته:

- رئیس کمیته:** مدیریت جلسات برگزار شده، تایید مصوبات و دستور پیگیری
- دبیر کمیته:** تنظیم دستور صورت جلسه، هماهنگی در تعیین تاریخ، ساعت جلسه، اطلاع رسانی به اعضای کمیته، اخذ امضا اعضای حاضر و غایب ، پیگیری روند مصوبات تعیین شده
- کارشناس رابط کمیته :** نظارت بر روند برگزاری جلسات، نظارت بر حسن اجرا و پیگیری مصوبات، تایید دستور جلسات تعیین شده، اخذ صورتجلسات نوشته شده و ارائه به معاونت درمان
- اعضای ثابت کمیته:** حضور در جلسات، ارائه نظرات و پیشنهادات و انتقادات، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش در جلسه بعد، تعیین دستور جلسه بعدی
- نحوه فعالیت اعضا:** حضور در جلسات تعیین شده، ارائه نظرات، پیشنهادات و انتقادات و ارائه راهکارهای کارشناسی مرتبط با دستور جلسه تعیین شده، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش آن در جلسه بعد تعیین دستور جلسه کمیته بعدی

کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

در راستای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان و به منظور ایجاد هماهنگی، پشتیبانی و پیگیری عملیات اجرایی کمیته پیشگیری و کنترل عفونت آیین نامه داخلی کمیته به شرح ذیل تعیین می گردد.

هدف:

کاهش عفونت های بیمارستانی و کاهش هزینه های ناشی از بروز این عفونت ها (برای بیمارستان و بیماران) و ارتقاء و حفظ سلامتی کارکنان ، بیماران و کلیه کارکنان.

شرایط و نحوه انتخاب رییس و دبیر کمیته:

رئیس کمیته: رئیس بیمارستان / جانشین ریاست (مدیریت)

دبیر کمیته: دبیر کمیته یک نفر کارشناس پرستاری (سوپروایزر کنترل عفونت) می باشد که می بایست از نظر سابقه – تجربه و اطلاعات مربوط به اهداف و وظایف کمیته تسلط کافی داشته باشد دبیر کمیته به پیشنهاد اعضای کمیته و تایید نهایی ریاست مرکز به مدت یک سال انتخاب می شود و ابلاغ برای ایشان از همان تاریخ انتخاب زده می شود.

اعضای ثابت و موقت کمیته:

اعضای ثابت: رئیس بیمارستان- مدیر بیمارستان- مدیر خدمات پرستاری- مسئول واحد بهبود کیفیت- سوپروایزر آموزشی - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - مسئول برگزاری کمیته های بیمارستان- سوپروایزر کنترل عفونت- کارشناس بهداشت محیط- مسئول لاندری- کارشناس بهداشت حرفه ای- مسئول خدمات- مسئول واحد CSR- مسئول فنی آزمایشگاه- مسئول بخش های درمانی- متخصص داخلی- متخصص اطفال- متخصص جراحی

اعضای موقت : بسته به دستور جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

نکته:

1. کلیه اعضا با حکم ریاست بیمارستان منصوب خواهند شد.
2. جهت کلیه اعضای کمیته ابلاغ کتبی صادر و در پوشه کمیته نگهداری خواهد شد.
3. تشکیل جلسات منظم (طبق جدول زمانبندی کمیته ها) و تهیه صورتجلسه و پیگیری اجرای مصوبات به عهده دبیر کمیته خواهد بود.
4. هماهنگی برای مکان برگزاری جلسات و تنظیم برنامه زمان بندی توسط دبیر کمیته صورت می گیرد.
5. در صورت عدم حضور رییس کمیته جلسات با حضور مدیر بیمارستان تشکیل و رسمیت خواهد داشت.
6. حضور کارشناس هماهنگ هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات کمیته های اقتصاد درمان دارو و تجهیزات پزشکی، حفاظت فنی و بهداشت کار، ترویج تغذیه با شیر مادر و مدیریت اطلاعات و فناوری اطلاعات در صورت وجود دستور کار مرتبط با ایمنی بیماران و در سایر کمیته ها با هر دستور کاری الزامی می باشد.
7. نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات:

کمیته ها هر دو ماه یکبار تشکیل می شوند. (در صورت اورژانسی خارج از زمان تعیین شده کمیته تشکیل می گردد)

نحوه رسمیت یافتن کمیته:

باحضور 2/3 اعضا و حضور ریاست یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات:

صورت جلسه کمیته شامل فهرست اسامی حاضرین - غایبین - مهمترین مصوبات مورد بحث - مصوبات جلسه - مسئول پیگیری هر مصوبه - مهلت مقرر جهت اجرا مصوبه - نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل - تاریخ و ساعت تشکیل جلسه - تاریخ برگزاری جلسه آتی - صورت جلسه توسط دبیر کمیته تایپ می شود جهت پیگیری به موقع مصوبات ظرف مدت یک هفته از زمان برگزاری کمیته به مسئول کمیته تحویل داده می شود.

نحوه پیگیری مصوبات :

پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها توسط دبیر کمیته صورت می پذیرد و مستندات مربوط به پیگیری اجرای مصوبات به صورت جلسه پیوست می شود.

