

امتیاز				سنجه های اعتبار بخشی آزمایشگاه	سنجه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰	برنامه استراتژیک	۱
				نسخه ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش	۱-۱
				رسالت بیمارستان در این بخش	۲-۱
				رسالت با خط خوانا از فاصله ۲ متری (قاب یا لمینیت شده)	۱-۲-۱
				نصب در مجاورت تابلو اعلانات	۲-۲-۱
				اطلاع پرسنل	۳-۱
				اطلاع تمامی کارکنان از رسالت بیمارستان	۱-۳-۱
				اطلاع تمامی کارکنان از برنامه عملیاتی این بخش در راستای اهداف استراتژیک	۲-۳-۱
				اطلاع آموزش دهنده و آموزش گیرنده از طرف دانشگاه	۳-۳-۱
				رئیس بخش	۲
				حکم رئیس بخش از جانب رییس بیمارستان یا پست متناظر	۱-۱-۲
				دارا بودن مدرک مرتبط (۶ نمره)	۲-۱-۲
				سوپروایزر	۳
				حکم سوپروایزر از طرف رئیس بیمارستان یا پست متناظر	۱-۱-۳
				مدرک کارشناس آزمایشگاه با حداقل ۲ سال (۵ امتیاز) و یا کاردان با حداقل ۳ سال (۳ امتیاز)	۲-۱-۳
				پرونده پرسنلی	۴
				پرونده پرسنلی در دسترس رئیس بخش	۱-۱-۴
				حفظ محرمانه بودن و امنیت اطلاعات پرونده پرسنلی	۲-۱-۴
				حاوی تمام موارد استاندارد	۳-۱-۴

امتیاز				مستندات	سنجه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰	لیست کارکنان	۵
				دسترسی شبانه روزی به لیست کارکنان با جزئیات تماس (محرمانه)	۱-۵
				لیست نوبت کاری نصب شده	۲-۵
				حداکثر ۱۲ ساعت شیفت برای هر پرسنل	۳-۵
				لیست پزشکان آنکال بصورت ماهانه	۴-۵
				لیست گروه احیاء بصورت ماهانه	۵-۵
				برنامه ریزی جهت فراخوان پرسنل در موارد اورژانس	۶-۵
				محاسبه و چینش کارکنان متناسب با تعداد بیماران و حجم کار	۷-۵
				مستندات بررسی حجم کار و محاسبه نیروی مورد نیاز	۱-۷-۵
				مستندات دال بر چینش نیرو بر طبق محاسبات	۲-۷-۵
				دوره توجیهی بدو ورود	۶
				کتابچه توجیهی در این بخش (شامل معرفی کلی بیمارستان و نکات اختصاصی این بخش)	۱-۱-۶
				دسترسی پرسنل به کتابچه	۲-۱-۶
				اطلاع کارکنان جدید الورود از محتویات کتابچه	۳-۱-۶
				اطلاع آموزش دهنده و گیرنده از محتویات کتابچه	۴-۱-۶
				آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان	۷
				آزمون اولیه	۱-۷
				لیست اقدامات جهت توانمندسازی کارکنان	۱-۱-۷
				مستندات طراحی و برگزاری آزمون اولیه	۲-۱-۷

امتیاز				مستندات	سند
غ.ق.ا.	۲	۱	۰		
				مستندات برگزاری آزمون دوره ای سالانه با توجه به PDP	۲-۷
				اقدامات اصلاحی جهت رفع نارسائی ها	۳-۷
				اولویت بندی نارسائی ها بر اساس نتایج آزمون اولیه	۱-۳-۷
				اولویت بندی نارسائی ها بر اساس نتایج آزمون دوره ای	۲-۳-۷
				اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج آزمون اولیه	۳-۳-۷
				اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج آزمون دوره ای	۴-۳-۷
				اثر بخشی اقدامات اصلاحی	۴-۷
				تعیین شاخص در دو سطح (نتایج پیش آزمون و پس آزمون- شاخص های اصلی این بخش)	۱-۴-۷
				بررسی اثر بخشی اقدامات اصلاحی	۲-۴-۷
				آموزش و توانمندسازی کارکنان	۸
				ارائه گزارش ارزیابی سالانه نیازسنجی آموزشی به واحد بهبود کیفیت	۱-۸
				مستندات نیازسنجی آموزشی و ارائه به واحد بهبود کیفیت	۱-۱-۸
				تدوین برنامه توسعه فردی بر اساس نیازسنجی	۲-۱-۸
				مستندات گذراندن دوره های آموزشی سالانه بر اساس برنامه توسعه فردی	۲-۸
				شرکت سالانه در بازآموزی مدون و غیر مدون مرتبط	۳-۸
				گذراندن دوره های مدون (سالانه)	۱-۳-۸
				گذراندن دوره های غیر مدون (سالانه)	۲-۳-۸
				گذراندن آموزش CPR (سالانه)	۴-۸

امتیاز				مستندات	سند
غ.ق.ا.	۲	۱	۰		
				گذراندن آموزش تشخیص ارزش ها و عقاید گیرندگان خدمت (سالانه)	۵-۸
				گذراندن آموزش ارتقای مهارت های رفتاری و ارتباطی (سالانه)	۶-۸
				آموزش کارکنان در زمینه ایمنی - کنترل عفونت (سالانه)	۷-۸
				آموزش سالانه ایمنی بیمار	۱-۷-۸
				آموزش سالانه کنترل عفونت	۲-۷-۸
				آموزش سالانه بهداشت محیط	۳-۷-۸
				آموزش سالانه ایمنی و سلامت شخصی	۴-۷-۸
				آموزش سالانه آتش نشانی	۵-۷-۸
				آموزش سالانه مدیریت خطر	۶-۷-۸
				آموزش سالانه مدیریت بحران	۷-۷-۸
				تمرین سالانه آتش نشانی	۸-۸
				کتابچه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط	۹
				وجود کتابچه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط در این بخش	۱-۹
				در دسترس بودن کتابچه ایمنی	۱-۱-۹
				شامل اطلاعات عمومی استاندارد	۲-۱-۹
				شامل اطلاعات اختصاصی استاندارد	۳-۱-۹
				بروشور جدیدترین نکات و روش های ایمنی عملکرد و سلامت شغلی ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۲-۹

امتیاز				مستندات	سند
غ.ق.ا.	۲	۱	۰	مدارک و سوابق	۱۰
				وجود و دسترسی به کلیه مستندات	۱-۱۰
				محتویات کتابچه خط مشی ها و روش ها	۲-۱۰
				۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل رعایت حقوق گیرندگان خدمت	۱-۲-۱۰
				بر طرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (زبان- معلولیت جسمانی)	۲-۲-۱۰
				۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل مستندات ارائه خدمات شبانه روزی در تمام ایام هفته	۳-۲-۱۰
				مراحل قبل از انجام آزمایش	۴-۲-۱۰
				۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل دستورالعمل پذیرش و نمونه گیری	۱-۴-۲-۱۰
				۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل دستورالعمل انجام آزمایش ها	۲-۴-۲-۱۰
				۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل دستورالعمل استفاده از موارد نگهدارنده مناسب جهت آزمایش	۳-۴-۲-۱۰
				۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل معیارهای رد یا قبول نمونه	۴-۴-۲-۱۰
				۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل فهرست آزمایشهای ارجاعی	۵-۴-۲-۱۰
				۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل فهرست آزمایشهای قابل انجام در آزمایشگاه	۶-۴-۲-۱۰
				۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل قراردادهای خدماتی آزمایشگاه	۷-۴-۲-۱۰
				۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل مدیریت نمونه های آزمایش	۸-۴-۲-۱۰
				۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل موارد انجام اتویسی	۹-۴-۲-۱۰
				۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل دستورالعمل نحوه محاسبه نتایج در روشهای	۱۰-۴-۲-۱۰
				۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل چگونگی ثبت درخواستهای شفاهی (تلفنی ، قطع کامپیوتر...)	۱۱-۴-۲-۱۰

امتیاز				مستندات	سئمه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰	مراحل قبل از انبام آزمایش	۴-۲-۱۰
				چگونگی جمع آوری نمونه از کلینیک خصوصی یا مطب پزشکان ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۱۲-۴-۲-۱۰
				مراحل انبام آزمایش	۵-۲-۱۰
				دستورالعمل انجام آزمایش ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۱-۵-۲-۱۰
				پارامترهای عملکردی مانند حساسیت ، اختصاصیت و عوامل مداخله گر ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۲-۵-۲-۱۰
				نحوه پاسخ دهی در موارد بحران ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۳-۵-۲-۱۰
				چگونگی اجرای دستورالعمل کنترل کیفی داخلی ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۴-۵-۲-۱۰
				برنامه منظم و مدون کنترل کیفی داخلی در تمام بخش ها و شیفت ها ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۵-۵-۲-۱۰
				چگونگی آلودگی زدایی سریع محل آلوده ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۶-۵-۲-۱۰
				مراحل پس از انبام آزمایش	۶-۲-۱۰
				محدوده مرجع مشخص ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۱-۶-۲-۱۰
				محدوده قابل گزارش ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۲-۶-۲-۱۰
				مقادیر بحرانی ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۳-۶-۲-۱۰
				زمان بندی و نحوه گزارش دهی نتایج بحرانی ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۴-۶-۲-۱۰
				چگونگی تفسیر نتایج در صورت لزوم ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۵-۶-۲-۱۰
				سیاست آزمایشگاه در برخورد با نتایج غیرطبیعی ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۶-۶-۲-۱۰

امتیاز				مستندات	سند
غ.ق.ا.	۲	۱	۰		
				مستندات تجهیزات آزمایشگاه بر اساس مصوبات آزمایشگاه مرجع سلامت	۷-۲-۱۰
				۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	
				شناسایی بیمار حداقل با دو شناسه اختصاصی انجام می شود	۸-۲-۱۰
				۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	
				مستندات (سوابق)	۱۱
				ثبت مشخصات بیمار و نمونه و زمان تحویل	۱-۱-۱۱
				ثبت آزمایش های درخواستی و نتایج آنها	۲-۱-۱۱
				مستندات بررسی نتایج توسط مسئول فنی	۳-۱-۱۱
				مستندات ارزیابی اولیه نمونه های دریافتی	۴-۱-۱۱
				ثبت تمامی سوابق کنترل کیفی	۵-۱-۱۱
				ثبت نتایج نگهداری و کالیبراسیون تجهیزات مطابق دستورالعمل تجهیزات	۶-۱-۱۱
				ثبت موارد عدم انطباق در صورت نمونه گیری در بخش	۷-۱-۱۱
				ثبت شرح مختصر یا تشخیص اولیه بیماری در فرم درخواست آزمایشات	۸-۱-۱۱
				برچسب مناسب بر روی نمونه شامل دو شناسه اختصاصی - تاریخ و زمان نمونه گیری و ...	۲-۱۱
				خدمات پشتیبانی بخش های پاراکلینیکی	۱۲
				خط مشی بیمارستان جهت ارائه خدمات شبانه روزی آزمایشگاه	۱-۱۲
				۱. خط مشی ۲. افراد دخیل ۳. آگاهی ۴. عمل	
				فهرست آزمایشهای اورژانس (بومی شده توسط کمیته تعیین تکلیف اورژانس بیمارستان)	۲-۱۲
				امکان انجام آزمایشهای اورژانسی مطابق لیست بیمارستان	۳-۱۲

امتیاز				مستندات	سند
غ.ق.ا.	۲	۱	۰		
				نظارت و پایش منظم از رعایت زمان آزمایشهای اورژانس ۱. خط مشی ۲. افراد دخیل ۳. آگاهی ۴. عمل	۴-۱۲
				خط مشی بازنگری منظم موارد بحرانی ۱. خط مشی ۲. افراد دخیل ۳. آگاهی ۴. عمل	۵-۱۲
				کنترل نتایج حاصل از انجام یک آزمایش مشخص توسط پرسنل مختلف	۶-۱۲
				خط مشی اعلام نتایج تستهای معوقه بعد از ترخیص بیماران ۱. خط مشی ۲. افراد دخیل ۳. آگاهی ۴. عمل	۷-۱۲
				ترالی اورژانس	۱۳
				در دسترس بودن ترالی اورژانس و داشتن تجهیزات لازم	۱-۱۳
				در دسترس بودن ترالی اورژانس در کمتر از یک دقیقه	۱-۱-۱۳
				حاوی تمام تجهیزات لازم	۲-۱-۱۳
				پرستار مسئول از آماده، کامل و به روز بودن ترالی اورژانس اطمینان حاصل می نماید	۲-۱۳
				چک لیست کنترل ترالی اورژانس مطابق با بخشنامه وزارت بهداشت	۱-۲-۱۳
				خط مشی بیمارستان جهت اطمینان از کامل، به روز و آماده بودن داروها در تمام شبانه روز ۳. افراد دخیل ۴. آگاهی ۵. عمل	۲-۲-۱۳
				آماده بودن دفیبریلاتور در تمام اوقات	۳-۱۳
				امکانات	۱۴
				خط مشی بیمارستان جهت استفاده از پریزهای یو پی اس و مشخص بودن پریزها ۱. خط مشی ۲. افراد دخیل ۳. آگاهی ۴. عمل	۱-۱۴

امتیاز				مستندات	سلبه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰		
				محل نگهداری کیت و فرآورده های تشخیصی	۲-۱۴
				اتاق استریلیزاسیون	۳-۱۴
				امکانات شستشوی دست	۴-۱۴
				وجود چک لیست شستشوی دست	۱-۴-۱۴
				ارزیابی و فراهم کردن امکانات شستشوی دست بر اساس چک لیست	۲-۴-۱۴
				رعایت بهداشت دست مطابق بخشنامه	۳-۴-۱۴
				اتاق شستشو	۵-۱۴
				خط مشی بیمارستان به منظور سهولت دسترسی به آزمایشگاه ۱. خط مشی ۲. افراد دخیل ۳. آگاهی ۴. عمل	۶-۱۴
				کارکنان امکانات و تجهیزات مناسب برای دست یابی به اهداف مراقبتی و ایمنی را در اختیار دارند	۷-۱۴
				مشخص نمودن تمامی فرآیندها جهت دسترسی به اهداف مراقبتی و ایمنی	۱-۷-۱۴
				چک لیست تجهیزات لازم جهت فرآیندها	۲-۷-۱۴
				تکمیل چک لیست فوق کنترل	۳-۷-۱۴
				وجود تجهیزات و امکانات طبق چک لیست	۴-۷-۱۴
				بازنگری سالانه چک لیست فوق	۵-۷-۱۴
				تجهیزات	۱۵
				سینک دستشویی	۱-۱-۱۵
				دوش اضطراری و چشم شوی	۲-۱-۱۵

امتیاز				مستندات	سئمه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰	تجهيزات	۱۵
				کنترل کیفی آب مقطر	۳-۱-۱۵
				نگهداری مناسب مایعات قابل اشتعال و شیمیایی	۴-۱-۱۵
				وجود و کنترل کیفی اتوکلاو	۵-۱-۱۵
				هود کلاس ۲	۶-۱-۱۵
				قابل شستشو بودن کف و سطوح	۲-۱۵
				برنامه زمان بندی شده جهت کنترل و نگهداری تجهیزات	۳-۱۵
				تخصیص مناسب فضا و تهویه کافی	۴-۱۵
				ایمنی فیزیکی	۱۶
				خط مشی بیمارستان جهت فراخوان نگهبان با استفاده از زنگ خطر ۱. خط مشی ۲. افراد دخیل ۳. آگاهی ۴. عمل	۱-۱۶
				وجود زنگ خطر در تمام اتاقها	۲-۱۶
				در دسترس بودن نگهبان ظرف کمتر از ۳ دقیقه	۳-۱۶
				گذراندن دوره های آموزشی و دفاع شخصی و یا حداقل دو سال سابقه کار نگهبان	۴-۱۶
				فضای فیزیکی مجزا، مشخص و بدون گذر سایر بخش ها از آزمایشگاه	۵-۱۶
				بهبود کیفیت	۱۷
				بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مربوط به این بخش	۱-۱۷
				هماهنگی برنامه بهبود کیفیت آزمایشگاه با بیمارستان	۲-۱۷
				برنامه بهبود کیفیت شامل موضوعات بالینی و مدیریتی	۳-۱۷

امتیاز				مستندات	سلبه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰		
				شاخص عملکردی اختصاصی، واقع بینانه، قابل اندازه گیری و دارای زمان بندی جهت برنامه بهبود کیفیت	۴-۱۷
				مستندات پایش اجرای برنامه بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی	۵-۱۷
				جمع آوری و تحلیل داده ها	۱۸
				تعیین شاخص در ابعاد مختلف کیفیت (اثربخشی- ایمنی و رضایتمندی)	۱-۱-۱۸
				جمع آوری و رایانه ای شدن داده ها	۲-۱-۱۸
				علت منطقی جمع آوری هر داده	۲-۱۸
				چک لیست ممیزی داخلی جهت شناخت نقاط قوت و ضعف	۳-۱۸
				برنامه مدون و حداقل سالانه جهت ممیزی داخلی	۱-۴-۱۸
				انجام ممیزی بر اساس برنامه فوق	۲-۴-۱۸
				وجود گزارش تحلیلی ممیزی داخلی	۱-۵-۱۸
				برنامه مداخله ای مبتنی بر گزارش فوق	۲-۵-۱۸
				پیگیری و اجرای چارچوب زمانی و برنامه مداخله ای تعیین شده توسط بیمارستان	۳-۵-۱۸
				اطلاع رسانی به مدیران در خصوص نتایج تحلیل ها	۶-۱۸