



برنامه عملیاتی استانداردهای

الزامی ایمنی بیمار

بیمارستان سوانح و سوختگی گناوه

فروردین ۹۸

تهیه و تنظیم کارشناس هماهنگ کننده ایمنی



هدف کلی: Goal: حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

Objectives: اهداف اختصاصی

- ۱- بهبود استانداردهای حاکمیت و رهبری به میزان ۹۰ درصد تا آخر سال ۱۳۹۸
- ۲- بهبود استانداردهای جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه به میزان ۱۰۰ درصد تا آخر سال ۱۳۹۸
- ۳- ایجاد خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۹۰ درصد تا آخر سال ۱۳۹۸
- ۴- پیاده سازی استانداردهای محیط ایمن به میزان ۱۰۰ درصد تا آخر سال ۱۳۹۸

Strategies: استراتژی های هدف اختصاصی اول (حاکمیت و رهبری)

- ۱- اولویت بخشیدن به ایمنی بیمار در برنامه استراتژیک بیمارستان
- ۱- تدوین برنامه عملیاتی ۱۹ استاندارد الزامی ایمنی بیمار
- ۱- ۳ تعیین و انتخاب مدیر ایمنی بیمارستان
- ۱- ۴ انجام بازدید های مدیریتی (Patient safety Walk-round)
- ۱- ۵ تعیین و انتخاب مدیر خطر بیمارستان
- ۱- ۶ برگزاری جلسات کمیته مرگ و میر
- ۱- ۷ موجود بودن تجهیزات ضروری بیمارستان

۱-۸ ضد عفونی نمودن مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد

۱-۹ استخدام و بکارگماردن کادر بالینی حائز شرایط با تأیید کمیته ذیصلاح

Strategies استراتژی های هدف اختصاصی دوم (جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه)

۱-۲ اجرای نظام رضایت - برائت قبل از هرگونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی

۲-۲ اجرای نمودن پروتکل شناسایی بیمار

Strategies: استراتژی های هدف اختصاصی سوم (خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد)

۳-۱-۱ اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات

۳-۲-۲ اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص

۳-۳-۳ اجرایی نمودن برنامه پیشگیری و کنترل عفونت براساس راهنمای کشوری

۳-۴-۴ استریلیزاسیون مناسب تجهیزات پزشکی

۳-۵-۵ اجرایی نمودن نظام هموویزیلانس

۳-۶-۶ در دسترس بودن داروهای حیاتی در تمامی اوقات شبانه روز

۳-۷-۷ اجرای راه حل ایمنی بیمار

Strategies : استراتژی های هدف اختصاصی چهارم (محیط ایمن)

۴-۱-۱ اجرایی نمودن راهنمای مدیریت و دفع پسماندهای بهداشتی - درمانی

۴-۲-۲ اجرایی نمودن راهنمای مدیریت دفع پسماندهای تیز و برنده

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار**هدف اختصاصی ۱ : بهبود اقدامات گروه استانداردهای حاکمیت و رهبری به میزان ۹۰ درصد تا آخر سال ۱۳۹۸****S1-1 استراتژی ۱-۱ - اولویت بخشیدن به ایمنی بیمار در برنامه استراتژیک بیمارستان****برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۱-۱ :**

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
برگزاری جلسه با تیم برنامه استراتژیک در خصوص بازنگری برنامه استراتژیک در راستای اولویت بخشیدن به ایمنی بیمار	دفتر حاکمیت بالینی	۹۸/۰۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند صورت جلسه		اجرا می شود برنامه در بهمن ماه ۹۶ بازنگری شد

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار**هدف اختصاصی ۱- : بهبود اقدامات گروه استانداردهای حاکمیت و رهبری به میزان ۹۰ درصد تا آخر سال ۱۳۹۸****S1- استراتژی ۱- ۲ تدوین برنامه عملیاتی ۱۹ استاندارد الزامی ایمنی بیمار****برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۱-۲**

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
تدوین برنامه عملیاتی ایمنی بیمار	هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۹۸/۱/۱	۹۸/۰۱/۱۵	برنامه عملیاتی		تدوین برنامه عملیاتی انجام شده
پایش برنامه عملیاتی تهیه شده در فواصل زمانی معین (هر ۶ ماه یکبار)	هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۹۸/۶/۳۰	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده مستندات		پایش برنامه در تیر و بهمن انجام می شود

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

1 هدف اختصاصی ۱ : بهبود اقدامات گروه استانداردهای حاکمیت و رهبری به میزان ۹۰ درصد تا آخر سال ۱۳۹۸

S1-استراتژی ۱-۳-تعیین و انتخاب مدیر ایمنی بیمارستان

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۱-۲:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
انتخاب مسول فنی ایمنی بیمارستان با توجه به شرایط احراز صلاحیت ارسالی از وزارت متبوع	ریاست	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	اعلام فرد انتخاب شده		مسول فنی ایمنی بیمارستان انتخاب گردید
صدور ابلاغ جهت مسول فنی ایمنی بیمارستان به همراه ابلاغ شرح وظایف وی ارسالی	ریاست	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند ابلاغ صادر شده		ابلاغ جهت هماهنگی در بهمن صادر گردید. به کار قابل واحد ها ارسال شد
ابلاغ معرفی مسول فنی ایمنی بیمارستان و شرح وظایف وی به همه بخشها	دفتر حاکمیت بالینی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند نامه ابلاغ شده		ابلاغ جهت هماهنگی و شرح وظایف در بهمن صادر گردید. به کار قابل واحد ها ارسال شد

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

1 هدف اختصاصی ۱ : بهبود اقدامات گروه استانداردهای حاکمیت و رهبری به میزان ۹۰ درصد تا آخر سال ۱۳۹۸

S1-4 انجام بازدیدهای مدیریتی (Patient safety Walk-round)

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۱-۴

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
تدوین خط مشی و روش اجرایی بازدیدهای مدیریتی ایمنی	هماهنگ کننده ایمنی	۹۸/۱/۱	۹۸/۰۱/۱۵	وجود خط مشی تدوین شده		تدوین خط مشی و روش اجرایی انجام گردید
تهیه برنامه زمانبندی شده سالیانه بازدیدهای مدیریتی از بخش های بیمارستان	هماهنگ کننده ایمنی	۹۸/۱/۱	۹۸/۰۱/۱۵	مستند برنامه تهیه شده		برنامه زمانبندی شده در واحد های مختلف مورد بازدید تحویل داده شده است
ابلاغ خط مشی و روش اجرایی بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و برنامه زمانبندی شده آن به اعضای تیم بازدید کننده و کلیه بخش ها	هماهنگ کننده ایمنی	۹۸/۱/۱	۹۸/۰۱/۱۵	مستندات		ابلاغ خط مشی و روش اجرایی بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و برنامه زمانبندی شده آن به اعضای تیم بازدید کننده و کلیه بخش ها اطلاع رسانی گردید
انجام بازدیدهای مدیریتی طبق برنامه زمانبندی	هماهنگ کننده ایمنی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		بازدیدهای مدیریتی به صورت هفتگی انجام می شود
ارائه بازخورد به کارکنان بخش از طریق کار تابلو هر ماه	هماهنگ کننده ایمنی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		ارائه بازخورد به کارکنان بخش از طریق کار تابلو هر ماه ارسال می گردد
پایش انجام اقدامات مداخله ای	دفتر حاکمیت بالینی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		پایش انجام می شود

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

1 هدف اختصاصی ۱ : بهبود اقدامات گروه استانداردهای حاکمیت و رهبری به میزان ۹۰ درصد تا آخر سال ۱۳۹۸

S1-استراتژی ۱- ۵ تعیین و انتخاب مدیر خطر بیمارستان

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۱- ۵:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
انتخاب مدیر خطر بیمارستان با توجه به شرایط احراز صلاحیت ارسالی از وزارت متبوع	ریاست	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۰/۲۹	مستندات		مدیر خطر بیمارستان انتخاب گردید
صدور ابلاغ جهت مدیر خطر بیمارستان به همراه ابلاغ شرح وظایف وی	ریاست بیمارستان	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۰/۲۹	مستندات		ابلاغ جهت مدیر خطر در کارتابل واحدها ارسال گردید
معرفی مدیر خطر بیمارستان و شرح وظایف وی به همه بخش ها	دفتر پرستاری	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۰/۲۹	مستندات		شرح وظایف مدیر خطر در کارتابل واحد ها ارسال گردید

G هدف کلی: حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

1 هدف اختصاصی ۱: بهبود اقدامات گروه استانداردهای حاکمیت و رهبری به میزان ۹۰ درصد تا آخر سال ۱۳۹۸

