



بیمارستان تخصصی شهدای پاکدشت

واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت



برنامه عملیاتی واحد ایمنی بیمار

کد: MG - S1G301

تعداد صفحات: ۳

مسئول پایش: رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: اول

شماره و تاریخ بازنگری: اول ۹۵

تاریخ ابلاغ: بهمن ماه ۹۵

| هدف استراتژیک: | | | | | ارتقا سطح ایمنی بیمار | | | | | |
|----------------|--|------------------------|-----------|------------|--|---------------|---------------------|-------------|-------------|---------------|
| هدف کلی: | | | | | پیاده سازی و اجرای استانداردهای خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد (دامنه C) | | | | | |
| هدف اختصاصی: | | | | | پیاده سازی و اجرای استانداردهای الزامی دامنه C به میزان ۱۰۰٪ تا پایان سال ۹۵ | | | | | |
| شاخص: | | | | | درصد استانداردهای الزامی اجرا شده دامنه C | | | | | |
| ردیف | فعالیت | مسئول پیگیری و اجرا | زمان شروع | زمان پایان | پایش (ابزار و زمان) | بودجه و منابع | میزان پیشرفت برنامه | | | |
| | | | | | | | سه ماهه اول | سه ماهه دوم | سه ماهه سوم | سه ماهه چهارم |
| ۱ | ایجاد یک کانال ارتباطی ازاد (C.۱,۱,۱) | ریاست - مهندس ازاد نیا | ۸/۱ | ۹/۱ | مشاهده کانال ارتباطی ازاد | ۵۰۰۰۰۰۰ ریال | | | | |
| ۲ | تدوین خط مشی و روش اجرایی و فرایند panicvalues (C.۱,۱,۱) | تیم ایمنی بیمار | ۸/۱ | ۹/۱ | خط مشی و روش اجرایی تهیه شده | ۴۰۰۰۰۰۰ ریال | | | | |
| ۳ | برگزاری منظم کمیته پیشگیری و کنترل عفونت (C.۲,۱,۱) | مسئول کنترل عفونت | ۶/۱ | ۷/۱ | مستندات جلسات کمیته | | | | | |
| ۴ | اجرای اقدامات تصویب شده در جلسات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت (C.۲,۱,۱) | تیم ایمنی بیمار | ۶/۱ | ۷/۱ | تهیه لیست اقدامات انجام شده | | | | | |



بیمارستان تخصصی شهدای پاکدشت

واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت



برنامه عملیاتی واحد ایمنی بیمار

کد: MG - S1G301

تعداد صفحات: ۳

مسئول پایش: رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: اول

شماره و تاریخ بازنگری: اول ۹۵

تاریخ ابلاغ: بهمن ماه ۹۵

| | | | | | | | | | | |
|------------------|--|-------------|--|---------------------------------|-----|---------------|--|---|----|--|
| | | | | خط مشی و روش اجرائی تهیه شده | ۷/۱ | ۶/۱ | مسئول کنترل عفونت | (C.۲,۱,۲) خط مشی و روش اجرای ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات | ۵ | |
| | | | | خط مشی و فرایند تهیه شده | | | مسئول آزمایشگاه دکتر بهائی | (C.۳,۱,۱) نظارت مستمر بر سیستم همو ویژولانس | ۶ | |
| | | | | مستندات | | | دکتر بهائی | (C.۳,۱,۱) خط مشی و فرایند سیستم همو ویژولانس | ۷ | |
| | | | | چک لیست های تهیه شده | | | دکتر بهائی | (C.۳,۱,۱) تدوین خط مشی مرتبط با عوارض حذف و فرایندهای خونی | ۸ | |
| | | | | مشاهده | | | دکتر بهائی | (C.۳,۱,۱) نظارت بر اجرای خط مشی و روش اجرائی نحوه برخورد با حوادث مرتبط با خون و فراورده های خونی | ۹ | |
| | | | | خط مشی تهیه شده | | | مسئول آموزش | (C.۳,۱,۱) تهیه لیست داروهای پرخطر و قرار دادن در بخش ها | ۱۰ | |
| | | | | مشاهده | | | تیم ایمنی بیمار | (C.۳,۱,۱) تدوین خط مشی داروهای پرخطر | ۱۱ | |
| درصد شاخص | | | | | | | عنوان شاخص: درصد استانداردهای الزامی اجرا شده دامنه C | | | |
| سه ماهه اول | | سه ماهه دوم | | سه ماهه سوم | | سه ماهه چهارم | | تعداد استانداردهای الزامی اجرا شده دامنه C | | |



بیمارستان تخصصی شهدای پاکدشت

واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت



کد: MG - S1G301

تعداد صفحات: ۳

مسئول پایش: رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: اول

شماره و تاریخ بازنگری: اول ۹۵

تاریخ ابلاغ: بهمن ماه ۹۵

برنامه عملیاتی واحد ایمنی بیمار

کل استانداردهای الزامی دامنه C

مسئول واحد: