



ب. مراقبت و درمان

ب-۲) مراقبت‌های اورژانس

ب ۱ ۲ بیمارمان مراجعه کننده به بخش اورژانس، به پزشک متخصص دسترسی دارند.

دستاوردها

- دسترسی فوری بیمارمان بدحال به پزشک متخصص در بخش اورژانس
- کاهش زمان تعیین تکلیف بیمارمان مراجعه کننده به اورژانس

سنجه ۱. پزشک بخش اورژانس به صورت شبانه روزی در تمامی روزهای هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل مقیم بخش اورژانس بوده و شرایط پزشکان مقیم به نحوی است که در بیمارستان‌های با ورودی بیش از سی هزار مراجعه در سال پزشک متخصص با ارجحیت تخصص طب اورژانس، داخلی، جراحی و در بیمارستان‌های تک تخصصی با ارجحیت تخصص مربوط مقیم بخش اورژانس می‌باشند.		سطح سنجه	☒ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	وجود برنامه ماهیانه حضور پزشک مقیم در بخش اورژانس*	بررسی مستند	
۲	حضور پزشکان مقیم اورژانس مطابق برنامه	بررسی مستند، مشاهده و مصاحبه	
۳	تخصص پزشکان مقیم اورژانس مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت**	بررسی مستند و مشاهده	
* برنامه های پزشکان مقیم و آنکال بایستی مستقل از هم تدوین شوند. در تابلوی اطلاع رسانی اورژانس این دو برنامه در کنار هم نصب باشد. **دستورالعمل های مرتبط : دستورالعمل های وزارتی شماره ۱۰۰/۱۰۱۷ مورخ ۹۰/۷/۱۶ ، بند ۴ دستورالعمل وزارتی شماره ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵ ، دستورالعمل ابلاغی شماره ۴۴۸۳ مورخ ۹۳/۳/۱۷ و در اورژانس های با ورودی کمتر از ۳۰ هزار نفر در سال پزشک عمومی مقیم در اورژانس قابل قبول است.		توضیحات	
رئیس / مدیرعامل بیمارستان		هدایت کننده	

سنجه ۲. لیست پزشکان، متخصص مقیم و آنکال، در بخش اورژانس در دسترس بوده و پزشکان براساس درخواست پزشک اورژانس در اسرع وقت بر بالین بیمارمان حاضر شده و در تعیین تکلیف بیمارمان مشارکت می‌نمایند.		سطح سنجه	☒ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	در دسترس بودن برنامه پزشکان متخصص مقیم و آنکال	بررسی مستند	
۲	اطلاع کارکنان از نحوه دسترسی به پزشکان مقیم و آنکال	مصاحبه	
۳	حضور پزشک متخصص مقیم و آنکال بر اساس درخواست پزشک اورژانس	بررسی مستند و مصاحبه	
۴	مشارکت پزشکان متخصص مقیم و آنکال در تعیین تکلیف بیمارمان	بررسی مستند و مصاحبه	
دستورالعمل های مرتبط : دستورالعمل وزارتی شماره ۱۰۰/۱۰۱۷ مورخ ۹۰/۷/۱۶		توضیحات	
توصیه . بیمارستان براساس روش مشخصی نسبت به فراخوان پزشکان مقیم و آنکال بر بالین بیمارمان اقدام می‌نماید و اطلاع رسانی لازم به کارکنان مرتبط صورت می‌پذیرد.		هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل بیمارستان



ب ۲ ۲ بیمارارن مراجعه کننده بخش اورژانس به پرستاران دارای صلاحیت، دسترسی دارند.

دستاورد استاندارد

حضور پرستار با تجربه کافی در واحد تریاژ اورژانس
بکارگیری پرستاران با تجربه بالینی در بخش اورژانس

سنجه ۱. پرستاران واحد تریاژ اورژانس در تمام ساعات شبانه روز، حضور فعال دارند و حداقل ۵ سال سابقه خدمت در بخش‌های بالینی دارند که یک سال از آن در بخش اورژانس بوده، و دوره‌های آموزش تخصصی تریاژ را گذرانده‌اند.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	تنظیم برنامه جهت حضور فرد واجد شرایط به عنوان پرستار تریاژ به صورت شبانه روزی	بررسی مستند و مصاحبه	
۲	حضور مداوم حداقل یک پرستار به عنوان پرستار تریاژ طبق برنامه در واحد تریاژ	مشاهده و مصاحبه	
۳	پنج سال سابقه کار بالینی و حداقل یک سال از آن در بخش اورژانس برای پرستار تعیین شده جهت انجام تریاژ	بررسی مستند و مصاحبه	
۴	گذارندن دوره آموزشی تریاژ توسط پرستار تعیین شده جهت انجام تریاژ	بررسی مستند	
توضیحات		دستورالعمل‌های مرتبط : دستورالعمل ۴۰۱/۱۴۸۰۹ مورخ ۹۴/۶/۱۸ اورژانس کشور	
هدایت کننده		رئیس بخش اورژانس، سرپرستار	