تعیین نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده است و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبات- علل عدم تحقق می باشد و دبیر کمیته پایش و کیفیت بیمارستان بر روی مصوبات کمیته ها نظارت داشته و مصوبات کمیته ها هر سه ماه یک بار توسط دبیر کمیته پایش شده و به دفتر بهبود کیفیت تحویل داده می شود و نتایج توسط کمیته بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارسال میگردد و باز خوراند به دبیر کمیته تحویل داده می شود.

نتایج چک لیست ارزیابی عملکرد کمیته هر سه ماه یکبار توسط دفتر بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارائه می گردد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی:

دبیر کمیته در فرم پایش کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته قبلی را در راستای حل مشکل و انجام اقدام اصلاحی ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح و هر سه ماه یکبار در فرم پایش کمیته را به دفتر بهبود کیفیت تحویل می نماید.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز رسانده می شود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

شرح وظایف کمیته:

1. تجزیه و تحلیل داده های عفونت بیمارستانی و ارائه آن به وزارت بهداشت و مسئولین بخش های بیمارستان و طراحی اقدامات مداخله ای در جهت کنترل و پیشگیری از عفونت های بیمارستانی
2. تدوین برنامه های آموزشی برای همه کارکنان درمانی و اداری به منظور پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی با استفاده از تکنیک های ضدعفونی و استریلیزاسیون
3. تجزیه و تحلیل شاخص های وزارتی کنترل عفونت از جمله بهداشت دست، نحوه و میزان استفاده از وسایل حفاظت فردی و ... و طراحی اقدامات مداخله ای و بررسی اثربخشی آن ها
4. نظارت بر آموزش و اجرای دستورالعمل های کنترل عفونت در اعتباربخشی
5. نظارت بر بروزرسانی و مرور منظم خط مشی و روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت
6. نظارت بر پایش و کنترل انجام صحیح ضدعفونی محیط های بیمارستانی و روش های صحیح استریلیزاسیون
7. ارزیابی فعالیت های بخش های بیمارستان بر اساس چک لیست
8. نظارت بر استفاده از مواد مناسب برای ضدعفونی و استریلیزاسیون و تدوین برنامه درمان با آنتی بیوتیک ها بر اساس الگوی مقاومت میکروبی
9. بررسی دوره ای و شش ماهه وضعیت عفونت های بیمارستانی و تاثیر مداخلات انجام شده در جلوگیری از آن ها
10. نظارت بر اجرای برنامه تزریقات ایمن و فکیکی و جمع اوری بهداشتی پسماندهای عفونی و غیر عفونی در بخش های بالینی و سرپایی
11. نظارت بر کفایت و کیفیت ملزومات رعایت اصول پیشگیری و کنترل عفونت (محلول هندراب، وسایل حفاظت شخصی، مایع صابون، محلول های اسکراب و ...)
12. نظارت و پیگیری نحوه ایزولاسیون و اجرای مراقبت های پزشکی و پرستاری از انواع بیماران عفونی

وظایف اعضای کمیته:

- رئیس کمیته: مدیریت جلسات برگزار شده، تایید مصوبات و دستور پیگیری
- دبیر کمیته: تنظیم دستور صورت جلسه، هماهنگی در تعیین تاریخ، ساعت جلسه، اطلاع رسانی به اعضای کمیته، اخذ امضا اعضای حاضر و غایب، پیگیری روند مصوبات تعیین شده

کارشناس رابط کمیته : نظارت بر روند برگزاری جلسات، نظارت بر حسن اجرا و پیگیری مصوبات، تایید دستور جلسات تعیین شده، اخذ صورتجلسات نوشته شده و ارائه به معاونت درمان

اعضای ثابت کمیته: حضور در جلسات، ارائه نظرات و پیشنهادات و انتقادات، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش در جلسه بعد، تعیین دستور جلسه بعدی

نحوه فعالیت اعضا: حضور در جلسات تعیین شده، ارائه نظرات، پیشنهادات و انتقادات و ارائه راهکارهای کارشناسی مرتبط با دستور جلسه تعیین شده، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش آن در جلسه بعد تعیین دستور جلسه کمیته بعدی

کمیته مرگ و میر ، عوارض و آسیب شناسی نسوج

در راستای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان و به منظور ایجاد هماهنگی، پشتیبانی و پیگیری عملیات اجرایی کمیته مرگ و میر ، آسیب شناسی و نسوج آیین نامه داخلی کمیته به شرح ذیل تعیین می گردد.

هدف:

این کمیته برای بررسی علل مرگ و میر، روند مرگ و میر، جلوگیری از موارد مرگ و میر قابل اجتناب، ابعاد قانونی موضوع، عوارض بیمارستانی و روند آن ها، تجزیه و تحلیل و بررسی عوارض بیمارستانی و روند آن ها، تجزیه و تحلیل و بررسی عوارض اتفاق افتاده، اتخاذ تدابیر برای جلوگیری از بروز عوارض ناخواسته و پیشگیری از عوارض قابل اجتناب و ... تشکیل می گردد.

شرایط و نحوه انتخاب رییس و دبیر کمیته:

رئیس کمیته: رئیس بیمارستان / جانشین ریاست (مدیریت)

دبیر کمیته: دبیر کمیته یک نفر کارشناس پرستاری می باشد که می بایست از نظر سابقه - تجربه و اطلاعات مربوط به اهداف و وظایف کمیته تسلط کافی داشته باشد دبیر کمیته به پیشنهاد اعضای کمیته و تایید نهایی ریاست مرکز به مدت یک سال انتخاب می شود و ابلاغ برای ایشان از همان تاریخ انتخاب زده می شود.