S1 استراتژی ۱-۶ برگزاری جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر به صورت مرتب

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۱-۶

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
تدوین خط مشی و روش اجرایی جهت بررسی موارد مرگ و میر و معلولیت ه	کمیته مرگ و میر با همکاری دفتر حاکمیت بالینی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	خط مشی تهیه شده		خط مشی به روز رسانی گردید
بررسی و تجزیه و تحلیل تمام موارد مرگ و میر و معلولیت های کودکان زیر ۵ سال و مادران باردار و تمامی موارد مرگ و میر براساس خط مشی بیمارستان	رئیس کمیته مرگ و میر	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند صورجلسات		برگزاری جلسات به صورت ماهیانه. در صورت نداشتن مرگ و میر هر سه ماه برگزار می شود
برگزاری دوره آموزشی RCA جهت اعضای	سوپروایزر آموزشی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند دوره آموزشی برگزار شده		در خواست به سوپروایزر آموزشی جهت برگزاری کلاس
بررسی و تجزیه و تحلیل پرونده های مرگ و میر (موارد خاص) براساس خط مشی بیمارستان به روش RCA	تیم RCA	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	گزارش RCA		طبق دستورالعمل RCA انجام می شود
انجام اقدامات اصلاحی براساس نتایج جلسات برگزار شده کمیته RCA	دبیر کمیته مرگ و میر	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	صورجلسات		در RCA اقدامات اصلاحی مکتوب می شود
پایش انجام اقدامات اصلاحی دفتر حاکمیت بالینی	دفتر حاکمیت بالینی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	وجود مستندات پایش		پایش انجام می شود

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

1 هدف اختصاصی ۱ : بهبود اقدامات گروه استانداردهای حاکمیت و رهبری به میزان ۹۰ درصد تا آخر سال ۱۳۹۸

S1 استراتژی ۱-۷ - موجود بودن تجهیزات ضروری در بیمارستان

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۱-۷

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
لیست تجهیزات و وسایل ضروری	واحد تجهیزات پزشکی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند لیست		لیست تجهیزات و وسایل ضروری به تفکیک هر بخش موجود می باشد
پیش بینی تجهیزات و وسایل جایگزین با پشتیبان	واحد تجهیزات پزشکی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		تجهیزات پشتیبان هر بخش مشخص می باشد داری. امضا مسول تجهیزات پزشکی می باشد. صحت عملکرد / کالبراسیون توسط واحد تجهیزات پزشکی تضمین گردید تا مین اعتبار جهت پشتیبان مستقل جهت بخش ندارد
تغییر ساختار فیزیکی سی اس ار	مدیریت بیمارستان	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		تغییر ساختار فیزیکی سی اس ار - به مدیریت در خواست ولی به علت عدم تامین اعتبار مالی امکان پذیر نمی باشد
تهیه ترالی کمک دار	مسول سی اس ار	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		به علت عدم تامین اعتبار مالی تهیه نگردید
مرتب بودن دفتر ثبت نتایج آزمون بوودیک	مسول سی اس ار	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده دفتر		اجرا و ثبت می شود
تفکیک منطقه استریل	مسول سی اس ار	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		برداشته شد

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

1 هدف اختصاصی ۱ : بهبود اقدامات گروه استانداردهای حاکمیت و رهبری به میزان ۹۰ درصد تا آخر سال ۱۳۹۸

8-S1 استراتژی ۱-۸- ضد عفونی نمودن مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۱-۸:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
لیست تجهیزات و وسایل پزشکی که بلافاصله پس از مصرف نیاز به ضد عفونی دارند	مسول کنترل عفونت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		لیست تجهیزات و وسایل پزشکی تنظیم گردید
تدوین خط مشی تجهیزات و وسایل پزشکی که بلافاصله پس از مصرف نیاز به ضد عفونی دارند (هر کدام به تفکیک)	مسول کنترل عفونت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	خط مشی های تهیه شده		خط مشی تدوین گردید
لیست تجهیزات و وسایل پزشکی ضروری جهت استریلیزاسیون فوری ارسالی	مسول کنترل عفونت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		لیست تجهیزات و وسایل پزشکی ضروری موجود می باشد

G هدف کلی: حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

O1 هدف اختصاصی ۱: بهبود اقدامات گروه استانداردهای حاکمیت و رهبری به میزان ۹۰ درصد تا آخر سال ۱۳۹۸

S1-9-1 استراتژی ۱-۹-استخدام و بکارگماردن کادر بالینی حائز شرایط با تأیید کمیته ذیصلاح

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۱-۹:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
تأیید پرونده های کارگزینی پزشکان مبنی بر وجود پروانه پزشکی عمومی و تأییدیه دانشگاه در ارتباط با مدرک دکترای تخصصی و فوق تخصصی	مسئول کارگزینی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	پرونده های تکمیل شده		تأیید پرونده های کارگزینی پزشکان موجود میباشد
تأیید پرونده های کارگزینی کلیه کارکنان حرف بهداشتی - درمانی مبنی بر وجود گواهینامه های تحصیلی به کامل در شبکه موجود می باشد تا زمان تهیه جایگاه به بیمارستان انتقال می شود	مسئول کارگزینی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	پرونده های تکمیل شده		تأیید پرونده های کارگزینی کلیه کارکنان حرف بهداشتی - درمانی مبنی بر وجود گواهینامه های تحصیلی ذیربط و تأییدیه

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

O2 هدف اختصاصی ۲: بهبود استانداردهای جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه به میزان ۱۰۰ درصد تا آخر سال ۹۸

S2-1 استراتژی ۲-۱ اجرای نظام رضایت - برائت قبل از هرگونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۲-۱:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
تهیه لیست اقدامات درمانی و تشخیصی تهاجمی در بیمارستان	سرپرستار	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	لیست تهیه شده		لیست اقدامات درمانی و تشخیصی تهاجمی در به تفکیک هر بخش موجود است
تدوین فرم رضایت - برائت جهت اقدامات درمانی و تشخیصی تهاجمی	دفتر حاکمیت بالینی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	فرم تهیه شده		تدوین فرم رضایت - برائت شد
تدوین خط مشی رضایت - برائت در بیمارستان	دفتر حاکمیت بالینی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	خط مشی تهیه شده		اجرا می شود
ابلاغ خط مشی تدوین شده به کلیه بخش ها	دفتر حاکمیت بالینی با هماهنگی سوپروایز آموزش شی بیمارستان	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند برنامه صادر شده		اجرا می شود
آموزش و اطلاع رسانی به کلیه پزشکان معالج بیماران در خصوص این فرآیند و خط مشی بیمارستان	هماهنگی سوپروایز آموزش شی بیمارستان	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		به صورت مستمر اجرا می شود
نظارت بر تکمیل فرم ها و درج امضای بیمار/همراه بیمار/یکی از بستگان درجه یک (پزشک معالج	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده تصادفی چند پرونده		

هدف کلی: حفظ و ارتقای ایمنی بیمار**2 هدف اختصاصی ۲: بهبود استانداردهای جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه به میزان ۱۰۰ درصد تا آخر ۱۳۹۸****2-S2 استراتژی ۲-۲ اجرای نمودن پروتکل شناسایی بیمار****برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۲-۲:**

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
تدوین خط مشی شناسایی بیمار	هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		تدوین شده
به روز رسانی خط مشی شناسایی بیمار	هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹			به روز رسانی گردید
ابلاغ خط مشی شناسایی بیمار به تمامی بخش های درمانی	هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		ابلاغ گردید
بستن دستبند با توجه به رنگ بندی به بیمار	نظارت مسولین واحد و پرسنل	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهدات		به طور مستمر استفاده می شود
تحویل دستبند شناسایی به همراه پرونده بیمار به بخش	واحد پذیرش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهدات		اجرا می شود

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

O3 هدف اختصاصی ۳ : خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۹۰ درصد تا آخر ۱۳۹۸

S3-1 استراتژی ۳-۱ اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۳-۱:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
تدوین خط مشی اعلام اضطراری نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی در آزمایشگاه و سایر واحدهای تشخیصی و بخش های بستری	مسئول آزمایشگاه با نظارت دفتر حاکمیت بالینی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	خط مشی		تدوین شد
به روز رسانی خط مشی اعلام اضطراری نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی در آزمایشگاه و سایر واحدهای تشخیصی و بخش های بستری	مسئول آزمایشگاه - ایمنی بیمار	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹			به روز رسانی گردید
ابلاغ خط مشی تهیه شده اعلام اضطراری نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی در آزمایشگاه و سایر واحدهای تشخیصی و بخش های بستری	مترون بیمارستان	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند نامه صادر شده		ابلاغ گردید
تهیه و به روز رسانی لیست مقیاسهای بحرانی آزمایشگاه با تایید مسول فنی آزمایشگاه و تایید مسول فنی بخش	مسئول آزمایشگاه مسئول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		به روز رسانی گردید
خط ازاد یک طرفه (HOT LINE) جهت اعلام نتایج حیاتی تست های پاراکلینیکی در بخش آزمایشگاه و سایر بخش های درمانی	مسئول آزمایشگاه مسئول بخش - هماهنگ کننده ایمنی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهدات		به واحد تجهیزات پزشکی در خواست گردید بعد از پی گیری مسول تدارکات از قیمت خرید به علت عدم اعتبار مالی تامین نگردید. تا تامین اعتبار

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

O3 هدف اختصاصی ۳ : خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۹۰ درصد تا آخر ۱۳۹۸

S3-2 استراتژی ۳-۲ اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۳-۲:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
تدوین خط مشی اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران و همراهیان بعد از ترخیص از بیمارستان	مسئول آزمایشگاه	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	خط مشی تهیه شده		تدوین گردید
ثبت زمان, تاریخ و روش اطلاع رسانی نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران / همراهیان	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		اجرا می شود
اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران براساس خط مشی و روش اجرایی تهیه شده	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		اطلاع داده می شود و در دفتر بخش ثبت شده
اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران سر پایي	مسئول آزمایشگاه	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		اطلاع داده می شود و در دفتر آزمایشگاه ثبت شده
پایش اجرای خط مشی تهیه شده	دفتر حاکمیت بالینی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		

G هدف کلی: حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

3 هدف اختصاصی ۳: خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۹۰ درصد تا آخر ۱۳۹۸

S3-13 استراتژی ۳-۳ اجرایی نمودن برنامه پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس راهنمای کشوری

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۳-۳:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
لحاظ شدن کمیته پیشگیری و کنترل عفونت در چارت سازمانی بیمارستان	دفتر خدمات پرستاری	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		ماهانه برگزار می شود
موجود بودن شرح وظایف و ماموریت های مصوب کمیته کنترل عفونت	دفتر خدمات پرستاری	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		موجود می باشد
وجود تیم کنترل عفونت شامل پرستار و پزشک دارای صلاحیت های لازم با لحاظ کردن شرایط احراز خاص	دفتر خدمات پرستاری	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		تیم کنترل عفونت شامل پرستار و پزشک همراه با ابلاغ به هر فرد تحویل داده شده
برگزاری جلسات کمیته کنترل عفونت به صورت ماهانه و در موارد اضطرار	رئیس و دبیر کمیته	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		کمیته کنترل عفونت به صورت ماهانه برگزار می شود
انجام اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج جلسات کمیته کنترل عفونت	رئیس و دبیر کمیته	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		اقدامات اصلاحی در صورت جلسات موجود است
تهیه برنامه عملیاتی پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان	مسول کمیته کنترل عفونت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		برنامه عملیاتی پیشگیری و کنترل عفونت در بهمن ۹۶ به روز رسانی شد
پایش برنامه عملیاتی کنترل عفونت	مسول کمیته کنترل عفونت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		پایش برنامه عملیاتی کنترل عفونت هر ۶ ماه یکبار انجام می شود
تهیه خط مشی پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان	مسول کمیته کنترل عفونت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		خط مشی پیشگیری و کنترل عفونت
تدوین خط مشی بهداشت دست	مسول کمیته کنترل عفونت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		تدوین گردید
ابلاغ دستورالعمل و خط مشی بهداشت دست به تمامی بخش ها	مسول کمیته کنترل عفونت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستند		ابلاغ دستورالعمل و خط مشی بهداشت دست انجام شد

پایش بهداشت دست ها	مسول کمیته کنترل عفونت	۹۸/۱/۱	۱۲/۲۹/۹۸	مستند	ماهانه ثبت می شود و هر ۶ماه پایش شده. و پایش ها به استان ارسال می شود
فراهم کردن تجهیزات و مواد لازم برای اجرای صحیح شستن دستها مطابق دستورالعمل	مسول کمیته کنترل عفونت	۹۸/۱/۱	۱۲/۲۹/۹۸	مشاهدات	تجهیزات و مواد لازم برای شستن دست ها موجود می باشد بجز لوسیون نرم کننده که به دارو خانه در خواست شده ولی تهیه نشده

