



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز-مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز-مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		G هدف کلان :		مدیریت بهینه منابع انسانی							کد شناسه: RH-QML-FO-03-06			
		Sاستراتژی :		نهادینه کردن مدیریت علمی منابع انسانی و فیزیکی در بیمارستان							تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵			
		O هدف اختصاصی :		افزایش رضایت مندی پرسنل از ۶۰ درصد به ۶۲ درصد تا پایان سال ۱۴۰۳							تاریخ بازنگری : ۱۴۰۲/۱۲/۱۵			
		هدف عملیاتی :		افزایش میزان رضایت پرسنل از ۶۰ به ۶۲ تا پایان سال ۱۴۰۳							تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۲/۱۲/۱۵			
		شاخص برنامه :		میزان رضایت پرسنل										
ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	تامین ایاب و ذهاب	مدیر پشتیبانی(خانم علیمردانی)	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۵	100	100		
۲	بهبود وضعیت تغذیه	مسئول تغذیه(خانم ضیایی)	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۵	50	100		
۳	رایزنی با مراکز ورزشی و شهرداری جهت افزایش تسهیلات رفاهی	مدیر پشتیبانی(خانم علیمردانی)	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰	50	100		
۴	رایزنی با بانک‌های خصوصی و دولتی در راستای ارائه تسهیلات به کارکنان	تیم اجرایی	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۱۰	70	100		
۵	برگزاری مراسم ها و مناسبت ها	روابط عمومی(خانم مرادی)	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۵	100	100		
۶	برگزاری جلسات پرسش و پاسخ تیم اجرایی با پرسنل مرکز	روابط عمومی(خانم مرادی)	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰	50	50		
۷	برگزاری کمیته پیشنهادات	تیم اجرایی	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۵	20	30		

۸	انتخاب کارمند و پرستار نمونه	مدیر پرستاری-مدیر منابع انسانی	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰	50	100		
۹	تشویق پرسنل بر حسب رضایت بیماران و رضایت مسئول	کمیته منابع انسانی	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰	100	100		
۱۰	رایزنی با خیرین در راستای راه اندازی مهد کودک	مدیر مرکز(آقای نصیری)	رئیس مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۱۰	0	0		
۱۱	تدوین دستورالعمل تشویق و تنبیه	دفتر بهبود کیفیت	رئیس مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹					۱۰	100	-		
	رسیدگی به تخلفات پرسنلی در کمیته اخلاق	دفتر بهبود کیفیت	رئیس مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹					۱۰	100	100		
	میانگین												۸۰	۶۵

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۱				
ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول		۶۵		تشویق پرسنل در فضای مجازی پس از تأیید کمیته منابع انسانی برگزاری مناسبات و تقدیر از پرسنل
سه ماهه دوم		۸۰		
سه ماهه سوم				
سه ماهه چهارم				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه : RH-QML-FO-03-05				دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی						G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی						S استراتژی :				
تاریخ بازنگری : 1403/02/24				ارتقا امتیاز محور مدیریت دارویی از ۶۹ به ۸۰ تا پایان سال 1403						O هدف اختصاصی :				
تاریخ ابلاغ : 1403/02/24				کاهش میزان داروهای مرجوعی به میزان ۲ درصد نسبت به سال گذشته						هدف عملیاتی :				
				میزان داروهای مرجوعی						شاخص برنامه :				
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
	۱۰	۱۰		۱۰	دستورالعمل ابلاغ شده	*	*		۱۴۰۳/۰۱/۲۷	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	بهبود کیفیت	ناظر دارویی	ابلاغ دستورالعمل مرجوعی داروها به بخش ها و منشی ها	۱
	۱۰	۱۰		۱۰	فلوچارت ابلاغ شده	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	ناظر دارویی	بازنگری و ابلاغ فلوچارت مرجوعی بخش ها	۲
	۱۰	۱۰		۱۰	چک لیست ارزیابی		*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	ناظر دارویی	ارزیابی و ممیزی بخش ها و نظارت بر نحوه ی مرجوع نمودن داروها در سیستم HIS	۳
	۱۰	۱۰		۱۰	حضور بموقع پزشکان در ویزیت		*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	رئیس مرکز معاون درمان	ابلاغ فرایند مرجوعی دارویی و ضرورت نقش پزشکان بر بالین بیمار و تجویز داروهای مورد نیاز بیمار	۵
	۱۰	۱۰		۱۰	ساعت مشخص	*			۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	دفتر پرستاری سوپروایزر داروخانه	تعیین ساعات مشخصی جهت تحویل دارو به بخش ها در راستای کاهش درصد مرجوعی ها	۶

۷	تصحیح موجودی کاذب در سیستم HIS توسط داروخانه	سوپروایزر داروخانه مسئول انبار داروخانه	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*			نرم افزار داروخانه	۱۰	۱۰	
۸	اجرای طرح اتواستاپ مصرف داروهای پرهزینه و آنتی بیوتیک های استراتژیک	ناظر دارویی فناوری اطلاعات معاون درمان	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*			ملزومات سیستمیک و آموزش های لازم	۱۵	۱۵	
۹	ارزیابی سه ماهه میانگین درصد مرجوعی داروهای درخواستی	ناظر دارویی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*			میانگین درصد مرجوعی داروهای درخواستی	۱۵	۱۵	
	میانگین									۱۰۰	۱۰۰	

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول		۱۰۰		
سه ماهه دوم		۱۰۰		
سه ماهه سوم				
سه ماهه چهارم				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		G هدف کلان :		دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی						کد شناسه: RH-QML-FO-03-06				
		S استراتژی :		نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی						تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵				
		O هدف اختصاصی :		ارتقا امتیاز محور مدیریت دارویی						تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴				
		هدف عملیاتی :		کسب امتیاز کامل از استانداردهای محور دارو و درمان در طی خودارزیابی						تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴				
		شاخص برنامه :		درصد امتیاز کسب شده در طی خودارزیابی										
ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	تشکیل جلسه کارگروه تلفیق دارویی	متخصص داروسازی بالینی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	هر شش ماه		*		جلسه	۱۰	۱۰			
۲	انتخاب بخش داخلی به عنوان پایلوت انجام تلفیق دارویی	متخصص داروسازی بالینی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹		*	*	بخش داخلی	۱۰	۱۰			
۳	انتخاب بیمار براساس سن،نوع بیماری،تعداد و نوع دارو	متخصص داروسازی بالینی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹		*	*	بیمار انتخاب شده	۱۵	15	15		
۴	ابلاغ انجام خدمت تلفیق دارویی توسط سوپروایزر کنترل عفونت به بخش ها جهت آگاهی و همکاری	سوپروایزر کنترل عفونت	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹		*	*	مکاتبه	۱۵	15	15		
۵	انجام تلفیق دارویی بیماران بستری	متخصص داروسازی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹		*	*	بررسی سیستمیک مشاوره بیمار،	۱۰	10	10		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

G هدف کلان :

دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی

S استراتژی :

نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی

O هدف اختصاصی :

ارتقا امتیاز محور مدیریت دارویی

هدف عملیاتی :

افزایش میزان آگاهی پرسنل از فرآیندهای جاری داروخانه

شاخص برنامه :

مجموع امتیازات کسب شده

کد شناسه : RH-QML-FO-03-06

تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۰۲/۲۴

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۰۲/۲۴

ردیف

نام فعالیت

مسئول اجرا

مسئول پایش

زمان شروع

زمان پایان

منابع مورد نیاز

شاخص ارزیابی

سهم هر فعالیت از
برنامه

میزان پیشرفت برنامه

سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم	سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
						مالی	انسانی	فیزیکی						
				۲۰	کتابچه پرسنل جدیدالورود	*	*		۱۴۰۳/۹/۳۰	۱۴۰۳/۴/۱	بهبود کیفیت	مسئول فنی	تدوین کتابچه جدیدالورود: - فرایند مرجوعی دارو	۱
				۲۰	میزان آگاهی پرسنل	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	مسئول فنی	نیاز سنجی آموزشی	۲
				۲۰	جدول زمان بندی	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	مسئول فنی	تدوین برنامه ی آموزشی داروخانه	۳
				۲۰	برگزاری دوره های آموزشی	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	مسئول فنی	برگزاری دوره های آموزشی بر طبق برنامه ی آموزش	۴
				۲۰	سوالات طراحی شده	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	مسئول فنی	ارزیابی ۳ ماهه ی پرسنل داروخانه از نظر میزان آگاهی	۵
													میانگین	

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول				
سه ماهه دوم				
سه ماهه سوم				
سه ماهه چهارم				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

G هدف کلان :

دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی

S استراتژی :

نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی

O هدف اختصاصی :

ارتقا امتیاز محور مدیریت دارویی

هدف عملیاتی :

افزایش میزان آگاهی پرسنل از فرآیندهای جاری داروخانه

شاخص برنامه :

مجموع امتیازات کسب شده

کد شناسه : RH-QML-FO-03-06

تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۰۲/۲۴

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۰۲/۲۴

ردیف

نام فعالیت

مسئول اجرا

مسئول پایش

زمان شروع

زمان پایان

منابع مورد نیاز

شاخص ارزیابی

سهم هر فعالیت از
برنامه

میزان پیشرفت برنامه

سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم	سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
						مالی	انسانی	فیزیکی						
				۲۰	کتابچه پرسنل جدیدالورود	*	*		۱۴۰۳/۹/۳۰	۱۴۰۳/۴/۱	بهبود کیفیت	مسئول فنی	تدوین کتابچه جدیدالورود: - فرایند مرجوعی دارو	۱
				۲۰	میزان آگاهی پرسنل	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	مسئول فنی	نیاز سنجی آموزشی	۲
				۲۰	جدول زمان بندی	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	مسئول فنی	تدوین برنامه ی آموزشی داروخانه	۳
				۲۰	برگزاری دوره های آموزشی	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	مسئول فنی	برگزاری دوره های آموزشی بر طبق برنامه ی آموزش	۴
				۲۰	سوالات طراحی شده	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	مسئول فنی	ارزیابی ۳ ماهه ی پرسنل داروخانه از نظر میزان آگاهی	۵
													میانگین	

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول				
سه ماهه دوم				
سه ماهه سوم				
سه ماهه چهارم				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه :- RH-QML-FO-03-05				دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی					G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت			
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی					S استراتژی :					
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۰۲/۲۴				ارتقا امتیاز محور مدیریت دارویی					O هدف اختصاصی :					
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۰۲/۲۴				تامین داروهای خارج از فارماکوپه					هدف عملیاتی :					
				تعداد داروهای تامین شده خارج از فارماکوپه					شاخص برنامه :					
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
	۱۵	۱۵		۱۵	لیست فارماکوپه	*			۱۴۰۳/۰۶/۳۰	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	ناظر دارویی	ابلاغ لیست فارماکوپه بازنگری شده سال ۱۴۰۳ به کلیه ی بخش ها و پزشکان بیمارستان	۱
	۱۵	۱۵		۱۵	ابلاغ فرم	*	*		۱۴۰۳/۱/۵	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	ناظر دارویی	ابلاغ فرایند تامین دارو خارج از فارماکوپه بیمارستان به کلیه ی بخش ها	۲
	۱۵	۱۵		۱۵	فرم تکمیل شده	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	پرستار	تکمیل فرم خارج از فارماکوپه	۳
	۱۵	۱۵		۱۵	تایید فرم	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	رئیس مرکز، پزشک بیمار، ناظر دارویی	تایید فرم خارج از فارماکوپه	۴
	۱۰	۱۰		۱۰	ارائه فرم تکمیل شده	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	منشی بخش	ارائه فرم خارج از فارماکوپه به داروخانه	۵

۶	تهیه دارو طی مدت ۴۸ تا ۷۲ ساعت	مسئول سفارش دارویی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹		*	*	دارو تهیه شده	۱۵	۱۵	۱۵	
۷	بایگانی فرم خارج از فارماکوپه	مسئول فنی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹		*		ایجاد بایگانی	۱۵	۱۵	۱۵	
	میانگین												
پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳													
ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه		تجزیه و تحلیل		راهکارهای اصلاحی							
سه ماهه اول		۱۰۰											
سه ماهه دوم		۱۰۰											
سه ماهه سوم													
سه ماهه چهارم													