سنجه ۲. در تمام شیفت‌های کاری بخش اورژانس، پرستارانی با حداقل ۲ سال سابقه خدمت در بخش‌های بالینی و گذراندن دوره‌های آموزش تخصصی اورژانس شاغل هستند.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	داشتن حداقل دو سال سابقه کار بالینی برای پرستاران بخش اورژانس	بررسی مستند و مصاحبه	
۲	گذارندن دوره آموزشی تخصصی بخش اورژانس قبل از شروع به کار به عنوان پرستار در بخش اورژانس	بررسی مستند و مصاحبه	
توضیحات		دوره‌های آموزش تخصصی حداقل شامل اورژانس‌های پزشکی، مهارت‌های ارتباطی، حل مسئله، مدیریت بحران، مدیریت استرس و احیای قلبی ریوی می‌باشد.	
هدایت کننده		مدیر پرستاری، سرپرستار بخش اورژانس	



ب ۲ ۳ تعیین تکلیف بیماران و مدیریت تخت‌های ویژه و عادی با اولویت خدمت‌رسانی به بیماران حاد و اورژانس انجام می‌شود.

دست‌آورد استاندارد

- استفاده حداکثری از ظرفیت‌های تشخیصی و درمانی بیمارستان و اولویت بخشی به بیماران بدحال و اورژانسی
- مدیریت تخت‌های موجود بیمارستان و پیشگیری از تداخل بین گروهی و بین بخشی در انتقال بیماران به بخش‌های ویژه و عادی
- کاهش مدت اقامت بیماران در بخش اورژانس

سنجه ۱. مسئول مدیریت تخت در بیمارستان تعیین شده و با اختیارات کامل، با اولویت بستری نمودن بیماران حاد و اورژانس، اقدام می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	تعیین مسئول مدیریت تخت ^۱ توسط رئیس بیمارستان و صدور ابلاغ مربوط*	بررسی مستند
۲	ارسال ابلاغ به بخش‌ها / واحدهای مرتبط	بررسی مستند
۳	آگاهی کارکنان مرتبط از حیطه اختیارات مسئول مدیریت تخت	مصاحبه
۴	وجود اختیارات مسئول مدیریت تخت در عرصه واقعی تصمیم‌گیری بیمارستان	مصاحبه و بررسی مستند
۵	انتقال بیماران تعیین تکلیف شده بخش اورژانس به بخش‌های بستری با محوریت مدیریت تخت	بررسی مستند
توضیحات	* تمامی بیمارستان‌ها بایستی دارای مسئول مدیریت تخت باشند، انتخاب مسئول مدیریت تخت در موارد بکارگیری متخصصین مقیم در بخش اورژانس طبق بند چهارم دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت (شماره ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵) اقدام شود. همچنین دستورالعمل ۹۰۱۳/۴۰۱/۴۴۸۳ و ۹۳/۵/۲۲ و ۴۰۱/۴۴۸۳ مورخ ۹۳/۳/۱۷ و ۱۸۵۲۰ مورخ ۹۴/۵/۶ مد نظر قرار گیرد.	
هدایت‌کننده	رئیس / مدیرعامل و رئیس بخش اورژانس	

سنجه ۲. پذیرش بیماران الکتیو در بخش‌های بستری مانع از انتقال بیماران بدحال از اورژانس به بخش‌های بستری نمی‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	انتقال بیماران تعیین تکلیف شده بخش اورژانس با اولویت پذیرش بیماران بدحال نسبت به بخش‌های بستری	مصاحبه و بررسی مستند
توضیحات	توصیه. پذیرش بیماران الکتیو باید به نحوی برنامه‌ریزی گردد که از اختصاص تمام ظرفیت تخت‌های بستری خالی به بیماران الکتیو خودداری شود. این امر بویژه در بیمارستان‌های ریفارال و تروما در مدیریت بیماران بخش اورژانس کمک‌کننده است.	
هدایت‌کننده	رئیس بخش اورژانس، مدیریت پرستاری	