G هدف کلی: حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

3 هدف اختصاصی ۳: ایجاد خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۹۰ درصد تا آخر ۱۳۹۸

4-S3 استراتژی ۳-۴ استریلیزاسیون مناسب تجهیزات پزشکی

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۳-۴:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
تدوین خط مشی و روش های اجرایی ضد عفونی و استریلیزاسیون در سی اس ار	مسول کنترل عفونت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		تدوین شده
در خواست تهیه دستگاه فلش اتو کلاو	مسول کنترل عفونت تجهیزات پزشکی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		در خواست تهیه دستگاه فلش اتو کلاو ولی بعلت عدم اعتبار مالی تامین نشده است در صورتیکه اعتبار تامین شود خریداری می شود

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

3 هدف اختصاصی ۳ : ایجاد خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۹۰ درصد تا آخر ۱۳۹۸

S3-5 استراتژی ۳-۵ اجرایی نمودن نظام هموویژیلانس

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۳-۵:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
انتخاب پزشک هموویژیلانس	رئیس بیمارستان	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		پزشک هموویژیلانس انتخاب گردید ابلاغ دارد
هماهنگی جهت شرکت تیم هموویژیلانس در دوره های آموزشی مربوطه	سوپروایزر آموزشی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		در برنامه آموزشی قرار داده شد
آموزش و توجیه فرآیند نظام هموویژیلانس در بیمارستان برای کارکنان	سوپروایزر آموزشی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		سالی یکبار برگزار می شود. که در سال ۹۶ برگزار گردید
اجرای نظام هموویژیلانس	مسول بخش ها ایمنی بیمارستان	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		اجرا می شود
ثبت و گزارش دهی عوارض ناخواسته به ستاد سازمان انتقال خون	مسول آزمایشگاه	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		ناکنون عارضه ای گزارش نشده در صورت مشاهده در فرم مربوطه ثبت می شود
گزارش / بررسی عوارض و خطای های پزشکی ناشی از تزریق خون و فرآورده های خونی در کمیته انتقال خون بیمارستان	دبیر کمیته	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		در صورت جلسات ثبت می شود
پایش و نظارت بر برنامه	دبیر کمیته	۹۸/۱/۱	۹۷/۱۲/۲۹	مستندات		هر ۶ ماه پایش می شود
نصب پوستر هموویژیلانس	مدیر ایمنی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		تهیه و نصب شده
تشکیل کمیته هموویژیلانس	دبیر کمیته	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		هر ۲ ماه یکبار برگزار می شود

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

3 هدف اختصاصی ۳ : ایجاد خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۹۰ درصد تا آخر ۱۳۹۸

S3-6 استراتژی ۳-۶ : در دسترس بودن داروهای حیاتی در تمامی اوقات شبانه روز

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۳-۶ :

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
تهیه لیست داروهای حیاتی بیمارستان به تفکیک هر بخش با تایید پزشکان هر بخش و مسول فنی داروخانه	مسول فنی دارو خانه و مسول بخش ها	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	لیست های تهیه شده		لیست ها در بخش های فعال موجود میباشند
نظارت بر وجود دارو.های حیاتی بیمارستان بر اساس لیست کلی در داروخانه شبانه روزی	مدیر پرستاری و مسول بخش ها - سوپر وایزر -	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده چند دارو		در هر شیفت دفتر مربوط به دارو های حیاتی چک می شود

G هدف کلی: حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

هدف اختصاصی ۳- خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۹۰ درصد تا آخر ۱۳۹۸

S3 استراتژی ۷- ۳ اجرای نمودن نه راه ایمنی بیمار (توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه)

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۷-۳:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
بازنگری لیست داروهای مشابه موجود در بخش ها و تایید توسط مسئول فنی داروخانه مسول فنی بخش	مسول بخش -مسول ایمنی	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده لیست		اجرا می شود
چک دستورات پزشک توسط پرستار قبل از ترک پزشک از بخش	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		اجرا می شود
فاصله گذاری بین باکسهای داروهای مشابه در قفسه دارویی بخش ها و داروخانه طبق دستورالعمل وزارتخانه	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		اجرا می شود
تهیه برچسب زرد طبق لیست داروهای مشابه (گفتاری-نوشتاری-دیداری) بر روی باکس ها	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		اجرا می شود
جمع آوری گزارش خطاهای دارویی شکل و نام	مسول بخش هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		اجرا می شود

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

هدف اختصاصی ۳- خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۹۰ درصد تا آخر ۱۳۹۸