اعضای ثابت و موقت کمیته:

اعضای ثابت: رئیس بیمارستان - مسئول فنی - مدیر بیمارستان - مدیر خدمات پرستاری - مسئول واحد بهبود کیفیت - سوپروایزر آموزشی - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - مسئول برگزاری کمیته های بیمارستان - کارشناس کنترل عفونت بیمارستان - مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری - مسئولین بخش های درمانی بر حسب موضوع

اعضای موقت: بسته به دستور جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

نکته 1:

1. کلیه اعضا با حکم ریاست بیمارستان منصوب خواهند شد.
2. جهت کلیه اعضای کمیته ابلاغ کتبی صادر و در پوشه کمیته نگهداری خواهد شد.
3. تشکیل جلسات منظم (طبق جدول زمانبندی کمیته ها) و تهیه صورتجلسه و پیگیری اجرای مصوبات به عهده دبیر کمیته خواهد بود.
4. هماهنگی برای مکان برگزاری جلسات و تنظیم برنامه زمان بندی توسط دبیر کمیته صورت می گیرد.
5. در صورت عدم حضور رییس کمیته جلسات با حضور مدیر بیمارستان تشکیل و رسمیت خواهد داشت.
6. حضور کارشناس هماهنگ هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات کمیته های اقتصاد درمان دارو و تجهیزات پزشکی، حفاظت فنی و بهداشت کار، ترویج تغذیه با شیر مادر و مدیریت اطلاعات و فناوری اطلاعات در صورت وجود دستور کار مرتبط با ایمنی بیماران و در سایر کمیته ها با هر دستور کاری الزامی می باشد.
7. نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشد.

نکته 2:

حضور پزشکان درگیر در فرآیند درمان متوفی / بیمار در کمیته الزامیست.

حضور روسای بخش های مرتبط با مرگ / عوارض در کمیته الزامیست.

حضور سرپرستار بخش مرتبط با مرگ / عوارض در کمیته الزامیست.

برنامه زمانی و تواتر جلسات:

کمیته ها هر ماه تشکیل می شوند. (در صورت اورژانسی خارج از زمان تعیین شده کمیته تشکیل می گردد). در موارد مرگ و میر غیر منتظره حداکثر طی 24 ساعت تشکیل جلسه داده و با همکاری صاحبان فرایند سوابق بالینی پرونده بیمار را به صورت 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 نماید.

نحوه رسمیت یافتن کمیته:

باحضور 2/3 اعضا و حضور ریاست یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات:

صورت جلسه کمیته شامل فهرست اسامی حاضرین - غایبین - مهمترین مصوبات مورد بحث - مصوبات جلسه - مسئول پیگیری هر مصوبه - مهلت مقرر جهت اجرا مصوبه - نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل - تاریخ و ساعت تشکیل جلسه - تاریخ برگزاری جلسه آتی - صورت جلسه توسط دبیر کمیته تایپ می شود جهت پیگیری به موقع مصوبات ظرف مدت یک هفته از زمان برگزاری کمیته به مسئول کمیته تحویل داده می شود.

نحوه پیگیری مصوبات :

پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها توسط دبیر کمیته صورت می پذیرد و مستندات مربوط به پیگیری اجرای مصوبات به صورت جلسه پیوست می شود.

تعیین نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده است و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبات - علل عدم تحقق می باشد و دبیر کمیته پایش و کیفیت بیمارستان بر روی مصوبات کمیته ها نظارت داشته و مصوبات کمیته ها هر سه ماه یک بار توسط دبیر کمیته پایش شده و به دفتر بهبود کیفیت تحویل داده می شود و نتایج توسط کمیته بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارسال میگردد و باز خوراند به دبیر کمیته تحویل داده می شود.

نتایج چک لیست ارزیابی عملکرد کمیته هر سه ماه یکبار توسط دفتر بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارائه می گردد

پایش اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی:

دبیر کمیته در فرم پایش کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته قبلی را در راستای حل مشکل و انجام اقدام اصلاحی ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح و هر سه ماه یکبار در فرم پایش کمیته را به دفتر بهبود کیفیت تحویل می نماید

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز رسانده می شود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

شرح وظایف کمیته مرگ و میر ، آسیب شناسی و نسوج:

1. بررسی منظم همه موارد مرگ و میر در مورد مرگ های غیر منتظره/ وقایع ناخواسته
2. بررسی مرگ های ماهانه مطابق دستورالعمل
3. پیگیری تحلیل ریشه ای و بررسی پرونده بالینی بیماران پس از وقوع مرگ و میر حداکثر تا 72 ساعت و گزارش به دانشگاه
4. انجام تحلیل ریشه ای با مشارکت متخصص پزشکی قانونی و مسئول فنی ، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و سایر اعضای مرتبط
5. اخذ تصمیمات اصلاحی و نظارت مسئول فنی بر اجرای اقدامات اصلاحی و پیگیری موارد قانونی
6. تشکیل کمیته مرگ و میر و تمامی زیر کمیته های تخصصی حداکثر طی 24 ساعت در موارد مرگ و میر غیر منتظره
7. پیگیری اتخاذ تدابیر جهت کاهش عوارض مرگ و میر در بیمارستان
8. پیگیری برگزاری دوره های آموزشی و کنفرانس های مرتبط
9. بررسی و پیگیری بررسی علل مرگ و میر در بیمارستان
10. پیگیری ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی
11. نظارت بر اجرای استانداردهای اعتباربخشی مرتبط با کمیته