سنجه ۳. تعیین تکلیف بیماران برای ترخیص، ارجاع یا بستری در سایر بخش‌ها، حداکثر ظرف شش ساعت انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	تعیین تکلیف بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس کمتر از شش ساعت از ورود بیمار*	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* دستورالعمل ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵ وزارت بهداشت و دستورالعمل ۱۰۰/۱۳۰۳ مورخ ۹۰/۹/۱۹ وزارت بهداشت. تعیین تکلیف بیماران به نحوی است که کمتر از ۶ ساعت از ورود بیمار به اورژانس، یا در فهرست پذیرش از بخش‌های بستری قرار گیرند یا در برنامه ارجاع به سایر مراکز (در صورت عدم امکان ارائه خدمات تخصصی مربوط طبق دستورالعمل ارجاع و با هماهنگی ستاد هدایت دانشگاه) و یا با دستور پزشک ترخیص شوند.	
هدایت‌کننده	رئیس بخش اورژانس، مدیریت پرستاری، روسای بخش‌های بالینی	



ب ۲ ۴ خدمات پاراکلینیکی اورژانس، شناسایی شده و به صورت شبانه روزی به بیماران ارائه می‌شود.

دستاورد استاندارد

- تامین به موقع نیازهای تشخیصی بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس بصورت برنامه ریزی شده
- تسهیل و تسریع دسترسی بیماران به خدمات پاراکلینیکی
- ایجاد اطمینان و آرامش به بیماران/همراهان در حین مراقبت‌های اورژانس

سنجه ۱. کمیته اورژانس در خصوص شناسایی خدمات پاراکلینیک و سایر خدمات مورد نیاز اورژانس اقدام و برنامه‌ریزی‌های لازم در خصوص ارائه شبانه‌روزی این خدمات در اسرع وقت و با زمان بندی مشخص، صورت می‌پذیرد.

سطح سنجه		☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
روش ارزیابی				
۱	تعیین فهرست خدمات پاراکلینیک و سایر خدمات شبانه روزی مورد نیاز بخش اورژانس ، توسط کمیته اورژانس*	بررسی مستند		
۲	ابلاغ فهرست مصوب خدمات شبانه روزی لازم برای بخش اورژانس، به واحدهای مرتبط توسط کمیته اورژانس	بررسی مستند		
۳	در دسترس بودن فهرست ابلاغی در تمام نوبت های کاری در بخش‌های پاراکلینیک و سایر بخش‌های مرتبط	بررسی مستند		
۴	تعیین زمان بندی مشخص برای جوابدهی آزمایشات اورژانس مورد نیاز بخش اورژانس	بررسی مستند		
۵	تعیین زمان بندی مشخص برای انجام تصویر برداری اورژانس مورد نیاز بخش اورژانس**	بررسی مستند		
توضیحات		* کمیته تعیین تکلیف بیماران اورژانس ** گزارش نتایج تصویربرداری در موارد اورژانس با توجه به شرایط بیمارستان برنامه ریزی شود. سایر خدمات تشخیصی فراخور هریک بیمارستان ها شناسایی و برنامه ریزی می‌شود		
هدایت کننده		کمیته اورژانس ، رئیس بخش اورژانس و روسای بخش‌های پاراکلینیک و سایر بخش‌های تشخیصی		

سنجه ۲. ارائه خدمات پاراکلینیک اورژانس در بیمارستان براساس مصوبات کمیته اورژانس، به صورت شبانه روزی است

سطح سنجه		☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
روش ارزیابی				
۱	ارایه خدمات آزمایشگاه به صورت شبانه روزی بر اساس فهرست مصوب کمیته اورژانس*مورد نیاز بخش اورژانس	مشاهده و بررسی مستند		
۲	ارایه خدمات تصویربرداری به صورت شبانه روزی بر اساس فهرست مصوب کمیته اورژانس* مورد نیاز بخش اورژانس	مشاهده و بررسی مستند		
توضیحات		*در صورتی که ارائه هر یک از خدمات عنوان شده در فهرست مصوب کمیته اورژانس، به طور موقت مقدور نباشد، بایستی نسبت به در نظر گرفتن روش های جایگزین از جمله استفاده از ظرفیت سایر مراکز، اقدام شود و در هر صورت این امر موجب وقفه در ارایه خدمات تشخیصی و درمانی نشود.		
هدایت کننده		معاون درمان، رئیس بخش اورژانس و روسای بخش‌های پاراکلینیک و سایر بخش‌های تشخیصی		

سنجه ۳. بانک خون و آزمایشگاه اورژانس، با دسترسی ایمن و آسان فعال هستند.

