



## الف- مدیریت و رهبری

### الف-۵) مدیریت "خطر حوادث و بلایا"

بیمارستان‌ها با توجه به ماهیت و شرایط خاصی که دارند از جمله وابستگی بیماران بستری به تجهیزات پزشکی حیاتی، ناتوانی بیماران در هنگام وقوع حادثه جهت پناه و گریز، وجود دستگاه‌های حساس، وجود مواد خطرناک و خطر سازه، در معرض انواع حوادث داخلی از جمله آتش سوزی، قطع سیستم برق و سامانه اطلاعات بیمارستان، اپیدمی‌ها و سایر موارد قرار دارند. همچنین در صورت وقوع حوادث خارج از بیمارستان مانند تصادفات، زلزله، سیل و سایر بلایای طبیعی، ازدحام مصدومین و مراجعین، بیمارستان‌ها را با چالش مواجه می‌نماید. لذا بیمارستان همچون شهری پرخطر، در هر لحظه مستعد حوادث است. این مهم به ویژه در بیمارستان‌های با قدمت بیشتر و با ازدحام مراجعین از حساسیت بیشتری برخوردار است. ایجاد محیطی ایمن برای بیماران، همراهان و کارکنان مستلزم برنامه ریزی است. برنامه ریزی در راستای پیشگیری از بروز حوادث در داخل بیمارستان و کنترل و مدیریت مواجهه با حوادث و بلایای خارجی، از طریق ایجاد آمادگی و افزایش ظرفیت بیمارستان صورت می‌پذیرد. توجه مدیران ارشد به برنامه ریزی‌های پیشگیرانه و ایجاد آمادگی در مواجهه پیش از وقوع، سرمایه گذاری ارزشمندی است که لازم است در دستور کار مدیریت و رهبری بیمارستان قرار گیرد.

#### الف ۵ ۱ بیمارستان ارزیابی و اولویت بندی خطر حوادث و بلایا را انجام داده اقدامات پیشگیرانه را برنامه ریزی می‌نماید.

##### دستاورد استاندارد

- شناسایی خطرات بالقوه موجود در بیمارستان و آمادگی و برنامه ریزی جهت کاهش خطرات
- کاهش بروز آسیب به بیماران، مراجعین و کارکنان و کاهش خسارت مالی ناشی از بروز حوادث و بلایا

سنجه ۱. ارزیابی خطر حوادث و بلایا در بیمارستان براساس آخرین مرجع علمی اعلام شده از سوی وزارت بهداشت<sup>۱</sup> و در سه حیطه ایمنی عملکردی، ایمنی سازه‌ای و غیر سازه‌ای به صورت سالیانه انجام می‌شود.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

| روش ارزیابی            | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |
|------------------------|---|
| بررسی مستندات و مصاحبه | ۱ تشکیل تیم ارزیابی *   |
| بررسی مستندات          | ۲ انجام ارزیابی خطر حوادث و بلایا در حیطه ایمنی عملکردی حداقل سالیانه، طبق دستورالعمل ابلاغی **       |
| بررسی مستندات          | ۳ انجام ارزیابی خطر حوادث و بلایا در حیطه ایمنی سازه‌ای حداقل سالیانه، طبق دستورالعمل ابلاغی ***      |
| بررسی مستندات          | ۴ انجام ارزیابی خطر حوادث و بلایا در حیطه ایمنی غیر سازه‌ای حداقل سالیانه، طبق دستورالعمل ابلاغی **** |
| بررسی مستندات          | ۵ ثبت نتایج ارزیابی و امتیازات آن در فایل اکسل <sup>۲</sup>   |

\*تیم ارزیابی خطر حوادث و بلایا حداقل شامل مسئول فنی / ایمنی، مسئولان ساختمان، تأسیسات، تجهیزات، بهداشت محیط و حرفه‌ای، دبیر کمیته و سایر اعضا منتخب کمیته توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا می‌باشند.

\*\*حیطه ایمنی عملکردی منطبق با کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی شامل ایجاد ساختار و برنامه مقابله با حوادث و فوریت‌ها می‌باشد که شامل (تشکیل کمیته، تدوین برنامه و راهنماهای عملیاتی آمادگی، پاسخ و بازتوانی) می‌باشد. طبق بخشنامه شماره ۴۰۱/۸۱۸۹ مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۹ در خصوص ارزیابی بیمارستان‌ها براساس کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی.

\*\*\*حیطه ایمنی سازه‌ای شامل اجزایی است که وزن ساختمان را تحمل می‌کنند مثل ستون‌ها، تیرآهن‌ها، صفحات بتون و سقف‌ها می‌باشد. طبق بخشنامه شماره ۴۰۱/۸۱۸۹ مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۹ در خصوص ارزیابی بیمارستان‌ها براساس کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی.

\*\*\*\*حیطه ایمنی غیر سازه‌ای شامل اجزایی از سازمان هستند که در تحمل وزن ساختمان نقش ندارند مانند سیستم‌های حیاتی (الکتریکی، ارتباطی، ذخایر آب، سوخت، گازهای پزشکی)، گرمایش، سرمایش و تهویه هوا، تجهیزات اداری، تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی و اجزای معماری هستند. طبق بخشنامه شماره ۴۰۱/۸۱۸۹ مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۹ در خصوص ارزیابی بیمارستان‌ها براساس کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی توصیه. نتایج ارزیابی خطر بلایا در اتاق رئیس بیمارستان و یا اتاق مرکز عملیات فوریت (EOC) جهت بررسی و پایش برنامه‌ها، نصب شود.

هدایت کننده مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا

<sup>1</sup>Hospital Safety Index (HSI)

<sup>2</sup>Excel



| سنجه ۲. براساس نتایج ارزیابی خطر حوادث و بلایا در حیطه‌های عملکردی، اولویت‌ها مشخص شده و اقدامات پیشگیرانه برنامه‌ریزی شده‌است.   |   |
|---|---|
| سطح سنجه <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل   |   |
| روش ارزیابی   | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |
| بررسی مستندات   | ۱ طرح و بررسی نتایج ارزیابی خطر بلایا در حیطه ایمنی عملکردی در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا |
| بررسی مستندات   | ۲ اولویت بندی خطرات*  |
| بررسی مستندات   | ۳ تدوین برنامه اقدامات پیشگیرانه براساس اولویت‌های تعیین شده                                  |
| بررسی مستند و مصاحبه  | ۴ ابلاغ برنامه تدوین شده به بخش‌ها/ واحدهای مرتبط جهت اجرا                                    |
| مشاهده  | ۵ اجرای برنامه تدوین شده طبق زمان‌بندی تعیین شده  |
| * اولین مرحله برنامه ریزی مدیریت خطر، بررسی وضعیت موجود سازمان و شناسایی خطرات می‌باشد. مرحله بعد اولویت بندی خطرات است که توسط مدیران ارشد سازمان با در نظر گرفتن اولویت‌های سازمان‌های بالادستی و شرایط بیمارستان (منابع مالی، انسانی، تجهیزات و ارزش‌های سازمان) صورت می‌گیرد. سپس اقدامات پیشگیرانه جهت کنترل خطرات، تدوین و اجرایی خواهد گردید این اقدامات شامل مداخلاتی جهت حذف خطر، کاهش خطر، انتقال خطر و یا پذیرش خطر است. |   |
| هدایت کننده مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا  |   |

| سنجه ۳. براساس نتایج ارزیابی خطر حوادث و بلایا در حیطه‌های سازه‌ای اولویت‌ها مشخص شده و اقدامات پیشگیرانه برنامه‌ریزی شده‌است.   |   |
|--|---|
| سطح سنجه <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل  |   |
| روش ارزیابی  | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |
| بررسی مستندات  | ۱ طرح و بررسی نتایج ارزیابی خطر بلایا در حیطه ایمنی سازه‌ای در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا |
| بررسی مستندات  | ۲ اولویت بندی خطرات   |
| بررسی مستندات  | ۳ تدوین برنامه اقدامات پیشگیرانه براساس اولویت‌های تعیین شده                                  |
| بررسی مستند و مصاحبه   | ۴ ابلاغ برنامه تدوین شده به بخش‌ها/ واحدهای مرتبط جهت اجرا                                    |
| بررسی مستند و مشاهده   | ۵ اجرای برنامه تدوین شده طبق زمان‌بندی تعیین شده *  |
| * در بیمارستان‌های نوساز و قدمت کمتر از ۵ سال، لازم است مجوز مقاوم سازی ساختمان و تأسیسات درخصوص اجزای سازه‌ای از مراجع ذیصلاح دریافت شود و در بیمارستان‌های با قدمت بیش از ۵ سال در صورت لزوم مقاوم سازی اتصالات سازه در برخی قسمت‌های بیمارستان اجرا شود و الزاما در هنگام توسعه فضاهای فیزیکی جدید و نصب تجهیزات پزشکی سنگین مانند MRI، CT scan و موارد مشابه، مطالعات مقاوم سنجی صورت پذیرد. |   |
| هدایت کننده مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا   |   |

| سنجه ۴. براساس نتایج ارزیابی خطر حوادث و بلایا در حیطه‌های غیرسازه‌ای اولویت‌ها مشخص شده و اقدامات پیشگیرانه برنامه‌ریزی شده‌است.  |   |
|--|---|
| سطح سنجه <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل  |   |
| روش ارزیابی  | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |
| بررسی مستندات  | ۱ طرح و بررسی نتایج ارزیابی خطر بلایا در حیطه ایمنی غیر سازه‌ای در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا |
| بررسی مستندات  | ۲ اولویت بندی خطرات   |
| بررسی مستندات  | ۳ تدوین برنامه اقدامات پیشگیرانه براساس اولویت‌های تعیین شده                                      |
| بررسی مستند و مصاحبه   | ۴ ابلاغ برنامه تدوین شده به بخش‌ها/ واحدهای مرتبط جهت اجرا  |
| بررسی مستند و مشاهده   | ۵ اجرای برنامه تدوین شده طبق برنامه زمان‌بندی تعیین شده *   |
| * در بخش‌ها / واحدها اجزای غیر سازه‌ای ساختمان مانند تابلوها، کمدها و وسایل و تجهیزات پزشکی / اداری جهت جلوگیری از سقوط یا پرتاب شدن در صورت بروز حوادثی مانند زلزله ثابت شده باشند. |   |
| هدایت کننده مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا   |   |



| سطح سنجش               |   | الزامی <input type="checkbox"/> | اساسی <input checked="" type="checkbox"/> | آیده آل <input type="checkbox"/> |
|------------------------|---|---------------------------------|---|----------------------------------|
| روش ارزیابی            | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |                                 |   |                                  |
| بررسی مستندات          | ۱ برنامه ریزی برگزاری تمرین‌های شبیه سازی شده جهت کارکنان در رده‌های مختلف شغلی*  |                                 |   |                                  |
| بررسی مستندات          | ۲ تدوین سناریوی تمرین**   |                                 |   |                                  |
| بررسی مستندات و مصاحبه | ۳ برگزاری تمرین دور میزی***حداقل سالیانه  |                                 |   |                                  |
| بررسی مستندات و مصاحبه | ۴ برگزاری تمرین عملکردی محدود****حداقل سالیانه  |                                 |   |                                  |
|                        | <p>* تمرین‌های شبیه سازی شده جهت تقویت و ارتقای آمادگی سازمان و کارکنان در راستای پاسخ به حوادث و بلایا به کار می‌رود. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا براساس نتایج ارزیابی خطر و برنامه‌های آمادگی، برنامه ریزی جهت برگزاری تمرین‌های شبیه سازی شده را ویژه اعضاء کمیته و سایر کارکنان در رده‌های مختلف شغلی بصورت سالیانه تدوین می‌کند که حداقل شامل "تمرین‌های آتش سوزی و تخلیه بیمارستانی" می‌باشد.</p> <p>** برای انجام تمرین‌ها نیاز به سناریو است. سناریو متن و داستانی است که در آن وقایعی توصیف می‌شود که به دنبال وقوع حوادث و بلایا باعث اختلال در عملکرد سازمان می‌شود. بهتر است سناریوها براساس نتایج ارزیابی خطر تدوین گردند. این تمرین‌ها در قالب تمرین‌های دور میزی و عملیاتی محدود می‌باشد.</p> <p>*** تمرین دور میزی<sup>۱</sup> افراد اصلی مسئول در انجام یک کار دور هم جمع می‌شوند و به بررسی یک سناریو می‌پردازند. این کار معمولاً برای بررسی برنامه‌ها، سیاست‌ها و روش‌ها به کار می‌رود. (ویژه اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا)</p> <p>**** تمرین عملیاتی محدود<sup>۲</sup>، طرح هماهنگ و نظارت شده‌ای است که برای بررسی یک فعالیت معین طراحی شده است.</p> <p>🚩 به عنوان مثال:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ تمرین اطفای حریق</li> <li>○ تمرین تریاژ در حوادث با مصدومین انبوه</li> <li>○ تمرین فعالسازی سامانه مدیریت حوادث و بلایا در بیمارستان</li> <li>○ تمرین فعالسازی سامانه هشدار سریع</li> <li>○ تمرین استفاده از وسایل حفاظت فردی (PPE) در حوادث شیمیایی، هسته‌ای و بیولوژیکی</li> <li>○ تمرین آلودگی زدایی مصدومین در حوادث شیمیایی، هسته‌ای و بیولوژیکی</li> <li>○ تمرین حفظ ایمنی و امنیت بیمارستان، پرسنل و بیماران در زمان وقوع حوادث و بلایا</li> <li>○ تمرین تخلیه اضطراری افقی و یا عمودی در بخش‌های مختلف بیمارستان به ویژه بخش اورژانس</li> </ul> <p>دستورالعمل مرتبط: نقشه راه کارگروه سلامت در حوادث غیر مترقبه طی نامه شماره ۴۰۱/۲۸۲۹۷ مورخ ۱۳۹۴/۱۰/۲۷</p> |                                 |   |                                  |
|                        | توضیحات   |                                 |   |                                  |
|                        | هدایت کننده   |                                 |   |                                  |
|                        | مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا  |                                 |   |                                  |

<sup>1</sup>Tabletop Exercise

<sup>2</sup>Drill



الف ۵ ۲ اقدامات پیشگیری و کنترل آتش سوزی در بیمارستان اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد

- کاهش احتمال خطر آتش سوزی
- محافظت از جان بیماران، همراهان و کارکنان در برابر خطر آتش سوزی
- کاهش خسارات مالی ناشی از آتش سوزی

سنجه ۱. روش اجرایی "ایمنی در مقابل آتش سوزی" با محوریت کمیته خطر حوادث و بلایا با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

| روش ارزیابی          | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   | ردیف  |
|----------------------|---|---|
| بررسی مستند          | تدوین روش اجرایی  | ۱   |
| مصاحبه               | مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی   | ۲   |
| مشاهده               | شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط  | ۳   |
| بررسی مستند          | ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی   | ۴   |
| بررسی مستند          | تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی  | ۵   |
| بررسی مستند          | پیش‌بینی طرح مدون ایمنی در مقابل آتش سوزی شامل پیشگیری، کشف سریع، پاسخ و خروج ایمن در روش اجرایی        | ۶   |
| بررسی مستند          | نحوه آغاز عملیات آتش نشانی بخش‌ها / واحدها یا تیم‌های مقابله با آتش در صورت بروز آتش سوزی در روش اجرایی | ۷   |
| بررسی مستند          | اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی                                   | ۸   |
| بررسی مستند و مصاحبه | آگاهی کارکنان مرتبط** از روش اجرایی   | ۹   |
| مصاحبه و مشاهده      | تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط  | ۱۰  |
| مشاهده و مصاحبه      | انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ                                      | ۱۱  |
| توضیحات              |   | * روسا / مسئولان بخش‌ها و واحدها<br>** روسا / مسئولان بخش‌ها و واحدها و کارکنان             |
| هدایت کننده          |   | مدیر بیمارستان، رئیس و دبیر سایر اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تیم آتش نشانی |

سنجه ۲. مکان‌های خطر آفرین برای آتش سوزی شناسایی شده و تمهیدات اختصاصی پیشگیری و کنترل در نظر گرفته شده است.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

| روش ارزیابی | گام اجرایی / ملاک ارزیابی  | ردیف  |
|-------------|--|---|
| بررسی مستند | شناسایی مکان‌های خطر آفرین* و مستعد آتش سوزی در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا | ۱   |
| بررسی مستند | برنامه ریزی اقدامات پیشگیرانه** آتش سوزی                                       | ۲   |
| مصاحبه      | ابلاغ برنامه به بخش‌ها/ واحدهای مرتبط و اجرای برنامه                           | ۳   |
| مشاهده      | نصب تابلو و مشخص نمودن این مکان‌ها در بیمارستان                                | ۴   |
| مشاهده      | نصب امکانات و تجهیزات لازم جهت شناسایی سریع و اطفاء حریق به تعداد کافی         | ۵   |
| مشاهده      | نگهداری مواد قابل اشتعال در یک انبار امن خارج از ساختمان بیمارستان***          | ۶   |
| توضیحات     |  | * فضاهای تأسیساتی و فضاهایی که در آنها گازهای طبی (به تعداد قابل توجه)، مواد سوختنی و قابل اشتعال نگهداری می‌شوند مانند انبارها، بایگانی‌های کاغذی و سایر موارد به تشخیص کمیته به عنوان مناطق پرخطر و نقاط بحرانی در بیمارستان محسوب می‌شوند.<br>** برنامه‌ریزی شامل تعیین و تهیه امکانات لازم و تجهیزات جهت شناسایی سریع و اطفاء حریق، مشخص نمودن مکان‌ها و آموزش به کارکنان جهت رعایت ایمنی در این مکان‌ها می‌باشد.<br>*** لازم است مواد قابل اشتعال در یک انبار امن خارج از ساختمان بیمارستان نگهداری شده و محل آن با تصویر گرافیکی یا علائم راهنما مشخص گردد. |
| هدایت کننده |  | مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تیم آتش نشانی  |



|   |   |
|---|---|
| سنجه ۳. تعداد و نوع خاموش کننده‌های دستی مورد نیاز به تفکیک بخش‌ها/واحدها و فضاهای مختلف، مشخص شده و با تاریخ معتبر و آماده اطفاء، در ارتفاع و محلی با دسترسی آسان و در معرض دید نصب شده‌اند. |   |
| سطح سنجه  | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل  |
| روش ارزیابی   | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |
| ۱   | تعیین تعداد، اندازه و نوع خاموش کننده‌های دستی مورد نیاز به تفکیک بخش‌ها / واحدها و فضاهای مختلف بیمارستان*   |
| ۲   | وجود خاموش کننده‌ها در بخش‌ها / واحدها و فضاهای مختلف به تعداد کافی و نوع آن منطبق با مصوبات کمیته  |
| ۳   | وجود خاموش کننده‌ها در بخش‌ها / واحدها و فضاهای مختلف با تاریخ معتبر و آماده اطفاء  |
| ۴   | وجود خاموش کننده‌ها در بخش‌ها / واحدها و فضاهای مختلف در ارتفاع مناسب و قابل دسترسی   |
| توضیحات   | *مصوب کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا<br>توصیه. تدوین چک لیست و کنترل منظم و دوره‌ای خاموش کننده‌ها صورت پذیرد. این ارزیابی‌ها جهت اطمینان از شارژ و آماده استفاده بودن خاموش کننده‌ها تدوین می‌شود و بایستی در فواصل زمانی منظم تکمیل می‌شود. |
| هدایت کننده   | مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تیم آتش نشانی  |