وظایف اعضای کمیته:

رئیس کمیته: مدیریت جلسات برگزار شده، تایید مصوبات و دستور پیگیری

دبیر کمیته: تنظیم دستور صورت جلسه، هماهنگی در تعیین تاریخ، ساعت جلسه، اطلاع رسانی به اعضای کمیته، اخذ امضا اعضای حاضر و غایب ، پیگیری روند مصوبات تعیین شده

کارشناس رابط کمیته : نظارت بر روند برگزاری جلسات، نظارت بر حسن اجرا و پیگیری مصوبات، تایید دستور جلسات تعیین شده، اخذ صورتجلسات نوشته شده و ارائه به معاونت درمان

اعضای ثابت کمیته: حضور در جلسات، ارائه نظرات و پیشنهادات و انتقادات، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش در جلسه بعد، تعیین دستور جلسه بعدی

نحوه فعالیت اعضا: حضور در جلسات تعیین شده، ارائه نظرات، پیشنهادات و انتقادات و ارائه راهکارهای کارشناسی مرتبط با دستور جلسه تعیین شده، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش آن در جلسه بعد تعیین دستور جلسه کمیته بعدی

زیرمجموعه های کمیته:

کمیته مرگ و میر کودکان 1 تا 59 ماهه / کمیته مرگ و میر مادران / کمیته مرگ و میر پریناتال / کمیته احیا نوزادان مطابق با بسته خدمتی احیا نوزاد

❖ کمیته مرگ و میر نوزادان 1 تا 59 ماهه:

مطابق دستورالعمل نظام مراقبت مرگ اطفال 1 تا 59 ماهه، ریاست بیمارستان، رییس کمیته خواهد بود. اعضای این کمیته علاوه بر اعضای اصلی کمیته مرگ و میر، حضور مسئول فنی، سرپرستار بخش کودکان، رئیس بخش کودکان و کارشناس بررسی مرگ کودکان الزامی است. در صورت وقوع مرگ به صورت ماهیانه و در غیر این صورت هر سه ماه یکبار برگزار می شود.

در صورت وقوع مرگ بطور ماهیانه و در غیر این صورت هر سه ماه یکبار برگزار می شود.

از وظایف اعضا این کمیته علاوه بر شرح وظایفی که در کمیته مرگ ومیر، عوارض و آسیب شناسی و نسوج آمده است، میتوان به موارد زیر اشاره کرد:

1. برگزاری جلسات کمیته به صورت پویا همراه با تدوین مصوبات و مداخلات در راستای کاهش موارد مرگ
2. بحث و بررسی لیست پیشنهادی مداخلات استخراج شده از بررسی پرونده کودک
3. متوفی و اطلاعات پرسشنامه
4. مصوب کردن مداخلات بر اساس اطلاعات به دست آمده
5. تعیین بخش یا سطح مداخله و سقف زمانی اجرای مداخلات
6. ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده
7. تعیین مسئول پیگیری و نظارت بر نحوه اجرای مداخلات
8. ارائه پیشنهاد مداخلات تصویب شده در کمیته به سایر سطوح خارج از بیمارستان
9. نظارت بر پیگیری مصوبات توسط کمیته بهبود کیفیت

❖ زیر کمیته مرگ و میر مادر:

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

1. پیگیری مدیریتی و ارتقاء کمیته های بیمارستانی در حوزه مامایی با پیگیری یک ناظر مدیریتی در دفاتر پرستاری
2. تهیه گزارشات کارشناسی برای ارسال به صورت محرمانه به دانشگاه
3. برخورد با مواردیکه قصور یا تقصر اتفاق افتاده در حدود اختیارات بیمارستان
4. با توجه به تجربیات کمیته پیشگیری از مرگ های ناشی از خطای نیروی انسانی
5. شناسایی کمبود تجهیزات پزشکی که آسیب زا هستند و گزارش جهت تهیه تجهیزات مورد نظر
6. برگزاری دوره های آموزشی مرتبط به مورثالیت و موربیدیتی و مرتبط با موضوعات کمیته
7. پیگیری مشکلات اعزام یا درخواست انجام برخی از موارد از طریق معاونت درمان، اداره اورژانس استان و فوریت های پزشکی

❖ زیر کمیته مرگ و میر پرناتال:

1. علاوه بر شرح وظایفی که در کمیته مرگ و میر، عوارض و آسیب شناسی و نسوج آمده است:
2. پیگیری مدیریتی و ارتقاء کمیته های بیمارستانی در حوزه مامایی با پیگیری یک ناظر مدیریتی در دفاتر پرستاری
3. تهیه گزارشات کارشناسی برای ارسال به صورت محرمانه به دانشگاه
4. برخورد با مواردیکه قصور یا تقصر اتفاق افتاده در حدود اختیارات بیمارستان
5. با توجه به تجربیات کمیته پیشگیری از مرگ های ناشی از خطای نیروی انسانی
6. شناسایی کمبود تجهیزات پزشکی که آسیب زا هستند و گزارش جهت تهیه تجهیزات مورد نظر
7. برگزاری دوره های آموزشی مرتبط به مورتالیتته و موربیدیتی و مرتبط با موضوعات کمیته
8. پیگیری مشکلات اعزام یا درخواست انجام برخی از موارد از طریق معاونت درمان، اداره اورژانس استان و فوریت های پزشکی