سطح سنجه		☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
روش ارزیابی				
۱	دسترسی ایمن و آسان * به واحد آزمایشگاه اورژانس و بانک خون در تمام ساعات شبانه روز	مشاهده		
توضیحات		* منظور از دسترسی ایمن، رعایت نکات ایمنی در مسیر رسیدن به آزمایشگاه و بانک خون (روشنایی ، امکان استفاده از آسانسور، هموار بودن زمین، مسقف بودن مسیر، سرمایش و گرمایش، ویلچر و برانکارد متناسب با تعداد مراجعین ، مجاورت آزمایشگاه و بانک خون با اورژانس است و منظور از دسترسی آسان: دسترسی بخش اورژانس به آزمایشگاه و بانک خون با علائم و راهنماهای شناسایی مشخص شده است.		
هدایت کننده		مدیر، مسئول ساختمان		



سنجه ۴. تصویربرداری اورژانس با دسترسی ایمن و آسان فعال می‌باشد.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مشاهده	۱ دسترسی ایمن و آسان * به واحد تصویربرداری اورژانس و بانک خون، در تمام ساعات شبانه روز
توضیحات	* منظور از دسترسی ایمن، رعایت نکات ایمنی در مسیر رسیدن به آزمایشگاه و بانک خون (روشنایی، امکان استفاده از آسانسور، هموار بودن زمین، مسقف بودن، سرمایش و گرمایش، ویلچر و برانکارد متناسب با تعداد مراجعین، مجاورت آزمایشگاه و بانک خون با اورژانس است و منظور از دسترسی آسان: دسترسی بخش اورژانس به آزمایشگاه و بانک خون با علائم و راهنماهای شناسایی مشخص شده است.
هدایت کننده	مدیر، مسئول ساختمان

سنجه ۵. پی‌گیری و هماهنگی اقدامات پاراکلینیکی مورد نیاز بیماران بخش اورژانس توسط کارکنان انجام می‌شود و بیمار/همراه در فرآیندهای تشخیصی و مراقبتی دخالتی ندارند.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	عدم استفاده از همراه بیمار در انتقال نمونه‌ها به آزمایشگاه یا اخذنتیجه از آزمایشگاه یا تصویربرداری مصاحبه و مشاهده
۲	عدم استفاده از همراه بیمار در دریافت فراورده‌های خونی مورد نیاز مصاحبه و مشاهده
۳	عدم استفاده از همراه بیمار در انتقال بیمار به واحد تصویر برداری و دریافت گزارش تصویربرداری مصاحبه و مشاهده
۴	عدم استفاده از همراه بیمار در دریافت نسخ دارویی بیماران تحت نظر و بستری در اورژانس مصاحبه و مشاهده
۵	عدم استفاده از همراه بیمار در انجام مراقبت‌های بالینی و خدمات مرتبط به بالین بیمار مصاحبه و مشاهده
هدایت کننده	رئیس و سرپرستار بخش اورژانس انتظار می‌رود بیماران بدون همراه تحت مراقبت‌های تشخیصی و درمانی

ب ۲ ۵ فرآیند تریاژ مراجعین بخش اورژانس به صورت برنامه‌ریزی شده انجام می‌شود.

دستوارد استاندارد

- پذیرش و اولویت بندی بیماران در بدو ورود به بخش اورژانس بر اساس الگوهای استاندارد شده
- امکان اولویت بندی رسیدگی به بیماران با توجه به سطح بندی بیماران

سنجه ۱. روش اجرایی تریاژ تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی*
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
۵	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ
توضیحات	* با لحاظ الزامات دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت به شماره ۴۰۱/۱۴۸۰۹ مورخ ۹۴/۶/۱۸
هدایت کننده	رئیس و سرپرستار بخش اورژانس



سنجه ۲. شواهد عملکرد تریاژ، در پرونده پزشکی بیمارانی که از طریق اورژانس، در بخش‌های مختلف بیمارستان بستری شده‌اند، وجود دارد.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	وجود فرم تکمیل شده تریاژ در پرونده بیماران که از طریق بخش اورژانس بستری شده‌اند*		
توضیحات	* با لحاظ الزامات دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت به شماره ۴۰۱/۱۴۸۰۹ د مورخ ۹۴/۶/۱۸		
هدایت کننده	رئیس و سرپرستار بخش اورژانس		

ب ۲ ۶ الزامات دسترسی به بخش اورژانس رعایت می‌شود.