|   |   |
|---|---|
| سنجه ۴. سیستم اعلام حریق و دتکتورهای حساس به دود/حرارت آماده و سالم بکار گرفته شده‌اند. |   |
| سطح سنجه  | <input checked="" type="checkbox"/> الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل  |
| روش ارزیابی   | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |
| ۱   | تعیین نوع دتکتورهای مورد نیاز* به تفکیک بخش‌ها واحدها و فضاهای مختلف براساس ارزیابی میزان خطر آتش سوزی  |
| ۲   | تعبیه سیستم‌های اعلام حریق و دتکتورهای حساس به دود/حرارت در فضاهای عمومی و در بخش‌ها / واحدها   |
| ۳   | کنترل صحت عملکرد دتکتورها و سیستم‌های اعلام حریق در فواصل زمانی مناسب   |
| ۴   | سالم و آماده به کار بودن دتکتور حساس به حرارت / دود   |
| توضیحات   | * نوع و حساسیت دتکتورها، با توجه به خطر حریق در هر محل تعیین شود. به همین دلیل لازم است در بخش‌های مختلف بیمارستان براساس صلاحدید کارشناس فنی حریق، انتخاب شود.<br>توصیه. محدوده حفاظتی دتکتورها بستگی به حساسیت آن و تراکم محصولات حریق دارد، بطوری که تعیین محدوده مؤثر آن، براساس توصیه‌های سازنده و با آزمایشات کنترل کیفی صورت می‌پذیرد. دتکتورها باید تابع یکی از استانداردهای معتبر بین المللی (مثلا BS و NFPA) یا استاندارد ملی (ISIRI-3706) باشند. |
| هدایت کننده   | مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تیم آتش نشانی  |

|   |   |
|---|---|
| سنجه ۵. مسیرهای تخلیه سریع و ایمن و پلکان اضطراری با علائم تصویری مشخص شده‌اند و در تمام اوقات باز و قابل دسترسی هستند. |   |
| سطح سنجه  | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل          |
| روش ارزیابی   | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |
| ۱   | نصب علائم تصویری خروج اضطراری در هر بخش / واحد *  |
| ۲   | وجود علائم و نوشته‌های روی آن به رنگ فسفری (شب رنگ)   |
| ۳   | عدم وجود مانع در مسیرهای خروج و پلکان‌های اضطراری   |
| ۴   | باز بودن مسیر خروج و پلکان‌های اضطراری در تمام اوقات شبانه روز  |
| توضیحات   | *علائم به نحوی باشند که افرادی که توانایی خواندن ندارند و یا افراد خارجی که به زبان فارسی مسلط نیستند، آگاهی یابند. |
| هدایت کننده   | مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا  |



|  |  |
|--|--|
| سنجه ۶. تمهیدات لازم برای جلوگیری از سرایت دود و آلاینده‌های هوا از طریق موتورخانه و سرایت آتش و انفجار احتمالی از موتورخانه به سایر ساختمان‌ها پیش‌بینی شده و کنترل‌های لازم به عمل می‌آید. |  |
| سطح سنجه   | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل |
| روش ارزیابی  | گام اجرایی / ملاک ارزیابی  |
| ۱  | تدوین برنامه اطفاء حریق و دستورالعمل حفظ ایمنی واحد موتورخانه *  |
| ۲  | ابلاغ برنامه و اجرا توسط مسئولان مرتبط   |
| ۳  | نصب امکانات و تجهیزات لازم برای شناسایی سریع و اطفاء حریق به تعداد کافی و آماده به کار در موتورخانه        |
| ۴  | تعبیه مسیر تهویه و خروج هوا از موتورخانه به سمت فضای باز   |
| توضیحات  | * در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا  |
| هدایت کننده  | مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تیم آتش نشانی                                       |

|  |  |
|--|--|
| سنجه ۷. بیمارستان تیم آتش نشانی تشکیل داده است که به عنوان رابط آتش نشانی بخش فعالیت نموده و اعضاء به شرح وظایف خود آگاهی دارند. |  |
| سطح سنجه   | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل   |
| روش ارزیابی  | گام اجرایی / ملاک ارزیابی  |
| ۱  | وجود فهرست * اعضای تیم آتش نشانی و رابطین بخش‌ها و واحدها  |
| ۲  | تعیین وظایف رابطین آتش نشانی توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا   |
| ۳  | مطلع بودن رابطین از برنامه‌های ایمنی آتش در بیمارستان **   |
| ۴  | مهارت داشتن رابطین جهت کار با کپسول و جعبه‌های آب آتش نشانی  |
| توضیحات  | * فهرست اعضای تیم آتش نشانی و رابطین بخش‌ها / واحدها با ذکر نام و نام خانوادگی، مسئولیت در تیم و جزئیات تماس (شامل شماره تلفن ثابت و همراه، آدرس، تلفن خویشاوندان و دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با فرد تماس گرفت) در اختیار مسئول این واحد و سایر مسئولانی که در برنامه پیشگیری و کنترل آتش سوزی بیمارستان مشخص شده اند، می‌باشد.<br>** رابطین حداقل در خصوص مطالب ذیل مطلع باشند:<br>۱. مباحث تئوری ایمنی در برابر آتش سوزی.<br>۲. کار با کپسول آتش نشانی و جعبه‌های آب آتش نشانی به منظور کسب مهارت عملی<br>۳. نقش کارکنان در برنامه ایمنی آتش (به ویژه نگهبان‌ها و مسئولین ایمنی)<br>۴. نگهداری ایمن از مواد قابل اشتعال و خطرناک |
| هدایت کننده  | مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تیم آتش نشانی   |



الف ۵ ۳ برنامه ارزیابی، نگهداری و امنیت تأسیسات و ساختمان بیمارستان تدوین شده و اجرا می‌شود.

دستاورد استاندارد

- برقراری بی وقفه و سالم سیستم‌های تأسیسات و تجهیزات در محیطی امن
- حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان در برابر حوادث ساختمان و تأسیسات
- کاهش خسارات مالی ناشی از حوادث ساختمان و تأسیسات

سنجه ۱. روش اجرایی "نگهداشت سرمایه‌ش، گرمایش و تهویه بیمارستان" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

| روش ارزیابی          | گام اجرایی / ملاک ارزیابی | تدوین روش اجرایی  | بررسی مستند |
|----------------------|---------------------------|---|-------------|
| مصاحبه               | ۱                         | مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی   | بررسی مستند |
| مشاهده               | ۲                         | شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط  | بررسی مستند |
| بررسی مستند          | ۳                         | ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی   | بررسی مستند |
| بررسی مستند          | ۴                         | تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی  | بررسی مستند |
| بررسی مستند          | ۵                         | پیش‌بینی برنامه‌های تعمیرات و نگهداری منابع سرمایه‌ش، گرمایشی و تهویه در روش اجرایی   | بررسی مستند |
| بررسی مستند          | ۶                         | برنامه ادواری سرویس و نگهداری پیشگیرانه وسایل و تجهیزات در روش اجرایی   | بررسی مستند |
| بررسی مستند          | ۷                         | مدیریت سوابق سرویس‌ها و تعمیرات دستگاه‌ها و تجهیزات در روش اجرایی   | بررسی مستند |
| بررسی مستند          | ۸                         | تعیین فرایندهای درخواست و انجام تعمیرات و فرایند سرویس‌های دوره‌ای در روش اجرایی  | بررسی مستند |
| بررسی مستند          | ۹                         | اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی   | بررسی مستند |
| بررسی مستند و مصاحبه | ۱۰                        | آگاهی کارکنان مرتبط* از روش اجرایی  | بررسی مستند |
| مصاحبه و مشاهده      | ۱۱                        | تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط  | بررسی مستند |
| مشاهده               | ۱۲                        | انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ  | مشاهده      |
|                      |                           | <p>* روش اجرایی با مشارکت مسئول تأسیسات، مسئول ساختمان و اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین می‌شود.<br/>**مسئول تأسیسات، مسئول ساختمان و کارکنان این واحدها<br/>توصیه. پیش‌بینی موارد ذیل در روش اجرایی</p> <p>○ برنامه ادواری سرویس و نگهداری پیشگیرانه وسایل و تجهیزات سرمایه‌ش، گرمایشی و تهویه بیمارستان و دستگاه‌های حساس و حیاتی در موتورخانه‌ها اعم از دیگ‌های بخار، چیلرهای جذبی و تراکمی، الکتروپمپ‌ها و...</p> <p>○ برنامه نگهداری پیشگیرانه طبق نظر کارخانه سازنده و متخصصین نگهداری راهبری تأسیسات</p> <p>○ شناسنامه دار شدن دستگاه‌ها و تجهیزات مهم و اساسی در موتورخانه بیمارستان حداقل شامل نوع و مدل دستگاه، سال ساخت، کارخانه سازنده، تاریخ نصب و راه اندازی آنها.</p> <p>○ مدیریت سوابق تعمیرات دستگاه‌ها (تاریخ تعمیر، شرح فعالیت انجام گرفته و قطعات تعویض شده و ارزیابی‌های منظم و دوره‌ای دستگاه‌ها و تجهیزات با استفاده از چک لیست‌های معین</p> <p>○ سرویس‌های انجام گرفته در شناسنامه دستگاه مشخص و ثبت می‌شود.</p> <p>○ فواصل زمانی معین تعمیرات و سرویس‌های پیشگیرانه در فرم‌های نگهداری پیشگیرانه ثبت شود.</p> |             |
|                      |                           | مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول تأسیسات، مسئول ساختمان  | هدایت کننده |



سنجه ۲. سوابق بازدیدهای دوره‌ای از تأسیسات و تجهیزات بیمارستان بیانگر مداخلات به موقع در رفع نواقص و مشکلات است و در صورت لزوم به روز رسانی و جایگزینی سیستم‌ها یا اجزای آن انجام می‌شود.

| سطح سنجه   |   | <input type="checkbox"/> الزامی | <input checked="" type="checkbox"/> اساسی | <input type="checkbox"/> ایده آل |
|--|---|---------------------------------|---|----------------------------------|
| روش ارزیابی  | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |                                 |   |                                  |
| بررسی مستند  | ۱ انجام بازدیدهای دوره‌ای و منظم از ساختمان، تأسیسات و تجهیزات بیمارستان طبق برنامه زمان‌بندی معین*             |                                 |   |                                  |
| بررسی مستند  | ۲ ارائه نتایج گزارش بازدیدهای دوره‌ای و اقدامات لازم جهت اصلاح نواقص به مدیریت بیمارستان                        |                                 |   |                                  |
| بررسی مستند  | ۳ بررسی و تحلیل نتایج، اولویت بندی اقدامات همراه با برآورد هزینه‌های تعمیر و یا جایگزینی سیستم‌ها یا اجزای آن** |                                 |   |                                  |
| بررسی مستند و مشاهده   | ۴ تدوین، ابلاغ و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای در واحدهای مرتبط  |                                 |   |                                  |
| توضیحات  |   |                                 |   |                                  |
| *زمان‌بندی با تشخیص بیمارستان است.<br>**در هنگام تصویب بودجه جهت تعمیرات و نگهداری به اثربخش بودن هزینه‌ها نیز باید توجه شود. بعضی اوقات هزینه‌های نگهداری تجهیزات فرسوده بسیار بالاتر از هزینه تعویض و جایگزینی دستگاه طی دوره زمانی یک‌ساله و یا کمتر می‌باشد<br>توصیه. تدوین چک لیست بازدیدهای دوره‌ای و منظم از ساختمان، تأسیسات و تجهیزات بیمارستان |   |                                 |   |                                  |
| هدایت کننده  |   |                                 |   |                                  |
| مدیر بیمارستان، مسئول تأسیسات، مسئول تجهیزات پزشکی   |   |                                 |   |                                  |

سنجه ۳. دستورالعمل‌های راهبری ایمن سیستم‌های الکتریکی و مکانیکی با توضیحات کامل در واحد تأسیسات تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

| سطح سنجه  |   | <input type="checkbox"/> الزامی | <input checked="" type="checkbox"/> اساسی | <input type="checkbox"/> ایده آل |
|---|---|---------------------------------|---|----------------------------------|
| روش ارزیابی   | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |                                 |   |                                  |
| بررسی مستند   | ۱ تدوین دستورالعمل*   |                                 |   |                                  |
| بررسی مستند   | ۲ شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط                                |                                 |   |                                  |
| مشاهده  | ۳ تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط                                  |                                 |   |                                  |
| بررسی مستند   | ۴ اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی |                                 |   |                                  |
| بررسی مستند و مصاحبه  | ۵ آگاهی کارکنان مرتبط** از دستورالعمل                                   |                                 |   |                                  |
| مشاهده  | ۶ انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ              |                                 |   |                                  |
| توضیحات   |   |                                 |   |                                  |
| *دستورالعمل راهبری و استفاده ایمن سیستم‌های الکتریکی و مکانیکی مانند سیستم‌ها و شبکه‌های لوله کشی آب با توضیحات کامل و با مشارکت مسئول تأسیسات، مسئول ساختمان و اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین و ابلاغ می‌شود.<br>**کارکنان تأسیسات |   |                                 |   |                                  |
| هدایت کننده   |   |                                 |   |                                  |
| مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول تأسیسات   |   |                                 |   |                                  |





| سنجه ۴. دستورالعمل "ارزیابی و کنترل ایمنی سطوح و دیوارها" با مشارکت مسئول ایمنی، مسئول بهداشت و سلامت محیط کار و حوزه فنی بیمارستان تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.   |  |
|--|--|
| سطح سنجه   | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل |
| روش ارزیابی  | گام اجرایی / ملاک ارزیابی  |
| بررسی مستند  | ۱ تدوین دستورالعمل*  |
| بررسی مستند  | ۲ شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط   |
| مشاهده   | ۳ تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط   |
| بررسی مستند  | ۴ اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی                                    |
| مصاحبه   | ۵ آگاهی کارکنان مرتبط** از دستورالعمل  |
| مشاهده   | ۶ انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ   |
| * دستورالعمل با مشارکت مسئول ایمنی، مسئول بهداشت و سلامت محیط کار، مسئول ساختمان بیمارستان و اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شود.   |  |
| ** مسئول ایمنی، مسئول بهداشت و سلامت محیط کار، مسئول ساختمان بیمارستان و اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>توصیه‌های ایمنی سطوح</li> <li>○ تجهیزات نصب شده روی دیوارها به صورت ماهانه توسط واحد ساختمان بازدید و از استحکام آنها اطمینان حاصل می‌گردد.</li> <li>○ جهت جلوگیری از سقوط اجسام و تجهیزات همه آنها به دیوار ثابت شده اند.</li> <li>○ در بخش‌های بستری و سرپایی برای بیماران در فواصل مناسب دستگیره‌های کنار دیوار برای پیشگیری از سقوط تعبیه شده است.</li> <li>○ نرده پلکان برای تمام راه پله‌ها وجود دارد.</li> <li>○ پله فرار در صورت طبقاتی بودن بیمارستان پیش‌بینی شده است.</li> <li>○ در صورت وجود رمپ در ورودی بخش‌ها یا در محوطه بیمارستان، سطوح آنها مشبک شده تا اصطکاک کافی داشته باشند.</li> <li>○ برای رمپ‌ها و مسیرهایی که همسطح با کف نیستند، نرده پیش‌بینی شده است.</li> <li>○ در محلهایی که رمپ در مجاورت دیوار قرار دارد روی سرتاسر دیوار دستگیره در ارتفاع مناسب نصب شده است.</li> <li>○ در بازدیدهای دوره‌ای کلیه قسمت‌های بیمارستان از لحاظ ایمنی کنترل می‌شوند.</li> </ul> |  |
| هدایت کننده  | مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول ایمنی، مسئول ساختمان                                 |

| سنجه ۵. اکسیژن سانترال بیمارستان با ظرفیت مورد نیاز بیمارستان فعال بوده و فشار اکسیژن بطور مستمر پایش و کنترل می‌شود.  |  |
|--|--|
| سطح سنجه   | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل |
| روش ارزیابی  | گام اجرایی / ملاک ارزیابی  |
| بررسی مستند  | ۱ تعیین میزان اکسیژن مورد نیاز بیمارستان براساس میزان خدمات  |
| مشاهده   | ۲ فعال بودن اکسیژن سانترال بیمارستان منطبق با ظرفیت تعیین شده  |
| مشاهده   | ۳ رعایت نکات ایمنی و فنی اکسیژن سازها*   |
| بررسی مستند  | ۴ وجود چک لیست و تکمیل فرم ثبت خلوص و فشار و میزان مصرف اکسیژن به صورت دوره‌ای (حداقل ۵ مرتبه در روز)      |
| * نکات ایمنی و فنی اکسیژن سازها  |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. به برق اضطراری مجموعه متصل می‌باشد.</li> <li>۲. دستگاه دارای شناسنامه بوده و سوابق تعمیراتی ثبت شده و موجود است (مستندات شناسنامه و سوابق تعمیراتی)</li> <li>۳. چک لیست ثبت خلوص و فشار و میزان مصرف اکسیژن بصورت دوره‌ای (حداقل ۵ مرتبه در روز) ثبت و کنترل می‌شود.</li> <li>۴. برنامه نگهداری پیشگیرانه و بازبینی دوره‌ای لوله کشی‌های سانترال به بخش‌ها، موجود و در دسترس می‌باشد.</li> <li>۵. سیستم رزرو کپسول اکسیژن در بیمارستان در مواقع اضطراری موجود است.</li> <li>۶. منابع تأمین کننده اکسیژن و مخازن ذخیره آن به علت احتمال خطر انفجار خارج از ساختمان بیمارستان قرار دارد.</li> <li>۷. جایگاه به آسانی در دسترس بوده و در معرض مخاطرات (سیل، منابع حرارتی و سقوط اشیاء و اجسام معلق در هوا) قرار ندارد.</li> </ol> <p>توصیه. در خصوص سیستم گازهای طبی هوای فشرده با توجه به ورود هوا از طریق دستگاه ونتیلاتور به ریه بیمار، وجود سیستم کامل فیلترینگ هوا، فیلترهای ذره گیر و آنتی باکتریال و... ضروری است.</p> |  |
| هدایت کننده  | مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول تجهیزات پزشکی  |