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه: RH-QML-FO-03-05				دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی					G هدف کلان:		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت			
تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی					S استراتژی:					
تاریخ بازنگری: 1403/02/24				ارتقا امتیاز محور مدیریت دارویی از ۶۱ به ۸۰ تا پایان سال ۱۴۰۳					O هدف اختصاصی:					
تاریخ ابلاغ: 1403/02/24				کسب امتیاز کامل مدیریت دارویی در طی فرایند خودارزیابی					هدف عملیاتی:					
				میزان امتیاز کسب شده در طی خودارزیابی					شاخص برنامه:					
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
۱۰	۱۰	۱۰		۱۰	لیست داروهای حیاتی و ضروری	*	*		1403/۱۲/۲۹	1403/۰۱/۰۱	بهبود کیفیت	مسئول فنی	بازنگری لیست داروهای استراتژیک بیمارستان	۱
۱۰	۱۰	۱۰		۱۰	وجود آمار مصرفی دارو	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	انباردار داروخانه	تعیین نقطه ی سفارش داروهای استراتژیک	۲
۱۰	۱۰	۱۰		۱۰	وجود آمار	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	انباردار داروخانه	اعلام میزان سفارش دارویی در نقطه ی سفارش دارو	۳
۱۰	۱۰	۱۰		۱۰	وجود آمار		*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	مسئول سفارش داروی	سفارش داروهای استراتژیک بر اساس لیست انباردار به شرکت های دارویی	۴
۱۰	۱۰	۱۰		۱۰	وجود آمار، گزارش	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	مسئول سفارش داروی	اعلام کسری در صورت عدم تهیه ی دارو به هر دلیل به ناظر دارویی بیمارستان	۵

												بیمارستان		
۶	بررسی علت کسری دارویی	ناظر دارویی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*				بررسی موجودی شرکت های دارویی	۱۵	۱۵	
۷	انجام اقدامات و مکاتبات لازم جهت تهیه دارو	ناظر دارویی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*				مکاتبه و پیگیری	۱۵	۱۵	
۸	اعلام کسری دارو در صورت عدم تهیه دارو به معاون درمان مرکز	ناظر دارویی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*				مکاتبه	۱۰	۱۰	
۹	اعلام جایگزین دارو	معاون درمان	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹		*				نامه ی ادراى	۱۰	۱۰	
	میانگین												۱۰۰	۱۰۰
پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳														
ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه			تجزیه و تحلیل			راهکارهای اصلاحی						
سه ماهه اول														
سه ماهه دوم	۱۴۰۳/۰۶/۱۷	گزارش کسری دیپیریدامول به معاونت غذا و دارو												
سه ماهه سوم														
سه ماهه چهارم														



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه: RH-QML-FO-03-05				تقویت اخلاق حرفه ای ، سلامت اداری و صیانت از حقوق مردم					G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت			
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی					S استراتژی :					
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۰۱/۱۵				افزایش درصد رعایت استانداردهای اخلاق حرفه‌ای					O هدف اختصاصی :					
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۰۱/۱۵				افزایش درصد رعایت استانداردهای اخلاق حرفه ای					هدف عملیاتی :					
				درصد رعایت استانداردهای اخلاق حرفه ای					شاخص برنامه :					
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
			۱۰۰	۵	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	مدیر پرستاری	تعیین رابط اخلاق در بخش	۱
			۱۰۰	۵	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	رابط اخلاق	تدوین و انجام برنامه آموزشی اخلاق حرفه ای	۲
			۹۰	۵	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	رابط اخلاق	اطلاع رسانی کلیه دستورالعمل های مرتبط با اخلاق	۳
			۱۰۰	۵	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	رابط اخلاق	تهیه شعار اخلاق حرفه ای مرتبط با مرکز بصورت ماهیانه یا فصلی	۴
			۱۰۰	۵	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	رابط اخلاق	تشویق پرسنل با بیشترین میزان رعایت اصول اخلاقی	۵
			۱۰۰	۵	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	رابط اخلاق	ارزیابی اخلاق حرفه ی بر اساس چک لیست هر سه ماه	۶
			۱۰۰	۵	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	رابط اخلاق	تهیه وتدوین CPC براساس چالش های ایجاد شده	۷
			۱۰۰	۵	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	رابط اخلاق	ایجاد نگرش مثبت در پرسنل جهت رعایت بیشتر موارد اخلاق	۸

۹	برگزاری کمیته اخلاق پزشکی و اخلاق حرفه ای	رابط اخلاق	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰	۱۰۰
۱۰	برنامه ریزی آموزشی بر اساس نتایج ارزیابی ها برای اعتلای اخلاق حرفه ای	رابط اخلاق	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰	۸۰
۱۱	برگزاری دوره آموزشی در خصوص نحوه اطلاع رسانی اخبار ناگوار	تیم اجرایی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰	
۱۲	ساخت پوویون به تفکیک جنسیت	تیم اجرایی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰	
۱۳	تامین نیروی کمک بهیار و خدمات	تیم اجرایی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰	
۱۴	نظارت بر اجرای طرح انطباق	تیم اجرایی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰	
	میانگین										



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

G هدف کلان :

دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی

استراتژی :

نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی

O هدف اختصاصی :

ارتقا امتیاز محور مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه‌ای ۵۹,۱۶ به ۷۰ تا پایان سال ۱۴۰۳

هدف عملیاتی :

کسب امتیاز خودارزیابی کامل محور مدیت منابع انسانی

شاخص برنامه :

میزان امتیاز کسب شده

ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	به روز بودن آمار پرسنلی	مسئول کارگزینی	مدیر مرکز	۱۴۰۲/۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۱۰				
۲	صدور به موقع احکام پرسنلی	مسئول کارگزینی	مدیر مرکز	۱۴۰۲/۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۱۰				
۳	توزیع نیروی انسانی بین واحد بر اساس توانمندی و علائق کارکنان براساس درخواست مسئولین و کارکنان و تصمیم گیری در کمیته منابع انسانی	مسئول کارگزینی	مدیر مرکز	۱۴۰۲/۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۱۰				
۴	انتخاب کارمند نمونه بر اساس رضایت از عملکرد	مسئول کارگزینی	مدیر مرکز	۱۴۰۲/۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۱۰				
۵	معرفی و تقدیر و تشکر از پرسنل نمونه در پایان هر فصل	مسئول کارگزینی	مدیر مرکز	۱۴۰۲/۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۱۰				
۶	برگزاری کلاس آموزشی طبقه بندی مشاغل	مسئول کارگزینی	مدیر مرکز	۱۴۰۲/۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۱۰				

کد شناسه :- RH-QML-FO-03-07

تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۰۱/۲۳

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۰۱/۲۴

۷	برگزاری کلاس آموزشی ارزشیابی کارکنان	مسئول کارگزینی	مدیر مرکز	۱۴۰۲/۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۵				
۸	برگزاری کلاس آموزشی مدیریت دانش	مسئول کارگزینی	مدیر مرکز	۱۴۰۲/۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۵				
۹	آموزش و انتقال تجربه توسط استاد	مسئول کارگزینی	مدیر مرکز	۱۴۰۲/۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۵				
۱۰	اعلام مانده مرخصی کلیه پرسنل	مسئول کارگزینی	مدیر مرکز	۱۴۰۲/۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۵				
۱۱	ارزشیابی کارکنان در سال ۱۴۰۳	مسئول کارگزینی	مدیر مرکز	۱۴۰۲/۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۵				
۱۲	تهیه لیست حقوق - اضافه کار - هزینه مهدکودک ، لباس پرسنل، عیدی ، سنوات	مسئول کارگزینی	مدیر مرکز	۱۴۰۲/۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۵				
۱۳	تهیه صورتجلسات ارتقاء رتبه و طبقه کلیه پرسنل	مسئول کارگزینی	مدیر مرکز	۱۴۰۲/۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۱۰				
۱۴	ثبت کلیه اطلاعات پرسنل در سامانه آواب	مسئول کارگزینی	مدیر مرکز	۱۴۰۲/۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹									
۱۵	انجام عملکرد پزشکان بصورت ماهانه	مسئول کارگزینی	مدیر مرکز	۱۴۰۲/۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹									
	میانگین													

