



به نام خدایی که در این نزدیکیست

مروری بر الزامات

استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

بخش آزمایشگاه/بیوشیمی

دی ماه ۱۳۹۲
انجمن دکترای علوم آزمایشگاهی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان
دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان
اداره ارزشی برابری دولتی کشور

استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

زیر نظر:
دکتر سید حسن املی رضوی - دکتر محمود رضا محقق - دکتر سید سجاد رضوی

مشاوران فنی و اجرایی:
دکتر سید محمد صادق مهدوی - دکتر حسن کرانی

مؤلفان (به ترتیب حروف الفبا):
غلامعلی جعفری، صدق خلیفه گری، خدیجه دالایی، دکتر پرسا دولتشاهی
دکتر مرزده رضائی، مهندس راحله روحپرور، عطیه ضیائیان بیرو، پرستو عابدینی سلیم آبادی
نعمت اله عباسی گودرزی، دکتر لایلا کلاوسی آرانی، دکتر حمید مهرابی فر

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / معاونت درمان
دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان / اداره ارزشی برابری دولتی کشور

تعریف اعتبار بخشی

اعتباربخشی فرآیندی است که در آن یک گروه (ارزیاب خارجی – کارشناسان ادارات امور آزمایشگاه های دانشگاه های علوم پزشکی) از طرف یک سازمان اعتباربخشی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، از طریق ارزیابی به یک آزمایشگاه، شهرت، اعتبار و رسمیت را به منظور توانایی انجام خدمات خاصی به صورت استاندارد اعطا می کند.

در اعتباربخشی، آزمایشگاهی مورد ارزیابی قرار می گیرد که به صورت داوطلبانه اما رسمی، از سازمان اعتباربخشی تقاضا نماید (البته در بعضی کشورها مثل کشور خودمان داوطلبانه نمی باشد و الزام است) و گروه اعتباربخشی، با استفاده از استانداردهای مرتبط، بیمارستان را مورد ارزیابی قرار می دهند. پس از تجزیه و تحلیل یافته ها، درجه انطباق و پیروی از استانداردها به آن آزمایشگاه و مرکز اعتباربخش اعلام می شود.

ارزیابی

ارزیابی Evaluation

قضاوت انطباق با الزامات (خواسته
ها) از طریق مشاهده - اندازه گیری -
آزمایش یا مقایسه با معیارها تعریف
می شود.

به طور کلی

دو نوع اعتباربخشی برای آزمایشگاه وجود دارد:

۱- اعتباربخشی آزمایشگاه ها که در سطح ملی رخ می دهد.

۲- اعتباربخشی آزمایشگاه که در سطح بین المللی رخ می دهد.

به طور کلی

دو نوع اعتباربخشی برای آزمایشگاه وجود دارد:

۱- اعتباربخشی آزمایشگاه ها که در سطح ملی رخ می دهد.

مثل: استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران

به طور کلی

دو نوع اعتباربخشی برای آزمایشگاه وجود دارد:

- ۱ - اعتباربخشی آزمایشگاه ها که در سطح ملی رخ می دهد.
- ۲ - اعتباربخشی آزمایشگاه که در سطح بین المللی رخ می دهد.

مثل: ISO 15189:2012

برای آزمایشگاه های تشخیص طبی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان
دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان
اداره ارزشیابی مراکز درمانی کشور

استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران

استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران

زیر نظر:

دکتر سید حسن امامی رضوی - دکتر محمودرضا محقق - دکتر سید سجاد رضوی

مشاوران فنی و اجرایی:

دکتر سید محمد صادق مهدوی - دکتر حسن کرانی

مؤلفان (به ترتیب حروف الفبا):

غلامعلی جعفری، صمد خلیفه گری، خدیجه دانایی، دکتر پریسا دولتشاهی
دکتر مؤده رضائی، مهندس راحله روحپرور، عطیه صباغیان پیرو، پرستو عابدینی سلیم آبادی
نعمت اله عباس گودرزی، دکتر لیلایکاکوسی آرانی، دکتر حمید مهربانی فر

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / معاونت درمان
دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان / اداره ارزشیابی مراکز درمانی کشور

صفحه ۸ : استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران

مدل اعتباربخشی به عنوان یکی از معتبرترین مدل های ارزیابی مبتنی بر کیفیت و ایمنی با برخورداری از مقبولیت جهانی روزافزون در بخش سلامت، هماهنگ با سایر اولویتهای وزارت متبوع همچون حاکمیت بالینی، ایمنی بیمار و منشور حقوق بیمار، همگام با استانداردهای اعتباربخشی آموزشی و توجه به زیرساختهای پژوهشی به ویژه در زمینه رعایت ایمنی و حقوق بیمار و ارتقای کیفیت خدمات، راهی نوجهت کسب اطمینان از عملکرد مناسب سازما نهای ارائه دهنده خدمات سلامت را فراسوی دست اندرکاران این حوزه قرار داده است و از این رو،

اجرای آن برای تمام بیمارستانهای کشور الزامی است.

امید است به یاری خداوند متعال و در سایه توجهات حضرت ولی عصر(عج)، با اهتمام جدی دانشگاه های علوم پزشکی و بیمارستان های سراسر کشور در زمینه اجرای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی، در کوتاهترین زمان ممکن موجبات ارتقای سطح کیفی و اثربخشی و ایمنی خدمات سلامت در سطح کشور فراهم آید.

دکتر مرضیه وحید دستجردی

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

الزامات استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران

« بخش آزمایشگاه »

الف) مدیریت و سازماندهی

ب) مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

ج) امکانات و ملزومات

د) ایمنی، بهبودکیفیت و جمع آوری داده ها

الزامات استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران

« بخش آزمایشگاه »

الف) مدیریت و سازماندهی

۱- برنامه استراتژیک

۲- رئیس بخش

۳- سوپروایزر آزمایشگاه

الزامات استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران

« بخش آزمایشگاه »

ب) مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۴- پرونده پرسنلی

۵- لیست کارکنان

۶- دوره توجیهی بدو ورود

۷- آزمون صلاحیت و توانمندسازی کارکنان

۸- آموزش و توانمندسازی کارکنان

۹- کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۱۰- خط مشی ها و روش ها

۱۱- مستندات (سوابق)

الزامات استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران

« بخش آزمایشگاه »

ج) امکانات و ملزومات

۱۲ - خدمات پشتیبانی

۱۳ - ترالی اورژانس

۱۴ - امکانات

۱۵ - تجهیزات

الزامات استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران

« بخش آزمایشگاه »

د) ایمنی، بهبود کیفیت و جمع آوری داده ها

۱۶- ایمنی فیزیکی

۱۷- بهبود کیفیت

۱۸- جمع آوری و تحلیل داده ها

| شماره زیربند | شرح بند (الزام) | شماره بند | شرح بخش | شماره بخش |
|--------------|---|-----------|--------------------------------------|-----------|
| ۱-۱ | برنامه استراتژیک | ۱ | مدیریت و سازماندهی | الف |
| ۲-۱ | | | | |
| ۳-۱ | | | | |
| ۱-۲ | رئیس بخش | ۲ | | |
| ۱-۳ | سوپروایزر آزمایشگاه | ۳ | | |
| ۱-۴ | پرونده پرسنلی | ۴ | | |
| ۱-۵ | لیست کارکنان | ۵ | | |
| ۲-۵ | | | | |
| ۳-۵ | | | | |
| ۴-۵ | | | | |
| ۵-۵ | | | | |
| ۶-۵ | | | | |
| ۷-۵ | | | | |
| ۱-۶ | دوره توجیهی بدو ورود | ۶ | | |
| ۱-۷ | آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان | ۷ | مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی | ب |
| ۲-۷ | | | | |
| ۳-۷ | | | | |
| ۴-۷ | | | | |
| ۱-۸ | آموزش و توانمندسازی کارکنان | ۸ | | |
| ۲-۸ | | | | |
| ۳-۸ | | | | |
| ۴-۸ | | | | |
| ۵-۸ | | | | |
| ۶-۸ | | | | |
| ۷-۸ | | | | |
| ۸-۸ | | | | |
| ۱-۹ | کتابچه/ مجموعه ی ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط | ۹ | | |
| ۲-۹ | | | | |
| ۱-۱۰ | خط مشی ها و روش ها | ۱۰ | | |
| ۲-۱۰ | | | | |
| ۱-۱۱ | مستندات (سه انة / | ۱۱ | | |

| | | | | | | |
|------|--------------------------|--------|--|-----|--|---|
| ۱-۱۲ | خدمات پشتیبانی | ۱۲ | امکانات و ملزومات | ج | | |
| ۲-۱۲ | | | | | | |
| ۳-۱۲ | | | | | | |
| ۴-۱۲ | | | | | | |
| ۵-۱۲ | | | | | | |
| ۶-۱۲ | | | | | | |
| ۷-۱۲ | ترالی اورژانس | ۱۳ | امکانات و ملزومات | ج | | |
| ۱-۱۳ | | | | | | |
| ۲-۱۳ | | | | | | |
| ۳-۱۳ | امکانات | ۱۴ | | | امکانات و ملزومات | ج |
| ۱-۱۴ | | | | | | |
| ۲-۱۴ | | | | | | |
| ۳-۱۴ | | | | | | |
| ۴-۱۴ | | | | | | |
| ۵-۱۴ | | | | | | |
| ۶-۱۴ | تجهيزات | ۱۵ | امکانات و ملزومات | ج | | |
| ۷-۱۴ | | | | | | |
| ۱-۱۵ | | | | | | |
| ۲-۱۵ | | | | | | |
| ۳-۱۵ | | | | | | |
| ۴-۱۵ | | | | | | |
| ۵-۱۵ | ایمنی فیزیکی | ۱۶ | ایمنی ، بهبود کیفیت و جمع آوری داده ها | د | | |
| ۱-۱۶ | | | | | | |
| ۲-۱۶ | | | | | | |
| ۳-۱۶ | | | | | | |
| ۴-۱۶ | | | | | | |
| ۵-۱۶ | بهبود کیفیت | ۱۷ | | | ایمنی ، بهبود کیفیت و جمع آوری داده ها | د |
| ۱-۱۷ | | | | | | |
| ۲-۱۷ | | | | | | |
| ۳-۱۷ | | | | | | |
| ۴-۱۷ | | | | | | |
| ۵-۱۷ | جمع آوری و تحلیل داده ها | ۱۸ | ایمنی ، بهبود کیفیت و جمع آوری داده ها | د | | |
| ۱-۱۸ | | | | | | |
| ۲-۱۸ | | | | | | |
| ۳-۱۸ | | | | | | |
| ۴-۱۸ | | | | | | |
| ۵-۱۸ | | | | | | |
| ۶-۱۸ | ۷۰ زیر بند | ۱۸ بند | ۴ بخش | جمع | | |

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

۱-۲- در بخش آزمایشگاه نسخه ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان در محلی مناسب و قابل رؤیت نصب شده است.

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

۲-۱- شرایط احراز مسؤل فنی آزمایشگاه (مطابق با آئین نامه تاسیس و اداره ی امور آزمایشگاه های تشخیص پزشکی) عبارت است از:
✓ دارا بودن مدرک دکترای تخصصی پاتولوژی
✓ دارا بودن مدرک دکترای تخصصی علوم آزمایشگاهی
✓ دارا بودن مدرک دکترای علوم آزمایشگاهی

۳-۱- شرایط احراز سمت سوپروایزر آزمایشگاه حداقل عبارت است از:
✓ کارشناس علوم آزمایشگاهی با حداقل ۲ سال سابقه ی کار در بخش های مختلف آزمایشگاهی
✓ کاردان علوم آزمایشگاهی با حداقل ۳ سال سابقه ی کار در بخش های مختلف آزمایشگاهی

۱- برنامه استراتژیک

۲- رئیس بخش (مسؤل فنی)

۳- سوپروایزر آزمایشگاه

الف) مدیریت و سازماندهی

۴-۱. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان آزمایشگاه، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس مسئول فنی است:

✓ نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، به ویژه در شرایط اورژانس، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت)

✓ سمت سازمانی

✓ شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد

✓ چک لیستهای گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث

ایمنی و سلامت شغلی، بهداشت محیط و اصول تضمین

کیفیت امضا شده توسط فرد

✓ کپی آخرین مدرک تحصیلی

✓ کپی مدارک دوره های آموزشی طی شده

✓ مستندات مربوط به آزمونهای اولیه و دوره های

توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت های محوله

✓ مستندات مربوط به آزمونهای دوره ای ارزیابی حرفه

ای و غیرحرفه ای کارکنان

۴- پرونده پرسنلی
(کاغذی / الکترونیک)

ب) مدیریت و توانمندسازی
منابع انسانی

۱-۵- در آزمایشگاه لیستی از تمام کارکنان این بخش در تمام اوقات شبانه روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می باشد:

نام و نام خانوادگی

جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم از طریق آن ها بتوان با وی تماس گرفت)

۲-۵- لیست نوبت کاری شبانه روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری در محلی مناسب و قابل رؤیت روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.

۳-۵- هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت حداکثر ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمات می پردازند (به جز در موارد بروز بحران).

۴-۵- یک لیست از پزشکان متخصصان و مشاوره دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت در تمام اوقات شبانه روز در آزمایشگاه در دسترس است.

۵-۵- لیست نوبت کاری شبانه روزی هر ماه گروه احیا در محلی مناسب و قابل رؤیت روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.

۶-۵- برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل خارج از لیست نوبت کاری شبانه روزی می باشد برنامه ریزی انجام شده است.

۷-۵- مستنداتی که نشان می دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است در بخش موجود است.

۵- لیست کارکنان

ب) مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۶-۱- در بخش آزمایشگاه یک کتابچه/ مجموعه ی توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی ها و نکات اختصاصی این بخش موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می باشد:

- ✓ معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان – موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت
- ✓ معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل ها – آیین نامه ها و بخشنامه های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسؤلیت ها و شرح وظایف هر فرد
- ✓ زیرمجموعه ای حاوی اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی آزمایشگاه

۶- دوره توجیهی بدو ورود

ب) مدیریت و توانمندسازی
منابع انسانی
(ادامه)

۷-۱- مستندات نشان می دهند که آزمون اولیه / دوره ای ارزیابی توانمندی کارکنان با توجه به نقش ها و مسؤلیت های آنان انجام می شود.

۷-۲- مستندات نشان می دهند که آزمون های ارزیابی توانمندی دوره ای حداقل سالی یک بار برای تمام کارکنان برگزار می شوند.

۷-۳- مستندات نشان می دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی های شناسایی شده در آزمون ارزیابی توانمندی دوره ای کارکنان انجام می گیرد.

۷-۴- مستندات نشان می دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره ای کارکنان مورد بررسی و پایش قرار می گیرند.

۷- آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

ب) مدیریت و توانمندسازی
منابع انسانی
(ادامه)

۸- آموزش و
توانمندسازی
کارکنان

۸-۱- بخش آزمایشگاه یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان درمانی و غیردرمانی این بخش در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان ارائه می نماید

۸-۲- مستنداتی که نشان می دهند تمام کارکنان دوره های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده اند در پرونده پرسنلی آنان موجود است.

۸-۳- مستنداتی که نشان می دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره های بازآموزی مدون و غیر مدون رسمی و مرتبط شرکت می نمایند موجود است.

۸-۴- تمام کارکنان بخش در فواصل زمانی مناسب آموزش های لازم در زمینه ی اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می نمایند.

۸-۵- تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به طور مستمر آموزش می بینند

۸-۶- تمام کارکنان در زمینه ی ارتقای مهارت های رفتاری و ارتباطی خود به طور مستمر آموزش می بینند.

۸-۷- تمام کارکنان در زمینه ی ایمنی بیمار - کنترل عفونت - بهداشت محیط - ایمنی و سلامت شغلی - آتش نشانی - مدیریت خطر و مدیریت بحران سالانه آموزش می بینند

۸-۸- تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال تمرین آتش نشانی انجام می دهند.

۹- کتابچه / مجموعه ی ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

ب) مدیریت و توانمندسازی
منابع انسانی
(ادامه)

۹-۱- کتابچه / مجموعه ی ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:
✓ اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
✓ اطلاعات اختصاصی برای آزمایشگاه و بخش های آن شامل دسترسی و استفاده از وسایل حفاظت فردی

۹-۲- اطلاع رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه آزمایشگاه با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می شود.