|  |  |
|--|--|
| سنجه ۶. کنترل و مصرف گازهای طبی براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت می‌پذیرد. |  |
| سطح سنجه   | <input checked="" type="checkbox"/> الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل   |
| استاندارد مرتبط  | <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر   |
| روش ارزیابی  | گام اجرایی / ملاک ارزیابی  |
| ۱  | وجود و در دسترس بودن دستورالعمل استفاده از کپسول‌های گازهای طبی ابلاغی وزارت بهداشت*   |
| ۲  | رنگ بندی کپسول‌ها به تفکیک گاز داخلی منطبق با دستورالعمل ابلاغی  |
| ۳  | کنترل سالیانه کپسول‌ها توسط اداره استاندارد  |
| ۴  | آگاهی کارکنان و خدمات درخصوص نحوه استفاده و رنگ بندی کپسول‌های گازهای طبی  |
| توضیحات  | * نامه ابلاغی وزارت بهداشت با شماره ۴۰۲/۴۵۵۷ مورخ ۹۵/۲/۱۱ موضوع؛ استاندارد رنگ سیلندره‌های گازهای طبی توصیه. نکات ایمنی کپسول‌های گازهای طبی شامل موارد ذیل می‌باشد:<br><input type="checkbox"/> کپسول‌های گازهای طبی در مکان‌های خود محکم شده اند.<br><input type="checkbox"/> حمل کپسول‌های گازهای طبی پر با کلاهک انجام می‌شود.<br><input type="checkbox"/> بدنه کپسول با پارچه یا سایر تزئینات پوشیده نشده است.<br><input type="checkbox"/> دستورالعمل استفاده از کپسول‌های گازهای طبی بر روی بدنه آنها نصب شده است. |
| هدایت کننده  | مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تجهیزات پزشکی   |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| الف  | ۵ | ۴ | برنامه ارزیابی، نگهداری و امنیت سیستم‌های الکتریکی، تدوین شده و اجرا می‌شود. |
| دستاورد استاندارد:   |   |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• برقراری بی وقفه و سالم سیستم‌های الکتریکی</li> <li>• حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان در برابر حوادث سیستم‌های الکتریکی</li> <li>• کاهش خسارات مالی ناشی از حوادث سیستم‌های الکتریکی</li> </ul> |   |   |  |

|   |  |
|---|--|
| سنجه ۱. بیمارستان حداقل از دو شبکه انتقال نیروی برق شهری تغذیه می‌شود و در مواقع خاموشی یکی از دو خط شهری قابل استفاده می‌باشد. |  |
| سطح سنجه  | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل |
| روش ارزیابی   | گام اجرایی / ملاک ارزیابی  |
| ۱   | استفاده از دو شبکه انتقال نیروی برق شهری*  |
| ۲   | رینگ بودن ترانس در محل ورودی برق بیمارستان   |
| توضیحات   | * در صورت قطع برق از یک شبکه، شبکه دیگر امکان تغذیه برق شهری بیمارستان را دارد.                            |
| هدایت کننده   | مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تاسیسات   |

|  |  |
|--|--|
| سنجه ۲. بیمارستان حداقل دارای دو دستگاه ژنراتور برق اضطراری است، که حداقل یکی از آنها دوگانه سوز بوده و آماده به کار می‌باشند. |  |
| سطح سنجه   | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل   |
| روش ارزیابی  | گام اجرایی / ملاک ارزیابی  |
| ۱  | وجود حداقل دو دستگاه ژنراتور برق اضطراری در بیمارستان*   |
| ۲  | وجود شناسنامه، چک لیست عملکردی و برنامه تعمیر و نگهداری دستگاه‌های ژنراتور برق اضطراری   |
| ۳  | آماده به کار بودن حداقل یکی از دو دستگاه ژنراتور برق اضطراری   |
| توضیحات  | * حداقل یکی از آنها دوگانه سوز باشد.<br>توصیه ۱. بررسی روزانه ژنراتورها از نظر عملکرد و ایمنی با استفاده از چک لیست و اطمینان از صحت عملکرد دستگاه و باتری‌ها که مهمترین قطعه در زنجیره راه اندازی دستگاه می‌باشند، بررسی منبع سوخت اولیه، دستگاه الکتروپمپ گازوئیل و اتصال پمپ به برق اضطراری از مهمترین نکات در بحث ایمنی دستگاه می‌باشد.<br>توصیه ۲. برآورد میزان حداقل یک هفته سوخت دیزل ژنراتور و وجود ذخیره سوخت |
| هدایت کننده  | مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مسئول تاسیسات   |



|  |   |
|--|---|
| سنجه ۳. دستورالعمل " کنترل عملکرد ژنراتورها و سیستم‌های تأمین کننده برق اضطراری " توسط حوزه فنی بیمارستان تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند. |   |
| سطح سنجه   | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل  |
| روش ارزیابی  | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |
| ۱  | تدوین دستورالعمل  |
| ۲  | شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط  |
| ۳  | تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط  |
| ۴  | اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی   |
| ۵  | آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل   |
| ۶  | انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ  |
| توضیحات  | توصیه. پیش‌بینی وجود شناسنامه برای دستگاه‌ها، ارزیابی براساس چک لیست، ثبت سوابق تعمیراتی در شناسنامه و پیش‌بینی برنامه تعمیرات و نگهداری دستگاه‌ها در دستورالعمل. |
| هدایت کننده  | مدیر بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول تأسیسات   |

|   |   |
|---|---|
| سنجه ۴. مکان‌های استفاده از منبع تغذیه بدون وقفه جریان برق براساس اولویت‌های ایمنی بیماران مشخص شده و پریزهای آن در سطح بیمارستان شناسایی شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و در صورت قطع موقت برق، فعال می‌شوند. |   |
| سطح سنجه  | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل  |
| استاندارد مرتبط   | <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت        |
| روش ارزیابی   | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |
| ۱   | مشخص نمودن مکان‌های استفاده از منبع تغذیه بدون وقفه جریان برق براساس اولویت‌های ایمنی بیماران*  |
| ۲   | وجود پریزهای برق UPS براساس دستورالعمل  |
| ۳   | مطلع بودن کارکنان بیمارستان از نحوه عملکرد UPS و مکان‌های آن  |
| ۴   | بررسی منظم و دوره‌ای عملکرد دستگاه UPS  |
| ۵   | فعال شدن دستگاه پس از قطع موقت برق  |
| توضیحات   | * مکان‌های استفاده از منبع تغذیه بدون وقفه جریان برق براساس اولویت‌های ایمنی بیمار و با مشارکت مسئول تأسیسات، مسئول ایمنی بیمار و مسئولان بخش‌ها/ واحدها مشخص شده و از طریق کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا به کارکنان ابلاغ گردیده است. |
| هدایت کننده   | مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول تأسیسات   |

|   |   |
|---|---|
| سنجه ۵. سیستم توزیع انرژی الکتریکی بیمارستان از نوع سیستم نقطه اتصال مستقیم به زمین است و سیستم نول و ارت آن از هم جدا هستند. |   |
| سطح سنجه  | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل  |
| روش ارزیابی   | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |
| ۱   | تأییدیه پیش رایانه‌ای توسط مراجع ذیصلاح جهت کنترل فعال بودن سیستم اتصال به زمین <sup>۱</sup> به صورت ماهیانه  |
| ۲   | تدوین برنامه نگهداری و ارزیابی دوره‌ای * تابلوهای برق اصلی و فرعی و تابلوهای درون بخشی بیمارستان  |
| توضیحات   | * برنامه ارزیابی حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد<br><ul style="list-style-type: none"> <li>○ اندازه گیری منظم ارت مرکزی و تأیید مقاومت زیر ۲ اهم آن و همچنین کنترل همبندی‌ها در تمامی بخش‌های درمانی</li> <li>○ کنترل محکم بودن اتصالات ارت مخصوصاً در اتاق‌های عمل، استفاده از پریزهای ارت دار و سه راهی‌های ارت دار</li> <li>○ بررسی و آپارکشی و نظافت کامل تابلوها بطور ادواری (ماهیانه)</li> <li>○ انجام اندازه گیری‌های اولیه جریان در فازهای مختلف و اطمینان از توالی فاز و یکسان تقسیم شدن جریان در تابلوهای ۳ فاز</li> </ul> |
| هدایت کننده   | مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول تأسیسات   |

<sup>1</sup>Earth



|   |  |
|---|--|
| سنجه ۶. سیستم توزیع انرژی الکتریکی در بخش‌های مراقبت ویژه و اتاق عمل از نوع تابلو ایزوله می باشد و سیستم نول و ارت آن از هم جدا هستند |  |
| سطح سنجه  | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل   |
| استاندارد مرتبط   | <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت |
| روش ارزیابی   | گام اجرایی / ملاک ارزیابی  |
| بررسی مستند   | ۱ تأییدیه نقشه الکتریکی ساختمان توسط مراجع ذیصلاح  |
| مشاهده  | ۲ ایزوله و ترانس بودن سیستم توزیع انرژی الکتریکی در بخش‌های مراقبت ویژه و اتاق عمل   |
| بررسی مستند   | ۳ تدوین و اجرای برنامه نگهداری و ارزیابی دوره‌ای از تابلوهای ایزوله بیمارستان*   |
| توضیحات   | * در تدوین برنامه نگهداری و ارزیابی دوره‌ای از تابلوهای ایزوله، چک کردن ترانس و ایزوله بودن برق خروجی گنجانده شود. هرگونه نشت جریان و یا عملکرد ناصحیح ترانس باعث آسیب به بیمار خواهد شد.  |
| هدایت کننده   | مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول تاسیسات   |