S3 استراتژی ۷-۳ اجرای نمودن نه راه ایمنی بیمار (رتباط موثر در زمان تحویل بیمار)

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۷-۳:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
ارسال دستورالعمل کشوری ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار به بخش ها	بهبود کیفیت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		بخش نامه به بخش تحویل شده
نظارت بر دستورالعمل مذکور	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		اجرا می شود
معرفی پرستار به بیمار و همراه وی	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		۱۰ درصدی اجرا می شود. (فرهنگ معرفی کردن برای پرسنل جا نیفتاده)
بیان منشور حقوق بیمار و ارائه آموزش های مورد نیاز به وی	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		اجرا می شود
حضور کلیه پرسنل شیفت در زمان تحویل بیماران	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		اجرا می شود
استفاده پرسنل پرستاری از کارت شناسایی عکس دار	مسول بخش - مترون- سوپروایزر	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		۹۰ درصد پرسنل از کارت شناسایی عکس دار استفاده می کنند ۱۰ درصدی که ندارند کارت مشکل داشته که درخواست مجدد گردید. و برای همکاران جدید ورود

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

هدف اختصاصی ۳- خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۹۰ درصد تا آخر ۱۳۹۸

S3 استراتژی ۳-۷ اجرای نمودن نه راه ایمنی بیمار (انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار)

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۳-۷:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
ارسال دستورالعمل کشوری انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار به بخش ها	بهبود کیفیت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		بخش نامه به بخش تحویل شده
اخذ رضایت آگاهانه از بیمار	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		اجرا می شود
علامت گذاری موضع عمل در اندام قرینه	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		
ثبت صحیح هر نوع اقدام درمانی یا جراحی با ذکر سمت راست یا چپ در پرونده و سیستم HIS	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده در پرونده و سیستم		اجرا می شود

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

هدف اختصاصی ۳- خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۹۰ درصد تا آخر ۱۳۹۸

S3 استراتژی ۳-۷ اجرای نمودن نه راه ایمنی بیمار (کنترل غلظت محلول های الکترولیتی)

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۳-۷:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
عدم نگهداری محلول های غلیظ در بخش هایی که نیاز ندارند	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		اجرا می شود
نگهداری محلول های غلیظ پر خطر در ظروف جداگانه با باکس و برچسب قرمز در بخش ها و فونت بالا	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		اجرا می شود
تهیه دستورالعمل استفاده صحیح از محلول های غلیظ تهیه دستورالعمل استفاده صحیح از محلول های غلیظ	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		اجرا می شود
عدم استفاده مجدد محلولها پس از باز شدن (بعد از باز شدن دور انداخته شود)	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		اجرا می شود
در معرض دید بودن نحوه مصرف و رقیق کردن داروهای با غلظت بالا	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		اجرا می شود
چسپاندن نوار قرمز بر روی دارو با غلظت الکترولیتی	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		اجرا می شود
داشتن امضا دوگانه (توسط دو نفر امضا شود)	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده در پرونده بیمار		اجرا می شود

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

هدف اختصاصی ۳- خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۹۰ درصد تا آخر ۱۳۹۸

S3 استراتژی ۳-۷ اجرای نمودن نه راه ایمنی بیمار(ز صحت دارودرمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات)

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۳-۷:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
ارسال دستورالعمل اطمینان از صحت دارودرمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات به بخش ها	بهبود کیفیت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات	-	بخش نامه به بخش تحویل شده
در صورت انتقال بیمار به بخش یا مرکز دیگر تاکید شفاهی به مصرف داروهای شخصی وی علاوه بر گزارشات کتبی پرستاری	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده	-	به صورت مستمر اجرا می شود
تهیه و بروز رسانی لیست تداخلات دارویی	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده	-	اجرا می شود
ثبت داروهای مصرفی قبلی بیمار در برگ شرح حال توسط پزشک	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده	-	اجرا می شود

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

هدف اختصاصی ۳- خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۹۰ درصد تا آخر ۱۳۹۸

S3 استراتژی ۳-۷ اجرای نمودن نه راه ایمنی بیمار (اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها)