۱۰-۱- یک کتابچه/ مجموعه ی خط مشی ها و روش ها در بخش آزمایشگاه وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می نماید:
✓ خط مشی ها و روش ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
✓ خط مشی ها و روشها به طور منظم بازنگری می شوند.
✓ خط مشی ها به روشنی مشخص هستند.
✓ روشها به روشنی مشخص هستند.
✓ کتابچه/ مجموعه دارای یک فهرست دقیق می باشد.
✓ کتابچه/ مجموعه دارای نمایه مشخص می باشد

۱۰- خط مشی ها و
روش ها

ب) مدیریت و
توانمندسازی
منابع انسانی
(ادامه)

۱۰- خط
مشی ها و
روش ها

- ۱۰-۲-۱-۰ - خط مشی ها و روش ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:
- ۱۰-۲-۱-۰ - رعایت حقوق گیرندگان خدمت
- ۱۰-۲-۲-۱-۰ - برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی ها و معلولیت های جسمانی، ارزش ها، اعتقادات)
- ۱۰-۲-۳-۱-۰ - ارائه خدمات آزمایشگاهی طبق ضوابط قانونی وزارت بهداشت در تمام ساعات شبانه روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیرتعطیل)
- ۱۰-۲-۴-۱-۰ - مراحل قبل از انجام آزمایش (Preanalytical Phase)
- ۱۰-۲-۴-۱-۰ - دستورالعمل پذیرش
- ۱۰-۲-۴-۲-۱-۰ - دستورالعمل جمع آوری نمونه ها (آمادگی های قبل از نمونه گیری)
- ۱۰-۲-۴-۳-۱-۰ - دستورالعمل نمونه گیری (انجام نمونه گیری)
- ۱۰-۲-۴-۴-۱-۰ - دستورالعمل استفاده از مواد نگهدارنده مناسب جهت هر آزمایش
- ۱۰-۲-۴-۵-۱-۰ - معیارهای رد یا قبول نمونه هایی که از خارج از آزمایشگاه پذیرش می گردند.
- ۱۰-۲-۴-۶-۱-۰ - فهرست آزمایش هایی که به خارج از آزمایشگاه ارجاع می شوند.
- ۱۰-۲-۴-۷-۱-۰ - فهرست آزمایش های قابل انجام در آزمایشگاه
- ۱۰-۲-۴-۸-۱-۰ - قراردادهای خدماتی آزمایشگاه
- ۱۰-۲-۴-۹-۱-۰ - مدیریت نمونه های آزمایش
- ۱۰-۲-۴-۱۰-۱-۰ - موارد انجام اتوپسی
- ۱۰-۲-۴-۱۱-۱-۰ - دستورالعمل نحوه محاسبه نتایج در روش های کمی در صورت لزوم
- ۱۰-۲-۴-۱۲-۱-۰ - چگونگی ثبت دستورات و درخواست های شفاهی (به عنوان مثال درخواست آزمایش که به صورت تلفنی و یا در زمان خرابی سیستم کامپیوتری یا ارتباطی داده می شوند)
- ۱۰-۲-۴-۱۳-۱-۰ - چگونگی جمع آوری و ارسال نمونه ها از مراکز خارج از آزمایشگاه، به عنوان مثال از کلینیک خصوصی یا مطب پزشکان
- ۱۰-۲-۵-۱-۰ - مراحل انجام آزمایش (Analytical Phase)
- ۱۰-۲-۵-۱-۰ - دستورالعمل مکتوب و روزآمد انجام آزمایش SOP
- ۱۰-۲-۵-۲-۱-۰ - پارامترهای عملکردی روش های انجام آزمایش نظیر حساسیت، اختصاصی بودن، محدودیت های انجام آزمایش، عوامل مداخله گر در انجام آزمایش
- ۱۰-۲-۵-۳-۱-۰ - پاسخ دهی موارد بحران
- ۱۰-۲-۵-۴-۱-۰ - دستورالعمل کنترل کیفی داخلی
- ۱۰-۲-۵-۵-۱-۰ - برنامه منظم و مدون انجام کنترل کیفی داخلی در تمام بخش های آزمایشگاه و همه نوبت های کاری
- ۱۰-۲-۵-۶-۱-۰ - چگونگی آلودگی زدایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی توسط نمونه عفونی یا بالقوه عفونی