**الف ۵ ۵ فرایندی جهت گزارش حوادث و یا موقعیت‌های خطر آفرین برای کارکنان وجود دارد.**

**دستاورد استاندارد**

- پیشگیری از بروز حوادث و حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان
- پیشگیری از بروز مجدد حوادث رخ داده شده
- کاهش خسارات مالی ناشی از حوادث

|  |   |
|--|---|
| سنجه ۱. روش اجرایی " گزارش حوادث و موقعیت‌های خطر آفرین" با محوریت مسئول ایمنی و مشارکت کمیته خطر حوادث و بلایا تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند. |   |
| سطح سنجه   | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل  |
| استاندارد مرتبط  | <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input checked="" type="checkbox"/> سایر |
| روش ارزیابی  | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |
| بررسی مستند  | ۱ تدوین روش اجرایی  |
| مصاحبه   | ۲ مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی   |
| بررسی مستند  | ۳ شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط  |
| بررسی مستند  | ۴ ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی   |
| بررسی مستند  | ۵ تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی  |
| بررسی مستند  | ۶ تعیین شیوه گزارش دهی کارکنان (کتبی، شفاهی، الکترونیکی و...) در روش اجرایی   |
| بررسی مستند  | ۷ تعیین شیوه آموزش به کارکنان در روش اجرایی   |
| بررسی مستند  | ۸ نحوه و فرایند رسیدگی به حوادث گزارش شده و موقعیت‌های خطر آفرین در روش اجرایی  |
| بررسی مستند  | ۹ نحوه بررسی آن در کمیته، تدوین برنامه‌های اصلاحی و اطلاع رسانی نتایج به کارکنان در روش اجرایی  |
| بررسی مستند  | ۱۰ اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی  |
| مصاحبه و مشاهده  | ۱۱ آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی  |
| مصاحبه   | ۱۲ تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط   |
| مشاهده   | ۱۳ انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ   |
| توضیحات  | * در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا با مشارکت مسئول ایمنی، مسئول بهداشت حرفه‌ای، مسئول ساختمان و تاسیسات تدوین می‌شود.  |
| هدایت کننده  | مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئول تاسیسات، مسئول بهداشت حرفه‌ای  |



|  |  |
|--|--|
| سنجه ۲. حوادث گزارش شده بیمارستان در زمینه‌های ساختمان، تاسیسات، برق اضطراری، سیستم اطلاعات بیمارستان، خرابی تجهیزات اصلی و سایر موارد رخ داده در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بررسی، تحلیل و اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌شود. |  |
| سطح سنجه   | الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input checked="" type="checkbox"/> ایده آل <input type="checkbox"/>   |
| روش ارزیابی  | گام اجرایی / ملاک ارزیابی  |
| ۱  | بررسی و تحلیل نتایج ارزیابی‌ها و حوادث گزارش شده در بیمارستان در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا*   |
| ۲  | تدوین و ابلاغ برنامه اصلاحی / بهبود کیفیت به واحدهای مرتبط   |
| ۳  | اجرای برنامه‌های اصلاحی / بهبود کیفیت طبق زمان‌بندی  |
| توضیحات  | * برای پیشگیری از بروز حوادث مشابه در بیمارستان، حوادث گزارش شده در کمیته بررسی شده، در صورت لزوم تحلیل ریشه‌ای می‌شود و برنامه مداخله‌ای برای آن تدوین می‌گردد. نتایج بررسی و اقدامات به سایر کارکنان نیز اطلاع رسانی می‌شود. |
| هدایت کننده  | مدیر بیمارستان، مسئول فنی / ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا  |

### الف ۵ ۶ آمادگی بیمارستان برای پاسخ به فوریت‌ها و عوامل خطر آفرین برنامه‌ریزی شده است.

#### دستاوردهای استاندارد

- افزایش ظرفیت و آمادگی بیمارستان جهت مقابله با حوادث و بلایای خارجی
- کاهش آسیب به بیماران، مراجعین، کارکنان جهت مقابله با حوادث و بلایای خارجی
- افزایش ظرفیت و آمادگی بیمارستان جهت مقابله با حوادث و بلایای داخلی
- کاهش آسیب به بیماران، مراجعین، کارکنان جهت مقابله با حوادث و بلایای داخلی

|   |  |
|---|--|
| سنجه ۱. عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی بیمارستان براساس آخرین مراجع علمی تایید شده از سوی وزارت بهداشت، با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، ارزیابی و اولویت بندی شده و حداقل پنج عامل مهم خطر آفرین داخلی و خارجی شناسایی، و برنامه‌های آمادگی پاسخ به این عوامل تدوین و اجرا می‌شود. |  |
| سطح سنجه  | الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input checked="" type="checkbox"/> ایده آل <input type="checkbox"/>   |
| روش ارزیابی   | گام اجرایی / ملاک ارزیابی  |
| ۱   | شناسایی و امتیاز دهی * عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی بیمارستان در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا براساس آخرین مراجع علمی تایید شده از سوی وزارت بهداشت * * حداقل به صورت سالیانه   |
| ۲   | اولویت بندی عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی و تعیین ۵ اولویت اول بیمارستان   |
| ۳   | تدوین و ابلاغ برنامه‌های آمادگی پاسخ به این عوامل، براساس آخرین مرجع علمی تایید شده از سوی وزارت بهداشت * * * *  |
| ۴   | اجرای برنامه‌های تدوین شده طبق زمان‌بندی در بخش‌ها/ واحدهای مرتبط  |
| ۵   | مطلع بودن مسئولان بخش‌ها/ واحدهای مرتبط از برنامه آمادگی و نقش واحد خود  |
| توضیحات   | * هر عامل خطر آفرین براساس شدت، احتمال وقوع، میزان آسیب پذیری و دوره بازگشت امتیاز دهی خواهد شد. عوامل خطر آفرین به ترتیب از بیشترین تا کمترین امتیازات شناسایی می‌شوند. در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا نتایج بررسی و با توجه به منابع مالی، انسانی، تجهیزات و شرایط سازمان (ارزش‌ها، باورها و اعتقادات و...) پنج عامل خطر آفرین اول بیمارستان تعیین می‌شوند.<br>* * * کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی <sup>۱</sup><br>* * * * کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا <sup>۲</sup><br>+ عوامل خطر آفرین (مخاطره): به پدیده‌هایی گفته شود که بالقوه آسیب‌زا هستند و می‌توانند منجر به آسیب جانی، مالی و محیطی به مردم و یا بیمارستان شوند عوامل خطر آفرین به صورت طبیعی مانند سیل، زلزله و... و یا انسان ساخت مانند آتش سوزی، اپیدمی، حملات سایبری و... هستند.<br>+ حوادث و بلایا در بیمارستان می‌تواند با منشأ داخلی بیمارستان باشد مانند (آتش سوزی، قطع برق یا آب، قطع گازهای طبی، قطع سیستم‌های ارتباطی، نشت مواد رادیواکتیو و سایر... و یا با منشأ خارج از بیمارستان بوده ولی بیمارستان را تحت تأثیر قرار داده و باعث ورود بیش از انتظار مجروحان و مصدومان به بیمارستان می‌شود مانند تصادفات، زلزله، سیل و...<br>هدایت کننده: مدیر بیمارستان، مسئول فنی / ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا |

<sup>1</sup> HSI

<sup>2</sup> HOSPITAL DISASTER PREPAREDNESS



|  |  |
|--|--|
| سنجه ۲. برنامه‌های آمادگی با رویکرد تمامی عوامل خطر آفرین و براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، تدوین و اجرا می‌شود.  |  |
| سطح سنجه   | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل   |
| روش ارزیابی  | گام اجرایی / ملاک ارزیابی  |
| بررسی مستند  | ۱ تدوین و ابلاغ برنامه‌های آمادگی با رویکرد تمامی عوامل خطر آفرین <sup>۱</sup> در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت * |
| بررسی مستند  | ۲ دارا بودن حداقل کارکردهای تخصصی ارائه خدمات بیمارستانی در برنامه‌های آمادگی **   |
| بررسی مستند و مشاهده   | ۳ اجرای برنامه‌های تدوین شده منطبق با زمان‌بندی  |
| مصاحبه   | ۴ آگاهی مسئولان بخش‌ها/ واحدهای مرتبط از برنامه آمادگی و نقش واحد خود  |
| <p>* کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا (HDP) و کتاب برنامه پاسخ نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها (EOP) ** در برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها (EOP) کارکردهای تخصصی ارائه خدمات بیمارستانی شامل موارد ذیل است که براساس کتاب‌های فوق برنامه آمادگی بیمارستانی تدوین می‌شود:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. ارزیابی سریع بیمارستانی</li> <li>۲. تریاژ بیمارستانی</li> <li>۳. تیم پاسخ اضطراری بیمارستانی</li> <li>۴. ارائه خدمات درمانی</li> <li>۵. انتقال بین بیمارستانی</li> <li>۶. تخلیه بیمارستانی</li> <li>۷. آلودگی زدایی در بیمارستان</li> <li>۸. مدیریت ازدحام در بیمارستان</li> </ol> <p>دستورالعمل مرتبط: نقشه راه کارگروه سلامت در حوادث غیر مترقبه طی نامه شماره ۴۰۱/۲۸۲۹۷ مورخ ۹۴/۱۰/۲۷</p> |  |
| هدایت کننده  | مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا   |

|   |  |
|---|--|
| سنجه ۳. سامانه هشدار اولیه* به منظور پاسخ‌دهی به عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شده و کسانی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.   |  |
| سطح سنجه  | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل                           |
| روش ارزیابی   | گام اجرایی / ملاک ارزیابی  |
| بررسی مستند   | ۱ تدوین سامانه هشدار اولیه <sup>۲</sup> قبل از حادثه براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت** در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا |
| بررسی مستند   | ۲ طراحی و ابلاغ فلوچارت فعال سازی سامانه هشدار اولیه در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا   |
| مشاهده لیست   | ۳ تدوین فهرست موارد قابل گزارش به سوپروایزر و ستاد هدایت دانشگاه براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت                         |
| مصاحبه  | ۴ آگاهی اعضاء کمیته حوادث و بلایا از موارد قابل گزارش به ستاد هدایت دانشگاه و نحوه فعال سازی سامانه هشدار اولیه                      |
| مصاحبه  | ۵ آگاهی کارکنان از موارد قابل گزارش  |
| <p>* اولین قسمت از برنامه پاسخ به حوادث و بلایا، سامانه هشدار اولیه است و به گونه‌ای عمل می‌کند که آمادگی پاسخ بیمارستان به حادثه را با قابلیت‌های در دسترس به بالاترین سطح برساند و جمعیت در معرض خطر پیش از مواجهه با حادثه از آن آگاه می‌شوند.<br/>** ابلاغ نقشه راه کارگروه سلامت در حوادث غیر مترقبه طی نامه شماره ۴۰۱/۲۸۲۹۷ مورخ ۹۴/۱۰/۲۷</p> <p>سامانه هشدار اولیه براساس کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا و منطبق با ۱۶ مورد ذکر شده تدوین گردد. توصیه. نصب این فهرست موارد خطر آفرین قابل گزارش در بخش‌های مختلف بیمارستان سرعت واکنش را بالا می‌برد.</p> |  |
| هدایت کننده   | مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا   |

<sup>1</sup>All-Hazard

<sup>2</sup>Early Warning System- EWS

| سطح سنجه   |   | <input type="checkbox"/> الزامی | <input checked="" type="checkbox"/> اساسی | <input type="checkbox"/> ایده آل |
|--|---|---------------------------------|---|----------------------------------|
| سنجه ۴. روش اجرایی "افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه‌های فضای فیزیکی، تجهیزات، ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و نیروی انسانی" با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده، و کسانی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل از آنها آگاهی دارند و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.   |   |                                 |   |                                  |
| <b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>   |   |                                 |   |                                  |
| ۱  | تدوین روش اجرایی  | بررسی مستند                     | روش ارزیابی                               |                                  |
| ۲  | مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی   | مصاحبه                          |   |                                  |
| ۳  | شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط  | مشاهده                          |   |                                  |
| ۴  | ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی                                   | بررسی مستند                     |   |                                  |
| ۵  | تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی  | بررسی مستند                     |   |                                  |
| ۶  | تعیین نحوه افزایش ظرفیت در حوزه فضای فیزیکی در روش اجرایی                         | بررسی مستند                     |   |                                  |
| ۷  | تعیین نحوه افزایش ظرفیت در حوزه تجهیزات، ملزومات و مواد مصرفی پزشکی در روش اجرایی | بررسی مستند                     |   |                                  |
| ۸  | تعیین نحوه افزایش ظرفیت در حوزه منابع انسان در روش اجرایی                         | بررسی مستند                     |   |                                  |
| ۹  | اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی             | بررسی مستند                     |   |                                  |
| ۱۰   | آگاهی کارکنان مرتبط* از جزئیات روش اجرایی   | مصاحبه                          |   |                                  |
| ۱۱   | آگاهی کارکنان بیمارستان از کلیات روش اجرایی                                       | مصاحبه                          |   |                                  |
| ۱۲   | تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط  | مصاحبه و مشاهده                 |   |                                  |
| ۱۳   | انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ                | مشاهده                          |   |                                  |
| <p>* کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا روش اجرایی، مسئول ایمنی، مسئول ساختمان، تأسیسات، تجهیزات<br/>** افرادی که در هنگام حادثه مسئولیت فرماندهی و کنترل را برعهده دارند.</p> <p>توصیه. یک مرکز درمانی در صورتی می‌تواند هنگام وقوع حوادث به ارائه خدمات خود ادامه دهد، که بتواند براساس یک برنامه از پیش تدوین و تمرین شده، ظرفیت خود را افزایش دهد. هر برنامه افزایش ظرفیت شامل سه جزء اصلی کارکنان (منابع انسانی)، تجهیزات و امکانات (تخصصی و غیرتخصصی بیمارستانی) و ساختارها (فضای فیزیکی) می‌باشد. کتاب "مجموعه ابزارهای ملی ارزیابی مخاطرات و شاخص‌های توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا" مرجع تدوین این روش اجرایی است.</p> <p>➡ برنامه افزایش ظرفیت فضای بیمارستان: بیمارستان می‌تواند از تمام ظرفیت فیزیکی خود که شامل اتاق‌های بستری، راهروها، سالن‌ها و حتی فضای باز بیمارستان، به‌خصوص در مواقعی که ایمنی ساختمان اصلی تهدید شده است، برای عرضه خدمات بهتر استفاده کند. در این برنامه، کاربری تمامی فضاهای موجود در بیمارستان در هنگام وقوع حادثه، از پیش مشخص و نیز فضاهای مورد نیاز برای تریاژ بیماران، بستری مصدومان، نگهداری اجساد و همچنین، محل استراحت کارکنان پیش‌بینی شده است. نکته بسیار مهم در استفاده از این فضاها، ایمن بودن آنها برای ارائه خدمات است.</p> <p>➡ برنامه افزایش ظرفیت در حوزه تجهیزات: بیمارستان برنامه‌ای را برای استفاده از منابع و تجهیزات از انبارهای موجود در بیمارستان و یا از طریق تفاهم نامه‌هایی که با مراکز و نهادهای همکار برای تأمین مواد و تجهیزات منعقد ساخته است، تدوین کند. در این برنامه، علاوه بر تأمین نیازهای تخصصی، نحوه تأمین مواد مصرفی و همچنین مواد غذایی نیز مشخص شده است.</p> <p>➡ برنامه افزایش ظرفیت منابع انسانی: بیمارستان براساس یک برنامه پیش‌بینی شده منابع انسانی مورد نیاز برنامه، اعم از پزشکان، پرستاران، کادر پیراپزشکی و نیروهای خدماتی را تأمین سازد. بالطبع، ممکن است تمام این منابع هنگام بروز حادثه در اختیار مدیریت نباشند؛ بنابراین، برنامه افزایش ظرفیت می‌تواند منابع انسانی مورد نیاز را از راه‌های مختلف (کارکنان بیمارستان، کارکنان مراکز همکار، نیروهای داوطلب و...) تأمین سازد.</p> <p>➡ برنامه افزایش ظرفیت بیمارستان می‌تواند با تکیه بر منابع داخلی بیمارستان و یا استفاده از منابع خارجی در قالب انعقاد تفاهم نامه‌هایی با سازمان‌ها، مراکز و یا سایر مرکز درمانی نزدیک به محل بیمارستان جهت استفاده از فضا، منابع انسانی و یا تجهیزات باشد. که منجر به تفاهم نامه‌ها با سازمان‌ها، مراکز، بیمارستان‌ها و... جهت افزایش ظرفیت بیمارستانی می‌شود.</p> |   |                                 |   |                                  |
| توضیحات  |   |                                 |   | هدایت کننده                      |
| مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا   |   |                                 |   |                                  |





سنجه ۵. دستورالعمل "تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه" با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شده و کسانی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.

|             |   |                                 |   |                                  |
|-------------|---|---------------------------------|---|----------------------------------|
| سطح سنجه    |   | <input type="checkbox"/> الزامی | <input checked="" type="checkbox"/> اساسی | <input type="checkbox"/> ایده آل |
| روش ارزیابی |   | گام اجرایی / ملاک ارزیابی       |   |                                  |
| ۱           | تدوین دستورالعمل*   | بررسی مستند                     |   |                                  |
| ۲           | شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط                                | بررسی مستند                     |   |                                  |
| ۳           | تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط                                  | مشاهده                          |   |                                  |
| ۵           | اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی | بررسی مستند                     |   |                                  |
| ۶           | آگاهی کارکنان مرتبط از جزئیات روش اجرایی                              | مصاحبه                          |   |                                  |
| ۷           | آگاهی کارکنان بیمارستان از کلیات روش اجرایی                           | مصاحبه                          |   |                                  |
| ۸           | انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ              | مشاهده                          |   |                                  |

|  |  |             |
|--|--|-------------|
| *کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا دستورالعمل "تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه" را با مشارکت مسئول ایمنی، مسئول ساختمان و تأسیسات و سایر مسئولان واحدها / بخش‌ها تدوین و ابلاغ نموده است.<br>توصیه در تدوین دستورالعمل تخلیه بیمارستان حداقل موارد ذیل مد نظر قرار گیرد:<br>○ اندیکاسیون‌های فعالسازی برنامه تخلیه بیمارستانی و همچنین فرد تصمیم گیرنده برای تخلیه مشخص باشد.<br>○ مسئولیت‌های افراد در زمان تخلیه بیمارستانی مشخص شده است.<br>○ نحوه اولویت بندی بیماران جهت تخلیه اضطراری مشخص باشد(روش‌هایی مثل تریاژ و...)<br>○ نوع و سطح تخلیه‌ای که ممکن است رخ دهد تعریف شود(افقی، عمودی، نسبی، کلی)<br>○ فازهای اجرایی تخلیه با برنامه زمان بندی مشخص وجود داشته باشد(به عنوان مثال هشدار پرسنل، دسترسی به منابع و تجهیزات، آماده کردن بیماران و وسایل مورد نیاز)<br>○ مسیرها و خروجی‌های تخلیه تعیین شده باشد.<br>○ پروتکل برای تبادل اطلاعات لازم بین پرسنلی که در تخلیه نقش دارند وجود داشته باشد.<br>○ وسایل و تجهیزات مورد نیاز برای تخلیه پیش‌بینی و موجود باشد.<br>○ منابع لازم برای بیماران که تخلیه می‌شوند و نحوه دسترسی به آنها تعیین شده باشد(از قبیل آب و غذا و...)<br>* افرادی که در هنگام حادثه مسئولیت فرماندهی و کنترل را برعهده دارند. |  | توضیحات     |
| مدیر بیمارستان، مسئول فنی / ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا  |  | هدایت کننده |

سنجه ۶. نتایج اجرای برنامه‌های پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی حوادث و بلایا، مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته و براساس آن برنامه اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا می‌شود.

|             |   |                                 |   |                                  |
|-------------|---|---------------------------------|---|----------------------------------|
| سطح سنجه    |   | <input type="checkbox"/> الزامی | <input checked="" type="checkbox"/> اساسی | <input type="checkbox"/> ایده آل |
| روش ارزیابی |   | گام اجرایی / ملاک ارزیابی       |   |                                  |
| ۱           | اعلام نتایج پایش برنامه‌ها، تمرین‌های برگزار شده، نقاط قوت و ضعف و اثربخشی آموزش‌های ارائه شده در کمیته*      | بررسی مستند                     |   |                                  |
| ۲           | بررسی و تحلیل نتایج پایش برنامه‌ها و اجرای برنامه‌های آموزشی و برنامه ریزی اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت | بررسی مستند                     |   |                                  |
| ۳           | ابلاغ اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت به مسئولان واحدهای مرتبط   | بررسی مستند                     |   |                                  |
| ۴           | اجرا برنامه‌های تدوین شده منطبق با زمان بندی  | مشاهده                          |   |                                  |
| ۵           | آگاهی مسئولان مرتبط از برنامه و نقش خود در اجرای برنامه   | مصاحبه                          |   |                                  |

|   |  |             |
|---|--|-------------|
| *پایش برنامه‌های عملیاتی تدوین شده پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی حوادث و بلایا با مشارکت مسئولان مربوطه توسط دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا حداقل به صورت فصلی انجام می‌شود. |  | توضیحات     |
| مدیر بیمارستان، مسئول فنی / ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا   |  | هدایت کننده |





الف ۵ ۷ فعال سازی سامانه‌های مدیریت حوادث و بلایا، برنامه ریزی و اجرا می‌شود.