دستآورد استاندارد

- تسهیل در دسترسی به بخش اورژانس برای آمبولانس و مراجعین کم توان
- ایجاد امکانات راهنمایی و هدایت مراجعین و مشخص بودن مسیرهای ارتباطی در بخش اورژانس

سنجه ۱. ورودی بخش اورژانس از ورودی سایر بخش‌های بیمارستان مستقل است و دسترسی آن به خیابان اصلی برای ورود آمبولانس تسهیل شده و مراجعین به راحتی مسیر دسترسی به اورژانس را تشخیص می‌دهند.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	عدم استفاده از بخش اورژانس به عنوان محل گذر به سایر بخش‌های بیمارستان		
۲	مستقل بودن ورودی بخش اورژانس از ورودی سایر بخش‌های بیمارستان		
۳	فراهم بودن سهولت دسترسی به اورژانس از خیابان اصلی برای تردد آمبولانس و مراجعین		
هدایت کننده	مدیر، مسئول ساختمان		

سنجه ۲. آمبولانس یا خودروی حامل بیمار بدحال یا ناتوان، از مسیر باز و بدون مانع عبور نموده و با استفاده از علائم راهنما تا ورودی بخش اورژانس پیش می‌رود و در ورودی اورژانس بدون برخورد با ازدحام و شلوغی، بیمار را به اورژانس منتقل می‌نماید.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	باز بودن مسیر تردد آمبولانس یا خودروی حامل بیمار تا درب یا رمپ ورودی اورژانس		
۲	استفاده از علائم راهنما از درب ورودی اورژانس بیمارستان تا بخش اورژانس		
۳	برنامه ریزی برای جلوگیری از ازدحام بیماران و مراجعین در درب ورودی بخش اورژانس		
توضیحات	توصیه ۱. پیش بینی مکانی با شرایط رفاهی و اطلاع رسانی مناسب برای همراهان در بیمارستان های پر ازدحام . توصیه ۲. در بیمارستان های تروما و ریفرا ل بیمارستان جهت جلوگیری از شلوغی و ازدحام و پیشگیری از برخوردهای تنش زا مشارکت سازمان های خارجی از جمله نیروی انتظامی و شهرداری برنامه ریزی شود.		
هدایت کننده	رئیس و سرپرستار بخش اورژانس		



سنجه ۳. ورودی بخش اورژانس مسقف بوده و آمبولانس به طور کامل در زیر سقف قرار می‌گیرد و مسیر انتقال بیمار از اورژانس به واحدهای تصویربرداری و آزمایشگاه و سایر بخش‌ها مسقف است.		
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی
☐ ایده آل		
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
مشاهده	۱ مسقف بودن ورودی اورژانس	
مشاهده	۲ امکان قرار گرفتن حداقل یک دستگاه آمبولانس در فضای مسقف ورودی اورژانس	
مشاهده	۳ مسقف بودن مسیر انتقال بیمار به واحد آزمایشگاه	
مشاهده	۴ مسقف بودن مسیر انتقال بیمار به واحد تصویربرداری	
مشاهده	۵ مسقف بودن مسیر انتقال بیمار به بخش‌های بستری	
هدایت کننده		مدیر، مسئول ساختمان

سنجه ۴. مسیرها و بخش‌های مختلف داخل و خارج بخش اورژانس به وسیله نشانه‌ها و راهنماهای مشخص، در تمام ساعات شبانه روز به راحتی قابل شناسایی هستند.		
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی
☐ ایده آل		
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
مشاهده	۱ قابل شناسایی بودن بخش‌های مختلف بخش اورژانس به وسیله تابلو	
مشاهده	۲ قابل شناسایی بودن مسیرهای داخل بخش اورژانس به وسیله نشانه‌ها و راهنماها	
مشاهده	۳ قابل شناسایی بودن از مسیرهای خارج بخش اورژانس به وسیله نشانه‌ها و راهنماها در تمام ساعات شبانه روز	
توضیحات		در استفاده از تابلو، نشانه‌ها و راهنماها ترجیحا از علائم تصویری در کنار علائم نوشتاری نیز استفاده گردد.
هدایت کننده		مدیر، مسئول ساختمان

سنجه ۵. برای بیماران بدحال و کم توان که شخصا به بخش اورژانس مراجعه می‌نمایند، بیماربر و با برانکارد در ورودی اورژانس آماده به خدمت است.		
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی
☐ ایده آل		
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
مصاحبه و مشاهده	۱ حضور بیماربر جهت مساعدت به بیماران بدحال و ناتوان از ورودی اورژانس*	
مصاحبه و مشاهده	۲ وجود برانکارد و ویلچر جهت پذیرش بیماران بدحال و ناتوان در ورودی اورژانس	
توضیحات		* یا وجود فرآیندی جهت اطلاع رسانی فوری مراجعه بیمار بدحال یا نیازمند به مساعدت بیماربر در درب ورودی اورژانس.
هدایت کننده		رئیس و سرپرستار بخش اورژانس



ب ۲ ۷ بیمارستان، در موارد اورژانس، بدون توجه به تامین هزینه مراقبت، خدمات سلامت مناسب ارائه می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- اجرای الزام قانونی
- مشارکت بیمارستان در هدایت بیماران به اخذ خدمات تخصصی تشخیص و درمان