۱۰-۲-۶- مراحل پس از انجام آزمایش (Post analytical Phases)

۱۰-۲-۶-۱- محدوده مرجع

۱۰-۲-۶-۲- محدوده قابل گزارش

۱۰-۲-۶-۳- محدوده هشدار یا مقادیر بحرانی (Panic Value)

(Value

۱۰-۲-۶-۴- زمان بندی و نحوه گزارش دهی فوری نتایج که

در محدوده هشدار یا بحرانی قرار می گیرند

۱۰-۲-۶-۵- چگونگی تفسیر نتایج (در صورت لزوم)

۱۰-۲-۶-۶- اقدامات بعدی در برخورد با نتایج غیرطبیعی

(تکرار آزمایش، انجام یا توصیه جهت انجام آزمایش های

تاییدی یا تکمیلی، فردی که نتیجه آزمایش باید به او اطلاع داده

شود، زمان اطلاع جواب)

۱۰-۲-۶-۷- مستندات مربوط به تجهیزات

۱۰-۲-۶-۸- شناسایی بیمار با ۲ شناسه

۱۰- خط
مشی ها و
روش ها

(ب) مدیریت و
توانمندسازی
منابع انسانی
(ادامه)

۱۱-۱- دفتر ثبت یا نرم افزار آزمایشگاه موجود در
آزمایشگاه قابل دسترسی و شامل موارد زیر است:

- ✓ مشخصات بیمار و نمونه ها و زمان دریافت آن ها
- ✓ آزمایش های درخواستی و نتایج آن ها
- ✓ صحت نتایج
- ✓ نتیجه ارزیابی اولیه نمونه های دریافتی
- ✓ سوابق کنترل کیفی
- ✓

۱۱-۲- برچسب مناسب روی ظروف حاوی نمونه
که حداقل حاوی اطلاعات زیر است:

- ✓ حداقل دو نشانه برای شناسایی و تعیین هویت
- بیمار مثل نام و نام خانوادگی بیمار به همراه یک
- شماره مشخص (به عنوان مثال شماره ی پرونده
- پزشکی یا شماره اختصاصی آزمایشگاه)
- ✓ تاریخ و زمان دقیق نمونه گیری
- ✓ بخش و شماره تخت در مورد بیماری که بستری
- است
- ✓ نوع یا گروه آزمایش

۱۱- مستندات
(سوابق)

ب) مدیریت و توانمندسازی
منابع انسانی
(ادامه)

۱۲-۱- آزمایشگاه به صورت شبانه روزی ارائه خدمت می نماید.

۱۲-۲- فهرست آزمایش های اورژانس و جدول زمان بندی پاسخ دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موجود است

۱۲-۳- توانایی انجام آزمایش های اورژانسی و ارائه جواب در زمان معین مطابق با الزامات تعیین شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتبا با رؤسای بخش ها توافق شده است.

۱۲-۴- نظارت و پایش منظم جهت اطمینان از رعایت چارچوب زمانی فوق الذکر انجام می شود.

۱۲-۵- موارد بحرانی به طور منظم بازنگری می شوند. این موارد بلافاصله و قبل از چک مجدد به اطلاع پزشک معالج رسانیده می شوند و بیمارستان از بازبودن کانال های ارتباطی لازم جهت اطلاع رسانی سریع در این خصوص اطمینان حاصل می نماید.

۱۲-۶- کنترل نتایج حاصل از انجام یک آزمایش مشخص توسط کارکنان مختلف جهت اطمینان از یکنواخت بودن گزارش دهی به طور تصادفی انجام می شود

۱۲-۷- اطلاع رسانی و اعلام نتایج معوقه ی تست های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می پذیرد.

۱۲- خدمات
پشتیبانی

ج) امکانات و
ملزومات

۱۳-۱- ترالی اورژانس در دسترس بوده مطابق آیین نامه وزارت بهداشت حداقل حاوی موارد ذیل باشد:
✓ دفیبریلاتور
✓ مانیتور قلبی و پالس اکسیمتر
✓ داروهای اورژانس
✓

۱۳-۲- مستندات نشان می دهند که پرستار مسؤل (پرستاری که با هماهنگی دفتر پرستاری به عنوان پرستار مسؤل کنترل ترالی اورژانس آزمایشگاه تعیین شده است) از آماده - کامل و به روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس اطمینان حاصل می نماید.