دستاوردهای استاندارد

- پاسخ گویی مناسب و مؤثر به هر حادثه و کاهش آسیب به بیماران، مراجعین، کارکنان

| سنجه ۱. دستورالعمل "فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث" با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شده و کسانی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند. |   |
|--|---|
| سطح سنجه   | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل  |
| روش ارزیابی  | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |
| بررسی مستند  | ۱ تدوین دستورالعمل*   |
| بررسی مستند  | ۲ شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط  |
| مشاهده   | ۳ تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط  |
| بررسی مستند  | ۴ اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی   |
| مصاحبه   | ۵ آگاهی کارکنان مرتبط** از جزئیات روش اجرایی  |
| مصاحبه   | ۶ آگاهی کارکنان بیمارستان از کلیات روش اجرایی   |
| مشاهده   | ۷ انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ  |
| توضیحات  | * کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا دستورالعمل "فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث" را با مشارکت مسئولان واحدها / بخش‌ها تدوین و ابلاغ نموده است. دستورالعمل شامل برنامه فعال سازی منطبق با کتاب آمادگی بیمارستانی (HDP) و برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا (EOP) در حوادث و بلایا تدوین می‌شود و شامل ارزیابی آسیب‌ها، نیازها و برنامه عملیاتی پاسخ می‌باشد. ** افرادی که در هنگام حادثه مسئولیت فرماندهی و کنترل را برعهده دارند. |
| هدایت کننده  | مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا   |

| سنجه ۲. شرح وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات، جایگاه‌های سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان موجود است و افرادی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند. |   |
|---|---|
| سطح سنجه  | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل  |
| روش ارزیابی   | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |
| بررسی مستند   | ۱ تدوین سامانه فرماندهی حادثه* بیمارستانی را براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی** در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا   |
| بررسی مستند   | ۲ تعیین و ابلاغ شرح وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات افراد بر حسب نوع جایگاه در سامانه فرماندهی حادثه   |
| مصاحبه  | ۳ آگاهی افراد مذکور در چارت فرماندهی حادثه از شرح وظایف و نقش خود در هنگام بروز حادثه   |
| مصاحبه  | ۴ آگاهی سایر کارکنان از کلیات سامانه فرماندهی حادثه   |
| توضیحات   | * سامانه فرماندهی حادثه بیمارستانی (HICS) یک سیستم مدیریتی جهت سازماندهی پرسنل، امکانات و تجهیزات و ارتباطات برای ارائه پاسخی مؤثر به حوادث و بلایا است. سامانه فرماندهی حادثه بیمارستانی یک سیستم مدیریتی در هنگام حادثه است و چارت سازمانی نیست. ** سامانه فرماندهی حادثه براساس کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا تدوین می‌گردد. ابلاغ نقشه راه کارگروه سلامت در حوادث غیر مترقبه طی نامه شماره ۴۰۱/۲۸۲۹۷ مورخ ۹۴/۱۰/۲۷ توصیه. به ازاء هر جایگاه دو نفر جانشین قرار داده شود که این افراد آموزش‌های لازم را درخصوص شرح وظایف مقرر اخذ نموده باشند. |
| هدایت کننده   | مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا   |



|  |   |
|--|---|
| سنجه ۳. دستورالعمل "نحوه فعال سازی و غیر فعال سازی جایگاه‌های سامانه فرماندهی حادثه" با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شده و افرادی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند. |   |
| سطح سنجه   | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل  |
| روش ارزیابی  | گام اجرایی / ملاک ارزیابی   |
| ۱  | تدوین* دستورالعمل   |
| ۲  | شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط  |
| ۳  | تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط  |
| ۴  | اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی   |
| ۵  | آگاهی کارکنان مرتبط** از جزئیات روش اجرایی  |
| ۶  | آگاهی کارکنان بیمارستان از کلیات روش اجرایی   |
| ۷  | انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ  |
| توضیحات  | *کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا دستورالعمل "فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث" را با مشارکت مسئولان واحدها / بخش‌ها تدوین و ابلاغ نموده است.<br>**آگاهی افراد مذکور در چارت فرماندهی حادثه از دستورالعمل فعال سازی و غیر فعال سازی جایگاه‌های HICS و مطلع بودن سایر کارکنان از کلیات سامانه فرماندهی حادثه در دستورالعمل لحاظ شود. |
| هدایت کننده  | مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا   |

|   |  |
|---|--|
| سنجه ۴. دستورالعمل "فعال سازی روش‌های ارتباطی جایگزین در هنگام وقوع حادثه" با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین و اجرا شده و افرادی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند. |  |
| سطح سنجه  | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل   |
| روش ارزیابی   | گام اجرایی / ملاک ارزیابی  |
| ۱   | تدوین* دستورالعمل  |
| ۲   | شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط   |
| ۳   | تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط   |
| ۴   | اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی  |
| ۵   | آگاهی کارکنان مرتبط** از جزئیات روش اجرایی   |
| ۶   | آگاهی کارکنان بیمارستان از کلیات روش اجرایی  |
| ۷   | انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ   |
| توضیحات   | *کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا دستورالعمل "فعال سازی روش‌های ارتباطی جایگزین در هنگام وقوع حادثه" را با مشارکت مسئولان واحدها / بخش‌ها تدوین و ابلاغ نموده است.<br>**آگاهی افراد مذکور در چارت فرماندهی حادثه از فعال سازی روش‌های ارتباطی جایگزین در هنگام وقوع حادثه و آگاهی سایر کارکنان از کلیات دستورالعمل لحاظ شود. |
| هدایت کننده   | مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا  |



| سنجه ۵. روش اجرایی "تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه" با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شده و افرادی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند. |                           | سطح سنجه   | <input type="checkbox"/> الزامی | <input checked="" type="checkbox"/> اساسی | <input type="checkbox"/> ایده آل |
|--|---------------------------|--|---------------------------------|---|----------------------------------|
| روش ارزیابی  | گام اجرایی / ملاک ارزیابی |  |                                 |   |                                  |
| بررسی مستند  | ۱                         | تدوین روش اجرایی   |                                 |   |                                  |
| مصاحبه   | ۲                         | مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی  |                                 |   |                                  |
| مشاهده   | ۳                         | شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط   |                                 |   |                                  |
| بررسی مستند  | ۴                         | ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی  |                                 |   |                                  |
| بررسی مستند  | ۵                         | تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی   |                                 |   |                                  |
| بررسی مستند  | ۶                         | پیش‌بینی فهرستی از خدمات ضروری بیمارستان** در روش اجرایی   |                                 |   |                                  |
| بررسی مستند  | ۷                         | نحوه کسب اطمینان از در دسترس بودن اقلام ضروری و حیاتی*** در روش اجرایی   |                                 |   |                                  |
| بررسی مستند  | ۸                         | نحوه کسب اطمینان از در دسترس بودن تجهیزات پزشکی ضروری**** در روش اجرایی  |                                 |   |                                  |
| بررسی مستند  | ۹                         | شناسایی و تامین منابع مورد نیاز جهت تداوم خدمات ضروری بیمارستان***** در روش اجرایی   |                                 |   |                                  |
| بررسی مستند  | ۱۰                        | اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی  |                                 |   |                                  |
| مصاحبه   | ۱۱                        | مطلع بودن افراد درج شده در چارت فرماندهی حادثه از تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه  |                                 |   |                                  |
| مصاحبه   | ۱۲                        | مطلع بودن سایر کارکنان از کلیات روش اجرایی   |                                 |   |                                  |
| مصاحبه و مشاهده  | ۱۳                        | تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط   |                                 |   |                                  |
| مشاهده   | ۱۴                        | انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ   |                                 |   |                                  |
|  |                           | <p>* کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئولان واحدها / بخش‌ها به تشخیص بیمارستان<br/> ** خدمات در دسترس در هر شرایط و موقعیتی (اعمال جراحی و خدمات اورژانسی)<br/> *** از جمله آب، برق و اکسیژن و سوخت در زمان حوادث و بلایا حداقل به مدت ۷۲ ساعت<br/> **** در اتاق عمل، اورژانس، بخش‌های ویژه، CSSD، آزمایشگاه و رادیولوژی<br/> ***** به ویژه برای گروه‌های آسیب پذیر و بیماران بدحال (مانند کودکان، افراد مسن و معلولین)<br/> با توجه به نقش بیمارستان‌ها یکی از اجزای مهم برنامه‌ریزی تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان (مانند مراقبت‌های اورژانسی، جراحی‌های فوری و مراقبت از مادر و کودک) در زمان حوادث و بلایا می‌باشد.</p> |                                 |   | توضیحات                          |
|  |                           | مدیر بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، مدیریت خطر حوادث و بلایا   |                                 |   | هدایت کننده                      |