❖ زیر کمیته احیاء نوزادان:

- علاوه بر شرح وظایفی که در کمیته مرگ و میر، عوارض و آسیب شناسی و نسوج آمده است:
- مطابق فصل 5 بسته خدمتی احیاء نوزادان، این زیر کمیته حداقل یکبار در ماه باید برگزار گردد.
1. اجرای دستورالعمل ها و بخشنامه های مرتبط با احیای نوزادان در بیمارستان
 2. 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
 3. دریافت هزینه ها از منابع حمایت کننده
 4. برگزاری دوره های بازآموزی احیاء نوزادان بر اساس سنجه های محور مادر و نوزاد.

کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلایا

در راستای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان و به منظور ایجاد هماهنگی، پشتیبانی و پیگیری عملیات اجرایی کمیته مدیریت خطر و حوادث و بلایا آیین نامه داخلی کمیته به شرح ذیل تعیین می گردد.

هدف:

این کمیته به منظور آماده سازی بیمارستان برای مقابله با بحران های ناخواسته و مدیریت آن به منظور کاهش عوارض و تبعات ناشی از آن تشکیل می گردد.

شرایط و نحوه انتخاب رییس و دبیر کمیته:

رئیس کمیته: رئیس بیمارستان / جانشین ریاست (مدیریت)

دبیر کمیته: دبیر کمیته یک نفر کارشناس بهداشت حرفه ای می باشد که می بایست از نظر سابقه - تجربه و اطلاعات مربوط به اهداف و وظایف کمیته تسلط کافی داشته باشد دبیر کمیته به پیشنهاد اعضای کمیته و تایید نهایی ریاست مرکز به مدت یک سال انتخاب می شود و ابلاغ برای ایشان از همان تاریخ انتخاب زده می شود.

اعضای ثابت و موقت کمیته:

اعضای ثابت: رئیس بیمارستان - مسئول فنی - مدیر بیمارستان - مدیر خدمات پرستاری - مسئول واحد بهبود کیفیت - سوپروایزر آموزشی - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - مسئول برگزاری کمیته های بیمارستان - مسئول حراست - مسئول تاسیسات - مسئول تجهیزات پزشکی - مسئول امور مالی - رابط آتش نشانی - مسئول بخش اورژانس - مسئول مددکاری -

اعضای موقت: بسته به دستور جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

برنامه زمانی و تواتر جلسات:

کمیته هر ماه تشکیل می شود. (در صورت اورژانسی خارج از زمان تعیین شده کمیته تشکیل می گردد)

نحوه رسمیت یافتن کمیته:

باحضور 2/3 اعضا و حضور ریاست یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات:

صورت جلسه کمیته شامل فهرست اسامی حاضرین - غایبین - مهمترین مصوبات مورد بحث - مصوبات جلسه - مسئول پیگیری هر مصوبه - مهلت مقرر جهت اجرا مصوبه - نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل - تاریخ و ساعت تشکیل جلسه - تاریخ برگزاری جلسه آتی - صورت جلسه توسط دبیر کمیته تایپ می شود جهت پیگیری به موقع مصوبات ظرف مدت یک هفته از زمان برگزاری کمیته به مسئول کمیته تحویل داده می شود.

نحوه پیگیری مصوبات :

پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها توسط دبیر کمیته صورت می پذیرد و مستندات مربوط به پیگیری اجرای مصوبات به صورت جلسه پیوست می شود.

تعیین نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده است و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبات - علل عدم تحقق می باشد و دبیر کمیته پایش و کیفیت بیمارستان بر روی مصوبات کمیته ها نظارت داشته و مصوبات کمیته ها هر سه ماه یک بار توسط دبیر کمیته پایش شده و به دفتر بهبود کیفیت تحویل داده می شود و نتایج توسط کمیته بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارسال میگردد و باز خوراند به دبیر کمیته تحویل داده می شود.

نتایج چک لیست ارزیابی عملکرد کمیته هر سه ماه یکبار توسط دفتر بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارائه

می گردد

پایش اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی:

دبیر کمیته در فرم پایش کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته قبلی را در راستای حل مشکل و انجام اقدام اصلاحی ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح و هر سه ماه یکبار در فرم پایش کمیته را به دفتر بهبود کیفیت تحویل می نماید.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز رسانده می شود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

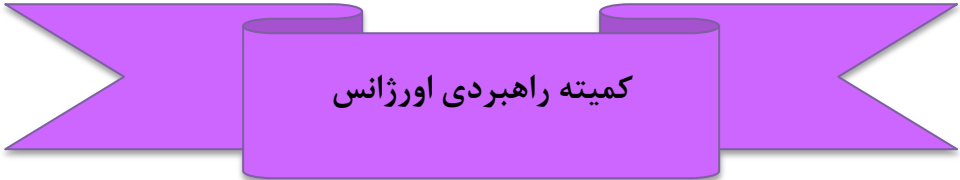
شرح وظایف کمیته:

1. نتایج ارزیابی خطر حوادث و بلایا، اولویت بندی شده و اقدامات پیشگیرانه تدوین می گردد.
2. اقدامات پیشگیری و کنترل آتش سوزی
3. عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی بیمارستان ارزیابی و اولویت بندی شده و پنج عامل اول شناسایی گردند.
4. برنامه های پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی/توانبخشی جهت مقابله با حوادث و بلایا با رویکرد Hazard-All و پنج عامل خطر آفرین شناسایی شده، تدوین می گردد.
5. سامانه فرماندهی حادثه و جانشین های آن ، شرح وظایف و مسئولیت ها، نحوه فعال سازی و غیرفعال سازی سامانه تدوین و به طور منظم بازنگری گردد.
6. روش های اجرایی و دستورالعمل های مرتبط با برنامه آمادگی و پاسخ حوادث و بلایا تدوین گردد.
7. برنامه ریزی جهت برگزاری دوره های آموزشی کارکنان و اعضا کمیته بر اساس نتایج ارزیابی خطر انجام گردد.
8. 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 انجام گردد.
9. حوادث گزارش شده بیمارستان در زمینه های (ساختمان، تاسیسات، برق اضطراری، HIS، خرابی تجهیزات اصلی و سایر موارد) در کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلایا بررسی، تحلیل و اقدامات اصلاحی طبق آن انجام می شود.
10. نتایج اجرای برنامه های پیشگیری ، آمادگی ، پاسخ و بازیابی حوادث و بلایادر بیمارستان که شامل پیشرفت برنامه عملیاتی بر اساس نتایج ارزیابی خطر، ارزیابی آموزش های ارائه شده، انجام تمرین ها جهت آمادگی بیمارستانی و منابع مورد نیاز و ... است، مورد تحلیل قرار گرفته و بر اساس برنامه مداخله ای تدوین و اجرایی گردد.

11. تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه مشخص شود.
12. هرگونه تغییر در کاربری بیمارستان با در نظر گرفتن اصول ایمنی و تاکید و نظارت این کمیته انجام شود.

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

- رئیس کمیته:** مدیریت جلسات برگزار شده، تایید مصوبات و دستور پیگیری
- دبیر کمیته:** تنظیم دستور صورت جلسه، هماهنگی در تعیین تاریخ، ساعت جلسه، اطلاع رسانی به اعضای کمیته، اخذ امضا اعضای حاضر و غایب، پیگیری روند مصوبات تعیین شده
- کارشناس رابط کمیته:** نظارت بر روند برگزاری جلسات، نظارت بر حسن اجرا و پیگیری مصوبات، تایید دستور جلسات تعیین شده، اخذ صورتجلسات نوشته شده و ارائه به معاونت درمان
- اعضای ثابت کمیته:** حضور در جلسات، ارائه نظرات و پیشنهادات و انتقادات، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش در جلسه بعد، تعیین دستور جلسه بعدی
- نحوه فعالیت اعضا:** حضور در جلسات تعیین شده، ارائه نظرات، پیشنهادات و انتقادات و ارائه راهکارهای کارشناسی مرتبط با دستور جلسه تعیین شده، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش آن در جلسه بعد تعیین دستور جلسه کمیته بعد



کمیته راهبردی اورژانس

در راستای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان و به منظور ایجاد هماهنگی، پشتیبانی و پیگیری عملیات اجرایی کمیته مدیریت خطر و حوادث و بلايا آيين نامه داخلی کمیته به شرح ذیل تعیین می گردد.

شرایط و نحوه انتخاب رییس و دبیر کمیته:

رئیس کمیته: رئیس بیمارستان / جانشین ریاست (مدیریت)

دبیر کمیته: دبیر کمیته یک نفر کارشناس پرستاری می باشد که می بایست از نظر سابقه – تجربه و اطلاعات مربوط به اهداف و وظایف کمیته تسلط کافی داشته باشد دبیر کمیته به پیشنهاد اعضای کمیته و تایید نهایی ریاست مرکز به مدت یک سال انتخاب می شود و ابلاغ برای ایشان از همان تاریخ انتخاب زده می شود.

اعضای ثابت و موقت کمیته:

اعضای ثابت: رئیس بیمارستان - مسئول فنی - مدیر بیمارستان- مدیر خدمات پرستاری- مسئول واحد بهبود کیفیت- سوپروایزر آموزشی - سرپرستار اورژانس - مسئول برگزاری کمیته های بیمارستان- Bed Manager- مسئول مددکاری- نماینده بخش های پاراکلینیک بر حسب موضوع-

اعضای موقت : بسته به دستور جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

برنامه زمانی و تواتر جلسات:

کمیته ها هر ماه تشکیل می شوند.

نحوه رسمیت یافتن کمیته:

باحضور 2/3 اعضا و حضور ریاست یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات:

صورت جلسه کمیته شامل فهرست اسامی حاضرین - غایبین - مهمترین مصوبات مورد بحث - مصوبات جلسه - مسئول پیگیری هر مصوبه - مهلت مقرر جهت اجرا مصوبه - نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل - تاریخ و ساعت تشکیل جلسه - تاریخ برگزاری جلسه آتی - صورت جلسه توسط دبیر کمیته تایپ می شود جهت پیگیری به موقع مصوبات ظرف مدت یک هفته از زمان برگزاری کمیته به مسئول کمیته تحویل داده می شود.