۱۳-۳- شواهد مستند نشان می دهند که دفیبریلاتور / مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

۱۴-۱- همه ی پریزهای یو پی اس به وضوح مشخص هستند

۱۴-۲- اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد

۱۴-۳- اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد

۱۴-۴- دسترسی آسان به امکانات شستشوی دست فراهم است

۱۴-۵- اتاق شستشو وجود دارد

۱۴-۶- سهولیت دسترسی به آزمایشگاه

۱۴-۷- کارکنان امکانات لازم برای انجام وظایف مشخص شده و تامین ایمنی بیمار و کارکنان در اختیار دارند

۱۳- ترالی اورژانس

ج) امکانات و ملزومات (ادامه)

۱۴- امکانات

۱-۱۵- آزمایشگاه شامل تجهیزات زیر است:

- ✓ سینک دستشویی
- ✓ امکانات ایمنی شامل چشم شوی و دوش اضطراری
- ✓ سیستم تولی آب آزمایشگاهی وجود دارد
- ✓

۱۵-۲- دیوارها - کف و سطوح انجام کار در آزمایشگاه
قابلیت شستشو و آلودگی زدایی دارد

۱۵-۳- برای نگهداری تمام تجهیزات برنامه‌ی زمانبندی
شده و دستورالعملی حاوی جزئیات نحوه‌ی کنترل و
نگهداری دستگاه‌ها وجود دارد

۱۵-۴- فضای آزمایشگاه متناسب با وظیفه تخصصی واحدهای آزمایشگاه
تامین و جداسازی شده است به نحوی که بخش‌هایی که فعالیت همخوان
ندارد در جواد یکدیگر فعالیت نمی‌کنند و از آلودگی متقابل جلوگیری می
شود (پذیرش سرپایی - میکروب شناسی و ...)

۱۵-۵- تجهیزات و دستگاه‌های مورد نیاز متناسب
با نوع و حجم فعالیت‌های آزمایشگاه موجود است.

۱۵- تجهیزات

ج) امکانات و
ملزومات
(ادامه)

۱۶-۱- سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز
در دسترس و سالم است

۱۶-۲- داخل اتاق های بخش آزمایشگاه سیستم زنگ
خطر متصل به مرکز نگهداری و جایی که سریعاً جوابگو
باشند وجود دارد.

۱۶-۳- نگهبان در زمان مورد نیاز در آزمایشگاه فوراً در
دسترس است.

۱۶-۴- نگهبان دوره های آموزشی امنیتی را گذرانده
است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.

۱۶-۵- دسترسی به آزمایشگاه کنترل شده و
محصور می باشد.

۱۶- ایمنی
فیزیکی

د) ایمنی - بهبود
کیفیت و جمع آوری
داده ها

۱۷-۱- بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش است در دسترس است.

۱۷-۲- برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.

۱۷-۳- برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.

۱۷-۴- برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص های عملکردی اختصاصی - قابل اندازه گیری - واقع بینانه و دارای زمان بندی باشد.

۱۷-۵- مستندات نشان می دهند که اجرای برنامه های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی به طور دائمی پایش می شوند.

۱۷- بهبود
کیفیت

د) ایمنی - بهبود
کیفیت و جمع آوری
داده ها
(ادامه)

۱۸-۱- داده های بخش آزمایشگاه جمع آوری و
رایانه ای می شوند

۱۸-۲- علت منطقی جمع آوری هر داده شرح داده شده
است.

۱۸-۳- چک لیست برای ممیزی داخلی بخش موجود
است.

۱۸-۴- ممیزی داخلی انجام می شود.

۱۸-۵- تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و
اجرای برنامه مداخله ای مناسب بر اساس آن مستند
شده اند.

۱۸-۶- در خصوص نتایج بررسی ها و تحلیل های
صورت گرفت به مدیران و دست اندرکاران اطلاع
رسانی می شود

۱۸- جمع آوری
و تحلیل داده ها

(د) ایمنی - بهبود
کیفیت و جمع آوری
داده ها
(ادامه)

خدا قوت

اعتباربخش اصلی اوست