سنجه ۱. بیمارستان در موارد اورژانس براساس قانون عمل نموده و بدون توجه به هزینه و پرداخت وجه از سوی بیمار یا همراه او، مراقبت‌های فوری سلامت را به بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس ارائه می‌نماید.	
سطح سنجه	☒ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	آگاهی کارکنان از مفاد دستورالعمل پذیرش و درمان بی قید و شرط بیماران اورژانس وزارت بهداشت*
۲	ارائه خدمات درمانی به بیماران اورژانس و بدحال منوط به پرداخت هزینه نمی‌باشد.*
توضیحات	* دستورالعمل شماره ۴۰۰/۲۵۶۸۲ د مورخ ۹۴/۱۰/۱ توصیه. توجه ویژه به قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۵۴/۳/۵ هیات وزیران
هدایت کننده	مسئول فنی، رئیس و سرپرستار بخش اورژانس

سنجه ۲. در صورتی که ارائه خدمات با توجه به نوع بیمارستان، مقدور نباشد پس از ارائه خدمات اولیه ضروری در بخش اورژانس و ارائه توضیحات لازم به بیمار/ همراه در خصوص علت انتقال، اعزام، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه های خدمات در مرکز درمانی مقصد، با هماهنگی ستاد هدایت، زمینه انتقال گیرنده خدمت به واحد مجهز فراهم می‌شود.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	پایدار سازی وضعیت بیماران بدحال قبل از اقدام به اعزام بیمار
۲	ارائه توضیحات در خصوص علت اعزام، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه های خدمات در مرکز درمانی مقصد
۳	هماهنگی با ستاد هدایت دانشگاه و مرکز درمانی مقصد و اخذ پذیرش در فاصله زمانی مناسب*
توضیحات	*مدیریت زمان با رعایت ایمنی بیمار
هدایت کننده	رئیس بخش اورژانس، مدیریت پرستاری، سرپرستار اورژانس



ب ۲ ۸ کمیته اورژانس و کمیته های تعیین تکلیف و تریاژ؛ در راستای اهداف و مأموریت های تعریف شده فعالیت دارند.

دستاورد استاندارد

- بهبود کیفیت خدمات اورژانس با استفاده از خرد جمعی کارکنان و شرایط بومی بیمارستان
- بهبود مستمر کیفیت خدمات اورژانس مبتنی بر پایش و بازنگری مستمر فرآیندهای اورژانس با مشارکت همه مجریان

سنجه ۱. کمیته تعیین تکلیف بیماران برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت فعالیت می‌نماید.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	آگاهی اعضای کمیته تعیین تکلیف از مفاد دستورالعمل ابلاغی *	مصاحبه	
۲	عملکرد کمیته تعیین تکلیف برابر دستورالعمل ابلاغی	بررسی مستند	
توضیحات	*دستورالعمل شماره ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵		
هدایت کننده	رئیس و دبیر کمیته تعیین تکلیف اورژانس		

سنجه ۲. کمیته تریاژ بیمارستانی برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت فعالیت می‌نماید.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	آگاهی اعضای کمیته تریاژ از مفاد دستورالعمل ابلاغی *	مصاحبه	
۲	عملکرد کمیته تریاژ برابر دستورالعمل ابلاغی	بررسی مستند	
توضیحات	*دستورالعمل شماره ۱۴۸۰۹ / ۴۰۱ د مورخ ۹۴/۶/۱۸		
هدایت کننده	رئیس و دبیر کمیته تریاژ اورژانس		

سنجه ۳. در کمیته اورژانس، نتایج پایش و ارزیابی شاخص های پنج گانه اورژانس تحلیل شده و در راستای بهبود عملکرد اورژانس با هماهنگی همه گروه‌های پزشکی مرتبط، اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت طراحی و اجرا می‌شود.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	گزارش نتایج پایش شاخص های پنج گانه اورژانس در کمیته تعیین تکلیف اورژانس/ مدیریت تخت	بررسی مستند	
۲	تحلیل شاخص های پنج گانه اورژانس در کمیته تعیین تکلیف اورژانس / مدیریت تخت طبق دستورالعمل *	بررسی مستند	
۳	اخذ تصمیمات اصلاحی /برنامه بهبود کیفیت	بررسی مستند	
۴	اجرای اقدامات اصلاحی /برنامه بهبود کیفیت	بررسی مستند و مشاهده	
توضیحات	*دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت شماره ۱۴۲۴۴۸ مورخ ۸۹/۴/۱۵		
هدایت کننده	رئیس و دبیر کمیته اورژانس		



ب ۲ ۹ شناسایی و رسیدگی به موقع به بیماران اورژانسی ، به صورت برنامه‌ریزی شده مدیریت می‌شود.