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۳-۷:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
ارسال دستورالعمل کشوری اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها به بخش ها	بهبود کیفیت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		بخش نامه به بخش تحویل شده
کنترل کلیه اتصالات بیمار در زمان تحویل و تحول	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		به صورت مستمر اجرا می شود
بررسی میزان درناژ باتلها و ثبت در پرونده بیمار	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده ثبت در پرونده		به صورت مستمر اجرا می شود
پایش دستورالعمل اجتناب از اتصال نادرست لوله ها و کاتترهای مورد استفاده در بیمارستان	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		به صورت مستمر اجرا می شود
ثبت تاریخ اتصالات بر روی آن و در کاردکس	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده ثبت در کاردکس		به صورت مستمر اجرا می شود

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

هدف اختصاصی ۳- خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۹۰ درصد تا آخر ۱۳۹۸

S3 استراتژی ۷-۳ اجرای نمودن نه راه ایمنی بیمار (استفاده از وسایل یکبار مصرف جهت تزریقات)

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۷-۳:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
ارسال دستورالعمل کشوری استفاده از وسایل یکبار مصرف جهت تزریقات به بخش ها	بهبود کیفیت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		بخش نامه به بخش تحویل شده
تامین وسایل کافی یکبار مصرف در تزریقات	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		وسایل در بخش موجود می باشد
عدم ری کپ کردن نیدل سرنگ هنگام استفاده	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		اجرا می شود
استفاده از ویال های تک دوزی	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		اجرا می شود.
انجام تزریق در ناحیه سالم پوست بیمار	مسول بخش	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		اجرا می شود

هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

4 هدف اختصاصی ۱ : پیاده سازی استانداردهای محیط ایمن به میزان ۱۰۰ درصد تا آخر ۱۳۹۸

1-S4 استراتژی ۴-۱ اجرایی نمودن برنامه راهنمای مدیریت دفع پسماندهای بهداشتی - درمانی

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۴-۱ :

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
تدوین خط مشی مدیریت دفع پسماندهای بهداشتی - درمانی	مسئول بهداشت محیط	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		به صورت مستمر اجرا می شود
هماهنگی برای تامین ملزومات اجرایی شدن خط مشی تهیه شده	مسئول بهداشت محیط	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		هماهنگی لازم انجام می شود
تشکیل کلاس های آموزشی در خصوص نحوه صحیح و استاندارد دفع پسماند	مسئول بهداشت محیط	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		برگزاری دوره آموزشی
ابلاغ خط مشی مدیریت دفع پسماند به تمامی بخش ها	مسئول بهداشت محیط	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		ابلاغ شده است
توزیع راهنمای مدیریت دفع پسماند در تمامی بخش	مسئول بهداشت محیط	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		برنامه مدیریت پسماندها در تمامی بخش ها توزیع شده است
وجود راهنمای نوع پسماند بر روی ظروف جمع آوری و دفع پسماند	مسئول بهداشت محیط و مسول بخش ها	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		انجام شده است
تهیه رنگ بندی سطل های زباله و استفاده از آن	مسئول بهداشت محیط و مسول بخش ها	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		به طور مستمر انجام می شود
نظارت بر جمع آوری زباله های شیمیایی	مسئول بهداشت محیط	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		به طور مستمر انجام می شود

G هدف کلی : حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

هدف اختصاصی ۴ پیاده سازی استانداردهای محیط ایمن به میزان ۱۰۰ درصد تا آخر ۱۳۹۸

S4-2 استراتژی ۴-۲ اجرایی نمودن راهنمای مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۴-۲:

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
تدوین خط مشی مدیریت دفع پسماندها نوک تیز و برنده	مسئول بهداشت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	خط مشی تهیه شده		انجام شده است
برگزاری دوره های آموزش در خصوص نحوه صحیح و استاندارد دفع پسماندهای نوک تیز و برنده	مسئول بهداشت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		طی دوره های آموزشی مدیریت پسماندها، ارائه شده است
ابلاغ خط مشی مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده به تمامی بخش ه	مسئول بهداشت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		انجام شده است
توزیع راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده در تمامی بخش ه	مسئول بهداشت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		انجام شده است
وجود راهنمای نوع پسماندهای نوک تیز و برنده بر روی ظروف جمع آوری و دفع پسماند	مسئول بهداشت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		راهنما موجود می باشد
وجود ظروف ایمن در بخش ها	مسئول بهداشت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مشاهده		سفتی باکس موجود می باشد
پایش و نظارت بر نحوه اجرای مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده در بخش ها	مسئول بهداشت	۹۸/۱/۱	۹۸/۱۲/۲۹	مستندات		به صورت روزانه انجام می شود