نحوه پیگیری مصوبات :

پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها توسط دبیر کمیته صورت می پذیرد و مستندات مربوط به پیگیری اجرای مصوبات به صورت جلسه پیوست می شود.

تعیین نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده است و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبات - علل عدم تحقق می باشد و دبیر کمیته پایش و کیفیت بیمارستان بر روی مصوبات کمیته ها نظارت داشته و مصوبات کمیته ها هر سه ماه یک بار توسط دبیر کمیته پایش شده و به دفتر بهبود کیفیت تحویل داده می شود و نتایج توسط کمیته بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارسال میگردد و باز خوراند به دبیر کمیته تحویل داده می شود.

نتایج چک لیست ارزیابی عملکرد کمیته هر سه ماه یکبار توسط دفتر بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارائه می گردد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی:

دبیر کمیته در فرم پایش کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته قبلی را در راستای حل مشکل و انجام اقدام اصلاحی ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح و هر سه ماه یکبار در فرم پایش کمیته را به دفتر بهبود کیفیت تحویل می نماید.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز رسانده می شود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

شرح وظایف کمیته راهبردی اورژانس:

1. این کمیته موظف است پروتکل های مربوط به تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس و سایر بخش های بیمارستان را تدوین و بر حسن اجرای آن نظارت نماید.
2. جایگاهی تحت عنوان **Bed Mannager** از یکی از گروه های داخلی و جراحی و طب اورژانس تعریف و با ابلاغ مستقیم ریاست بیمارستان معرفی و مسئولیت نظارت مستقیم بر جریان بستری بیماران از بدو ورود به بخش اورژانس تا بستری و ترخیص از بخش های بستری را داشته و ضمن موشکافی دقیق موانع موجود بستری و ترخیص بیمار، در کمیته تعیین تکلیف بیمارستان جهت تبیین روند مناسب مطرح می نماید.
3. کلیه متخصصان چه در روزهای عادی و چه در روزهای آنکالی موظفند بیماران بخش اورژانس را ویزیت و تعیین تکلیف نمایند. مسئولیت نظارت و هماهنگی بر عهده **Bed Mannager** و کمیته تعیین تکلیف خواهد بود. تا زمانی که بیماران نیازمند بستری در یکی از بخش های بیمارستان در اورژانس حضور دارند پذیرش و بستری بیماران غیراورژانسی انجام نمی پذیرد و نظارت بر اجرای این امر بر عهده ریاست بیمارستان و **Bed Mannager** می باشد.
4. بررسی و پایش عملکرد تریاژ بر اساس اصول استاندارد
5. نظارت و برنامه ریزی بر عملکرد پزشکان مقیم و انکال و کارشناسان پرستاری بخش
6. نظارت بر تعیین تکلیف بیماران و مدیریت تخت های ویژه و عادی با اولویت خدمت رسانی به بیماران حاد و اورژانس
7. انجام فرآیند تریاژ و نظارت و برنامه ریزی بر اجرای صحیح فرآیند تریاژ
8. تعیین اختیارات مسئول مدیریت تخت در عرصه واقعی تصمیم گیری بیمارستان

9. در این کمیته نتایج پایش و ارزیابی شاخص های اورژانس ارائه و تحلیل شده و در راستای بهبود عملکرد اورژانس با هماهنگی همه گروه های پزشکی مرتبط، اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت طراحی و اجرا می گردد.

10. گزارش نتایج شاخص های اورژانس در کمیته

11. تحلیل شاخص های اورژانس با هماهنگی گروه های پزشکی

12. اخذ تصمیمات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت و اجرای آن

13. نظارت بر پیاده سازی و اجرای استانداردهای اعتباربخشی مرتبط با کمیته

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

رئیس کمیته: مدیریت جلسات برگزار شده، تایید مصوبات و دستور پیگیری

دبیر کمیته: تنظیم دستور صورت جلسه، هماهنگی در تعیین تاریخ، ساعت جلسه، اطلاع رسانی به اعضای کمیته، اخذ امضا اعضای حاضر و غایب، پیگیری روند مصوبات تعیین شده

کارشناس رابط کمیته: نظارت بر روند برگزاری جلسات، نظارت بر حسن اجرا و پیگیری مصوبات، تایید دستور جلسات تعیین شده، اخذ صورتجلسات نوشته شده و ارائه به معاونت درمان

اعضای ثابت کمیته: حضور در جلسات، ارائه نظرات و پیشنهادات و انتقادات، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش در جلسه بعد، تعیین دستور جلسه بعدی

نحوه فعالیت اعضا: حضور در جلسات تعیین شده، ارائه نظرات، پیشنهادات و انتقادات و ارائه راهکارهای کارشناسی مرتبط با دستور جلسه تعیین شده، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش آن در جلسه بعد تعیین دستور جلسه کمیته بعدی

زیرکمیته های کمیته راهبردی اورژانس:

1- تریاژ

2- تعیین تکلیف بیماران

کمیته طب انتقال خون

در راستای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان و به منظور ایجاد هماهنگی، پشتیبانی و پیگیری عملیات اجرایی کمیته مدیریت خطر و حوادث و بلافاصله آیین نامه داخلی کمیته به شرح ذیل تعیین می گردد.

شرایط و نحوه انتخاب رییس و دبیر کمیته:

رئیس کمیته: رئیس بیمارستان / جانشین ریاست (مدیریت)

دبیر کمیته: دبیر کمیته یک نفر کارشناس آزمایشگاه می باشد که می بایست از نظر سابقه - تجربه و اطلاعات مربوط به اهداف و وظایف کمیته تسلط کافی داشته باشد دبیر کمیته به پیشنهاد اعضای کمیته و تایید نهایی ریاست مرکز به مدت یک سال انتخاب می شود و ابلاغ برای ایشان از همان تاریخ انتخاب زده می شود.

اعضای ثابت و موقت کمیته:

اعضای ثابت: رئیس بیمارستان - مسئول فنی - مدیر بیمارستان - مدیر خدمات پرستاری - مسئول واحد بهبود کیفیت - سوپروایزر آموزشی مسئول برگزاری کمیته های بیمارستان - مسئول فنی آزمایشگاه/رئیس آزمایشگاه - مسئول بانک خون - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری - برحسب دستور جلسه و ضرورت از مسئولین بخش های درمانی دعوت خواهد شد.

اعضای موقت: بسته به دستور جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

برنامه زمانی و تواتر جلسات:

کمیته ها هر دو ماه یکبار تشکیل می شوند.

نحوه رسمیت یافتن کمیته:

باحضور 2/3 اعضا و حضور ریاست یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات:

صورت جلسه کمیته شامل فهرست اسامی حاضرین - غایبین - مهمترین مصوبات مورد بحث - مصوبات جلسه - مسئول پیگیری هر مصوبه - مهلت مقرر جهت اجرا مصوبه - نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل - تاریخ و ساعت تشکیل جلسه - تاریخ برگزاری جلسه آتی - صورت جلسه توسط دبیر کمیته تایپ می شود جهت پیگیری به موقع مصوبات ظرف مدت یک هفته از زمان برگزاری کمیته به مسئول کمیته تحویل داده می شود.

نحوه پیگیری مصوبات :

پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها توسط دبیر کمیته صورت می پذیرد و مستندات مربوط به پیگیری اجرای مصوبات به صورت جلسه پیوست می شود.

تعیین نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده است و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبات - علل عدم تحقق می باشد و دبیر کمیته پایش و کیفیت بیمارستان بر روی مصوبات کمیته ها نظارت داشته و مصوبات کمیته ها هر سه ماه یک بار توسط دبیر کمیته پایش شده و به دفتر بهبود کیفیت تحویل داده می شود و نتایج توسط کمیته بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارسال میگردد و باز خوراند به دبیر کمیته تحویل داده می شود.

نتایج چک لیست ارزیابی عملکرد کمیته هر سه ماه یکبار توسط دفتر بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی ارائه می گردد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی:

دبیر کمیته در فرم پایش کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته قبلی را در راستای حل مشکل و انجام اقدام اصلاحی ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح و هر سه ماه یکبار در فرم پایش کمیته را به دفتر بهبود کیفیت تحویل می نماید.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز رسانده می شود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

شرح وظایف کمیته:

1. نظارت بر تدوین برنامه کار و چگونگی اجرای دستورالعمل های مربوطه که توسط سازمان انتقال خون در اختیار واحد درمانی قرار می گیرد
2. نظارت بر ارزیابی و بررسی موارد تزریق خون در بیمارستان از نظر علت مصرف، مقدار و نتیجه هر دو مورد و توصیه های لازم به پزشکان در زمانی که تزریق خون نیازی نبوده است
3. برنامه ریزی جهت تشکیل جلسات علمی به منظور آموزش کارکنان درمانی بیمارستان در خصوص طب انتقال خون
4. پیگیری رسیدگی به مواردی که عارضه ای در اثر تزریق خون به وجود آمده و اتخاذ تدابیری جهت جلوگیری از تکرار آن با کمک سازمان انتقال خون.
5. تحلیل ریشه ای خطاهای ناشی از تزریق خون و انجام اقدامات اصلاحی جهت پیشگیری از تکرار آن
6. نظارت بر اجرا و پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی مرتبط با کمیته

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

رئیس کمیته: مدیریت جلسات برگزار شده، تایید مصوبات و دستور پیگیری

دبیر کمیته: تنظیم دستور صورت جلسه، هماهنگی در تعیین تاریخ، ساعت جلسه، اطلاع رسانی به اعضای کمیته، اخذ امضا اعضای حاضر و غایب، پیگیری روند مصوبات تعیین شده

کارشناس رابط کمیته : نظارت بر روند برگزاری جلسات، نظارت بر حسن اجرا و پیگیری مصوبات، تایید دستور جلسات تعیین شده، اخذ صورتجلسات نوشته شده و ارائه به معاونت درمان

اعضای ثابت کمیته: حضور در جلسات، ارائه نظرات و پیشنهادات و انتقادات، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش در جلسه بعد، تعیین دستور جلسه بعدی

نحوه فعالیت اعضا: حضور در جلسات تعیین شده، ارائه نظرات، پیشنهادات و انتقادات و ارائه راهکارهای کارشناسی مرتبط با دستور جلسه تعیین شده، تعیین مصوبات و مسئول پیگیری، انجام مصوبه محوله به هر عضو و گزارش آن در جلسه بعد تعیین دستور جلسه کمیته بعدی