دستاورد استاندارد

- حمایت از بیماران بدحال و اورژانسی از طریق شناسایی ارائه مراقبت و درمان به موقع به آنها
- تسهیل و تسریع برنامه ریزی شده در ارائه خدمات به بیماران اورژانس و بدحال

سنجه ۱. خط مشی و روش "شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش‌های بستری" با مشارکت پزشکان تدوین و پزشکان معالج، مقیم و آنکال بیمارستان؛ و همه کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تدوین خط مشی و روش *
بررسی مستند	۲ شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان در تدوین خط مشی و روش
بررسی مستند	۳ رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان
بررسی مستند	۴ شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۵ ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
بررسی مستند	۶ پیش بینی معیارهای تشخیص و چگونگی رسیدگی به بیماران بد حال و اورژانسی در بخش‌های بستری
بررسی مستند	۷ تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی
بررسی مستند	۸ ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش
مصاحبه	۹ آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش
مشاهده	۱۰ تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مشاهده	۱۱ انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ
توضیحات	
*این خط مشی و روش در بخش اورژانس بررسی نمی شود و متمرکز شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش‌های بستری غیر از اورژانس است.	
هدایت کننده	
معاون درمان، روسا و سرپرستاران بخش‌های بالینی	

سنجه ۲. پزشک مقیم در بیمارستان‌های مشمول برنامه تحول نظام سلامت براساس دستورالعمل‌های ابلاغی، در خصوص رسیدگی به بیماران بدحال در بخش‌های بستری؛ و مشارکت در تعیین تکلیف بیماران در بخش اورژانس، مرتبط با تخصص خود اقدام می‌نمایند.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند و مصاحبه	۱ هدایت رسیدگی به بیماران بد حال در بخش‌های بستری توسط پزشک مقیم با تخصص مرتبط طبق دستورالعمل *
بررسی مستند و مصاحبه	۲ حضور فعال و مشارکت پزشک متخصص مقیم در تعیین تکلیف بیماران در بخش اورژانس مرتبط با تخصص خود
توضیحات	
*دستورالعمل شماره ۴۰۰/۳۴۵۸ د مورخ ۹۳/۲/۳۱	
هدایت کننده	
رئیس/مدیرعامل، رئیس بخش اورژانس	



سنجه ۳. روش اجرایی "انجام مشاوری های اورژانس" با مشارکت پزشکان تدوین شده و همه کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین بررسی	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 هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
هدایت کننده		معاون درمان، مسئول فنی، روسای بخش‌های بالینی

سنجه ۴. خدمات پاراکلینیک اورژانس در بخش‌های بالینی بیمارستان تعریف شده و براساس آن آزمایشگاه، تصویر برداری و سایر خدمات تشخیصی به صورت شبانه روزی ارائه می‌شود.		
سطح سنجه	☒ الزامی	☐ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	ارائه خدمات شبانه روزی اورژانس توسط واحد آزمایشگاه بر اساس مصوب کمیته اورژانس، در بخش‌های بالینی*	بررسی مستند و مصاحبه
۲	ارائه خدمات شبانه روزی اورژانس توسط واحد تصویر برداری بر اساس مصوب کمیته اورژانس، در بخش‌های بالینی	بررسی مستند و مصاحبه
۳	ارائه خدمات شبانه روزی اورژانس توسط سایر واحدهای تشخیصی بر اساس مصوب کمیته اورژانس، در بخش‌های بالینی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات		*موضوع این سنجه در بخش اورژانس نیست (بخش‌های بستری غیر از بخش اورژانس)
هدایت کننده		مسئول فنی آزمایشگاه و مسئول تصویر برداری

ب ۲ ۱۰	اقدامات نجات دهنده حیات بیماران، برنامه‌ریزی شده و به موقع اجرا می‌شود.
دست‌آورد استاندارد	
- یکپارچه سازی روش ها و اقدامات نجات دهنده فوری در سطح بیمارستان - کسب اطمینان از امکانات و تجهیزات لازم برای اقدامات نجات دهنده فوری بیماران	

سنجه ۱. دستورالعمل "احیای قلبی ریوی" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	تدوین دستورالعمل*	مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط**	مستند
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	مصاحبه
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات		*دستورالعمل شامل احیای قلبی ریوی پایه و پیشرفته (بزرگسال، اطفال و نوزادان)، برنامه کد احیا، شرح وظایف تیم احیا و نحوه تکمیل فرم ثبت گزارش و نظارت بر عملیات احیا **مستند سازی فرآیند و پایش احیای قلبی ریوی بر اساس دستورالعمل مرتبط ابلاغی شماره ۴۰۰/۷۰۹۱ مورخ ۹۴/۳/۳۰
هدایت کننده		معاون درمان، مسئول فنی، رئیس بخش اورژانس، سرپرستار اورژانس



سنجه ۲. لیست گروه احیاء به صورت ماهیانه، در همه شیفت‌ها و بخش‌ها/واحدها وجود دارد و در صورت اعلام کد احیاء بلافاصله تیم حاضر می‌شود.	
سطح سنجه	☒ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تنظیم برنامه و فهرست اعضای گروه احیاء در همه شیفت‌ها*
۲	ابلاغ ماهیانه و نصب برنامه در تابلوی اعلانات
۳	شروع اولین اقدام حیاتی در زمان کمتر از یک دقیقه از زمان اعلام کد احیا
توضیحات	
*تغییرات برنامه باید به موقع در برنامه کد احیا اعمال گردد.	
هدایت کننده	
معاون درمان، مسئول فنی	

سنجه ۳. در هر بخش، پرستار مسئول در هر شیفت کاری از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس در تمام اوقات شبانه روز در بخش‌ها، اطمینان حاصل می‌نماید.	
سطح سنجه	☒ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	نصب آخرین ویرایش دستورالعمل *استاندارد دارویی بخش اورژانس در یکی از طرفین ترالی احیا
۲	مشخص بودن فرد مسئول کنترل ترالی اورژانس در هر شیفت با ثبت آن
۳	کنترل ترالی اورژانس در ابتدای هر شیفت کاری از نظر آماده، کامل و به روز بودن مطابق دستورالعمل*
۴	جایگزینی اقلام دارویی و مصرفی استفاده شده بعد از هر بار استفاده از ترالی
توضیحات	
*دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت به شماره ۴۰۱/۶۰۸۲/د مورخ ۹۲/۵/۱۵ با موضوع آیین نامه استاندارد دارویی بخش اورژانس	
هدایت کننده	
معاون درمان، مسئول فنی	

سنجه ۴. ترالی اورژانس در دسترس کارکنان بخش‌های تشخیصی و درمانی می‌باشد به نحوی که در زمان کمتر از یک دقیقه امکان استفاده از محتویات آن برای احیاگران فراهم می‌باشد.	
سطح سنجه	☒ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تعیین تعداد و محل قرارگیری ترالی احیا، به گونه ای که دسترسی و استفاده از آن در زمان کمتر از یک دقیقه امکان پذیر باشد.*
توضیحات	
*بخش‌های درمانی و تشخیصی بایستی واجد ترالی اورژانس باشد. در بخش‌های پاراکلینیک مجاور استفاده به صورت مشترک قابل قبول است.	
هدایت کننده	
معاون درمان، مسئول فنی	

سنجه ۵. ترالی اورژانس مطابق آخرین آیین نامه ابلاغی وزارت بهداشت، حاوی تجهیزات و لوازم به صورت آماده استفاده در تمام اوقات است.	
سطح سنجه	☒ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	ترالی اورژانس مطابق آخرین آیین نامه ابلاغی وزارت بهداشت، حاوی تجهیزات و لوازم به صورت آماده استفاده*
توضیحات	
*به غیر از بخش اورژانس در سایر بخش‌ها تعداد داروهای موجود در ترالی می‌تواند بر اساس مصوبه کمیته دارو، درمان و تجهیزات تغییر پیدا کند که نصب فهرست پیشنهادی به جای آخرین ویرایش دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس در یکی از طرفین ترالی احیا الزامی می‌باشد ولی ترتیب چیدمان دارو ها نباید تغییر پیدا کند. در بخش NICU و بخش زایمان ترالی اورژانس و احیاء نوزاد مطابق با برنامه ابلاغی و بسته خدمتی احیا می‌باشد ابلاغیه شماره ۲۱۱۲۱۲ مورخ ۸۹/۶/۷	
هدایت کننده	
مدیریت پرستاری، سرپرستاران	



سنجه ۶. داروهای نجات بخش ترالی اورژانس در تمام ساعات شبانه روز تامین می‌شود.	
سطح سنجه	☒ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مشاهده	۱ در دسترس بودن داروهای نجات بخش در تمام ساعات شبانه روز
بررسی مستند و مصاحبه	۲ وجود امکان جایگزینی اقلام دارویی و مصرفی استفاده شده بعد از هر بار استفاده از ترالی
هدایت کننده مدیزیت پرستاری، سرپرستاران	