

سنجه های اعتبار بخشی طب انتقال خون

امتیاز				مستندات	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 رسالت 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
				مدیر اجرایی	۳
				حکم مدیر اجرایی از طرف رئیس بیمارستان یا پست متناظر	۱-۱-۳
				مدرک (کارشناس ارشد: ۲ کارشناس: ۱/۵ کاردان: ۰/۵) سابقه (۲-۱ سال: ۰/۵ ۳-۲ سال: ۱ بیش از ۳ سال: ۱/۵)	۲-۱-۳
				پرونده پرسنلی	۴
				پرونده پرسنلی در دسترس رئیس بخش	۱-۱-۴
				اصل محرمانه بودن و امنیت اطلاعات پرونده پرسنلی رعایت	۲-۱-۴

امتیاز				مستندات	سنگه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰		
				حاوی تمام موارد استاندارد	۳-۱-۴
				لیست کارکنان	۵
				دسترسی شبانه روزی به لیست کارکنان با جزئیات تماس (محرمانه)	۱-۵
				لیست نوبت کاری پرسنل موجود و 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	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

امتیاز				مستندات	سنجه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰	آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان	۷
				آزمون اولیه	۱-۷
				برنامه ریزی آزمون اولیه	۱-۱-۷
				مستندات طراحی و برگزاری آزمون اولیه	۲-۱-۷
				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 آزمون اولیه	۱-۳-۷
				اولویت بندی نارسائی ها بر اساس آزمون دوره ای	۲-۳-۷
				اقدامات اصلاحی بر اساس آزمون اولیه	۳-۳-۷
				اقدامات اصلاحی بر اساس 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 نیاز سنجی آموزشی و ارائه به واحد بهبود کیفیت	۱-۱-۸
				تدوین برنامه توسعه فردی بر اساس نیاز سنجی	۲-۱-۸
				مستندات گذراندن دوره های آموزشی سالانه بر اساس برنامه توسعه فردی	۲-۸

امتیاز				مستندات	سنگه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰	شرکت سالانه در باز آموزشی 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
				گذراندن آموزش تشخیص ارزش ها و عقاید رعایت حقوق 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
				گذراندن آموزش سالانه ایمنی بیمار	۱-۷-۸
				گذراندن آموزش سالانه کنترل عفونت	۲-۷-۸
				گذراندن آموزش سالانه بهداشت محیط	۳-۷-۸
				گذراندن آموزش سالانه ایمنی و سلامت شخصی	۴-۷-۸
				گذراندن آموزش سالانه آتش نشانی	۵-۷-۸
				گذراندن آموزش سالانه مدیریت خطر	۶-۷-۸
				گذراندن آموزش سالانه مدیریت بحران	۷-۷-۸
				گذراندن تمرین سالانه آتش نشانی	۸-۸
				کتابچه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت ممیبا	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

امتیاز				مستندات	سنجه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰		
				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
				مدارک و سوابق	۱۰
				کلیه مستندات موجود و در دسترس	۱-۱۰
				محتویات کتابچه خط مشی ها و روش ها	۲-۱۰
				خط مشی رعایت حقوق گیرندگان خدمت ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۱-۲-۱۰
				خط مشی بر طرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (زبان- معلولیت جسمانی) ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۲-۲-۱۰
				خط مشی ارائه خدمات شبانه روزی در تمام ایام هفته ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۳-۲-۱۰
				خط مشی چگونگی گندزدایی سریع محل دارای احتمال آلودگی ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۴-۲-۱۰
				خط مشی تهیه خون و فرآورده ها طبق درخواست پزشک ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۵-۲-۱۰
				روش انجام آزمایشهای بخش بانک خون استاندارد ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۶-۲-۱۰

امتیاز				مستندات	سنجه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰		
				خط مشی موارد مصرف خون و فرآورده های خونی در تمام بخش های مصرف کننده ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۷-۲-۱۰
				راهنماهای بالینی معتبر در زمینه خون و فرآورده های ایمن ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۸-۲-۱۰
				خط مشی تزریق ایمن خون و فرآورده های خونی ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۹-۲-۱۰
				خط مشی ذخیره ایمن خون و فرآورده های خونی ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۱۰-۲-۱۰
				خط مشی تعیین و پیگیری گیرندگان دارای آنتی بادی که شامل مشاوره اختصاصی می باشند ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۱۱-۲-۱۰
				خط مشی ایمنی کارکنان درمقابل ارگانسم های پاتوژنتیک ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۱۲-۲-۱۰
				خط مشی دفع مناسب خون و محصولات خونی ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۱۳-۲-۱۰
				خط مشی پاسخ دهی موارد اورژانس و بحران ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۱۴-۲-۱۰
				خط مشی بیمارستان درخصوص کد احیاء ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۱۵-۲-۱۰

امتیاز				مستندات	سنجه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰		
				خط مشی حمل و نقل خون و فرآورده ها در داخل و خارج بیمارستان ۱.افراددخیل ۲.آگاهی ۳.عمل	۱۶-۲-۱۰
				خط مشی چگونگی گندزدایی سریع محل دارای احتمال آلودگی ۱ افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۱۷-۲-۱۰
				خط مشی شناسایی بیمار با دو شناسه اختصاصی ۱. افراد دخیل ۲. آگاهی ۳. عمل	۱۸-۲-۱۰
				امکانات و ملزومات	۱۱
				وجود مشخصات استاندارد در بر چسب فرآورده ها	۱-۱۱
				مستندات در خواست خون و فرآورده ها براساس بررسی آمار شش ماه گذشته و مطابق با خدمات بیمارستان	۲-۱۱
				مستندات آماده سازی خون و فرآورده ها در تمام ساعات شبانه روز	۳-۱۱
				فرآیند مستند جهت بررسی تاریخ انقضا خون و فرآورده ها	۴-۱۱
				خط مشی بررسی تاریخ انقضا خون و فرآورده ها و استفاده از خون با تاریخ انقضا نزدیک تر ۱.خط مشی ۲. افراد دخیل ۳. آگاهی ۴. عمل	۵-۱۱
				ثبات اتوماتیک درجه حرارت یخچال ها	۶-۱۱
				کنترل روزانه دماها	۷-۱۱
				دستورالعمل مکتوب جهت پیگیری وضعیت در نوسان درجه حرارت	۸-۱۱
				نصب دستورالعمل فوق نزدیک یخچال یا فریزر	۹-۱۱
				ذخیره مناسب خون در یخچال مخصوص بانک خون	۱۰-۱۱

امتیاز				مستندات	سنجه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰		
				نگهداری مناسب پلاکت	۱۱-۱۱
				ذخیره مناسب ffp و کرایو	۱۲-۱۱
				خط مشی جهت ثبت و گزارش دهی و واکنشهای ناخواسته انتقال خون ۱.خط مشی ۲. افراد دخیل ۳. آگاهی ۴. عمل	۱۳-۱۱
				خط مشی بیمارستان جهت انجام تمام مراحل انتقال خون توسط ۲ پرسنل تعلیم دیده (ومستندات انجام در این بخش نیز وجود دارد) ۱.خط مشی ۲. افراد دخیل ۳. آگاهی ۴. عمل	۱۴-۱۱
				کارت یا گواهینامه معتبر سازمان انتقال خون جهت فرد مسئول حمل و نقل خون	۱۵-۱۱
				بارکد جهت چسباندن در پرونده بیمار پس از تزریق ، روی کیسه ها	۱۶-۱۱
				تکمیل فرم استاندارد درخواست خون	۱۷-۱۱
				تکمیل فرم استاندارد پایش دریافت کننده	۱۸-۱۱
				امکانات جهت تأمین ایمنی بیمار و کارکنان	۱۹-۱۱
				مشخص کردن فرآیندهای بالینی و غیر بالینی جهت دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و ایمنی بیماران و کارکنان	۱-۱۹-۱۱
				وجود چک لیست تجهیزات و امکانات جهت انجام فرآیندهای فوق	۲-۱۹-۱۱
				کنترل امکانات و تجهیزات بر اساس چک لیست	۳-۱۹-۱۱
				وجود تجهیزات و امکانات بر اساس چک لیست	۴-۱۹-۱۱
				بازنگری سالانه فرآیندها و چک لیست مربوطه	۵-۱۹-۱۱

امتیاز				مستندات	سنجه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰		
				خط مشی حفظ زنجیره سرما در تمام مراحل حمل و نقل ۱. خط مشی ۲. افراد دخیل ۳. آگاهی ۴. عمل	۲۰-۱۱
				ذوب پلاσμα مطابق دستورالعمل سازمان انتقال خون	۲۱-۱۱
				Sop کنترل آلارم موجود است و بررسی و ثبت به صورت هفتگی	۲۲-۱۱
				سوابق انجام آزمایشها گروه خونی کراس میچ و اسکریننگ مطابق دستورالعمل سازمان	۱۲
				بهبود کیفیت	۱۳
				بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان مربوط به این بخش	۱-۱۳
				هماهنگی برنامه بهبود کیفیت آزمایشگاه با بیمارستان	۲-۱۳
				برنامه بهبود کیفیت، شامل موضوعات بالینی و مدیریتی	۳-۱۳
				برنامه بهبود کیفیت، دارای شاخص عملکرد اختصاصی، قابل اندازه گیری، واقع بینانه و دارای زمان بندی	۴-۱۳
				مستندات پایش اجرای برنامه بهبود کیفیت و ملاحظات اصلاحی	۵-۱۳
				جمع آوری و تحلیل داده ها	۱۴
				تعیین شاخص در ابعاد مختلف کیفیت (اثر بخشی- ایمنی - رضایتمندی و)	۱-۱-۱۴
				جمع آوری و رایانه ای شدن داده ها	۲-۱-۱۴
				علت منطقی جمع آوری داده ها شرح داده شده	۲-۱۴
				چک لیست ممیزی داخلی جهت شناخت نقاط قوت و ضعف	۳-۱۴
				برنامه مدون و حداقل سالانه جهت ممیزی داخلی	۱-۴-۱۴
				انجام ممیزی بر اساس برنامه فوق	۲-۴-۱۴

امتیاز				مستندات	سنگه
غ.ق.ا.	۲	۱	۰		
				وجود گزارش تحلیلی ممیزی داخلی	۱-۵-۱۴
				برنامه مداخله ای مبنی بر گزارش فوق	۲-۵-۱۴
				پیگیری و اجرای برنامه مداخله ای و چارچوب زمانی تعیین شده توسط بیمارستان	۳-۵-۱۴
				اطلاع رسانی به مدیران در خصوص نتایج تحلیل ها	۶-۱۴
				مستندات ارسال تحلیل نتایج ممیزی خارجی سازمان انتقال خون و اجرای برنامه مداخله ای مناسب به سازمان	۷-۱۴
				هموویژیلانس (سیستم مراقبت از بانک خون)	۱۵
				اجرای طرح هموویژیلانس در بیمارستان	۱-۱۵
				مستندات گواهینامه مسئول هموویژیلانس بیمارستان	۲-۱۵
				استفاده و تکمیل فرم استاندارد درخواست خون و فرآورده ها	۱-۳-۱۵
				استفاده و تکمیل فرم استاندارد نظارت بر تزریق خون و فرآورده ها	۲-۳-۱۵
				استفاده و تکمیل فرم استاندارد درخواست پلاکت	۱-۴-۱۵
				استفاده و تکمیل فرم استاندارد نظارت بر تزریق پلاکت	۲-۴-۱۵
				استفاده و تکمیل فرم استاندارد در خواست اورژانس خون	۵-۱۵
				خط مشی گزارش عوارض ناخواسته تزریق خون و تکمیل فرم مربوطه و ارسال ظرف ۴۸ ساعت ۱. خط مشی ۲. افراد دخیل ۳. آگاهی ۴. عمل	۶-۱۵
				مستندات نتایج حاصل از اقدامات اصلاحی توصیه شده توسط دفتر هموویژیلانس انتقال خون	۷-۱۵
				گواهی پزشکان هموویژیلانس	۸-۱۵
				گواهی پرستاران هموویژیلانس	۹-۱۵