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۲

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول				
سه ماهه دوم				

				سه ماهه سوم
				سه ماهه چهارم

70% 70% 70% 70%	G هدف کلان :		دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی												
	S استراتژی :		نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی												
	O هدف اختصاصی :		ارتقا امتیاز محور رهبری و مدیریت از ۶۴ به ۷۵ امتیاز تا پایان سال 1403												
	هدف عملیاتی :		جذب حمایت خیرین و معتمدین با استفاده از ظرفیت خیریه مرکز												
	شاخص برنامه :		میزان حمایت خیرین												
ردیف	نام فعالیت		مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
							مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	شناسایی معتمدین و خیرین محله به صورت مستمر		مهندس وحید نصیری (مدیر) و خیریه مرکز	دکتر طاهره صاقي (رئیس مرکز)	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	*	تعداد خیرین شناسایی شده	۳۰٪	60%			
۲	برگزاری جلسات با خیرین و اعلام نیازهای اساسی بیمارستان به صورت مستمر		مهندس وحید نصیری (مدیر) و خیریه مرکز	دکتر طاهره صاقي (رئیس مرکز)	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	*	جلسات تشکیل شده	۲۰٪	60%			
۳	جذب حمایت خیرین و نهادهای حمایتی جهت هزینه های درمان بیماران و خرید تجهیزات بیمارستان		مهندس وحید نصیری (مدیر)	دکتر طاهره صاقي	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	*	میزان حمایت	۳۰٪	60%			

کد شناسه: RH-QML-FO-03-08

تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۲/۱۲/۲۴

											(رئیس مرکز)	و خیریه مرکز		
			۰	۲۰٪	تقدیرنامه	*	*	*	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	دکتر طاهره صافی (رئیس مرکز)	مهندس وحید نصیری (مدیر و خیریه مرکز)	تقدیر از خیرین و دعوت از آنان در مراسم های خاص مرکز	۴
			۴۵٪	۱۰۰٪									میانگین	
پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳														
اهداف و اقدامات					تجزیه و تحلیل					گزارش پایش سه ماهه			تاریخ	ردیف
راهکارهای اصلاحی										با توجه به تغییر ریاست و مدیریت مرکز جلسات جدیدی با خیرین برگزار نگردیده است			۱۴۰۳/۰۳/۳۱	سه ماهه اول
														سه ماهه دوم
														سه ماهه سوم
														سه ماهه چهارم

کد شناسه :- RH-QML-FO-03-08				دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی						G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی						S استراتژی :				
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۲/۱۲/۱۵				ارتقا امتیاز محور حمایت از گیرنده خدمت از ۶۷ به ۸۰ تا پایان سال ۱۴۰۳						O هدف اختصاصی :				
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۲/۱۲/۲۴				افزایش درصد رعایت استانداردهای حقوق گیرنده خدمت از ۶۷ به ۸۰ تا پایان سال ۱۴۰۳						هدف عملیاتی :				
				میانگین درصد رعایت حقوق گیرنده						شاخص برنامه :				
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
			٪۸۰	٪۴۰	مشاهده برنامه مدیریت بیماران		*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	بهبود کیفیت	مددکار اجتماعی مسئول ارتقاء سلامت	استفاده از ظرفیت برنامه مدیریت بیماران جهت اطلاع رسانی مبانی منشور حقوق بیمار ،نکته های اخلاقی و حرفه ای جهت افزایش آگاهی کارکنان و رعایت منشور حقوق بیمار	۱
			٪۷۰	٪۳۰	وجود فرهنگ سازمانی / بررسی رضایتمندی بیماران		*	*	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	بهبود کیفیت	مددکار اجتماعی مسئول روابط عمومی مسئول ارتقاء سلامت	تلاش جهت نهادینه کردن فرهنگ سازمانی پاسخگویی، راهنمایی و کمک به بیماران در بین کارکنان بیمارستان	۲

۳	استفاده از ظرفیت های موجود نظیر واحد روابط عمومی، همکاران انتظامات و پذیرش جهت افزایش آگاهی بیماران در مورد فرایندهای اصلی مرکز و ارائه راهنمایی مناسب به مراجعین	مددکار اجتماعی، همکاران مربوطه	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	آگاهی از فرایندها	۱۵٪	۷۰٪			
۴	اجرای فرآیند جبران خسارت به بیماران و کارکنان مرکز به منظور رعایت حقوق آنها	مددکار اجتماعی، مسئول ایمنی، مسئول شکایات	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	میزان جبران خسارت	۱۵٪	۷۰٪			
	میانگین								۱۰۰٪	۷۳٪			

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۲

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول		در خصوص بند یک، منشور حقوق بیمار اطلاع رسانی می گردد. علاوه بر این در راستای آموزش کارکنان، مطالب آموزشی ایمنی بیمار و اطلاع رسانی در خصوص برگزاری دوره های آموزشی توسط سوپروایزر آموزش و ایمنی بیمار، نکات اخلاقی، شعارهای اخلاق حرفه ای، شعارهای فصلی ایمنی بیمار نیز به صورت متناوب در برنامه مدیریت بیماران به همراه تصاویر زیبای طبیعت به نمایش گذاشته می شود.		

		در خصوص بند ۴ در موارد نیدل استیک شدن کارکنان مرکز، خسارتهای مالی وارده به بیماران بستری ناشی از عدم انجام اقدام مورد نظر در روزهای مورد نظر و اضافه شدن هزینه تخت به بیمار در قالب تخفیفات مددکاری اعمال میگردد تا رضایت بیماران جلب گردد.		
				سه ماهه دوم
				سه ماهه سوم
				سه ماهه چهارم

کد شناسه : RH-QML-FO-03-08				دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی						G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی						S استراتژی :				
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۲/۱۲/۱۵				ارتقا امتیاز محور رهبری و مدیریت از ۶۴ به ۷۵ امتیاز تا پایان سال 1403						O هدف اختصاصی :				
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۲/۱۲/۲۴				ثابت نگه داشتن شاخص تخفیف به درآمد (≥ 1 درصد) تا پایان سال 1403						هدف عملیاتی :				
				میزان تخفیف ارائه شده به بیماران نیازمند بر اساس فرمول: <u>تخفیف در بازه زمانی مشخص * ۱۰۰</u> درآمد بیمارستان در همان بازه زمانی						شاخص برنامه :				
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
			۸۰٪	۳۰٪	میزان تخفیف بیماران فاقد بیمه		*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	بهبود کیفیت	مددکار اجتماعی	تکمیل فرایند راهنمایی بیماران فاقد بیمه توسط منشی و اقدام لازم در این زمینه (رفع موانع اخذ بیمه با ارجاع درون و برون سازمانی / انجام مکاتبات لازم)	۱
			۸۰٪	۲۰٪	تعداد بیماران ساماندهی شده		*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	بهبود کیفیت	مددکار اجتماعی، همکار بخش	شناسایی به موقع منابع حمایتی (خانواده، دوستان و...) جهت بیماران نیازمند و فاقد همراه مؤثر	۲
			۷۰٪	۲۰٪	میزان مساعدت های دریافتی		*	*	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	بهبود کیفیت	مددکار اجتماعی	استفاده از ظرفیت حمایتی مراکز خیریه و خیرین، جهت اخذ مساعدت مالی برای بیماران نیازمند	۳

			٪۶۰	٪۲۰	میزان مساعدت های دریافتی		*	*	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	بهبود کیفیت	مددکار اجتماعی، همکار بخش، همکار صندوق	شناسایی بیماران اتباع فاقد بیمه و پیگیری از بخش بابت ارجاع به صندوق جهت پرداخت مبالغ علی الحساب قبل از انجام اقدامات خاص و پرهزینه مانند عمل قلب باز، آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی، پلاسما فریز و نیز پرداخت علی الحساب در طول بستری	۴
			٪۷۰	٪۵	تعداد موارد		*	*	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	بهبود کیفیت	مددکار اجتماعی، همکار صندوق	تقسیم هزینه های درمان بالا به منظور ارائه فرصت به بیمار جهت تسویه حساب	۵
			٪۷۰	٪۰	تعداد موارد		*	*	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	بهبود کیفیت	مددکار اجتماعی کارشناس بیمه سلامت	بیمه نمودن بیماران ایرانی مجهول الهویه و فاقد کد ملی (صورت داشتن ظرفیت و موافقت از طرف بهزیستی استان)	۶
			٪۷۱	٪۱۰۰									میانگین	

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۲

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	۱۴۰۳/۰۳/۳۱	در مورد بند ۴ در مورد برخی بیماران اتباع اورژانسی سکتته های قلبی و مغزی همراهان در بدو بستری هزینه برای پرداخت علی الحساب ندارند و در طول بستری نیز جهت پرداخت مبالغ علی الحساب همکاری نمی نمایند.		

		در مورد بند ۶ موارد بستری مجهول الهویه هوشیار اگر باشد ابتدا تلاش می شود با مکاتبه با ثبت احوال کد ملی اخذ و بیمه سلامت فعال شود در غیر اینصورت بیمه مجهول اخذ می شود.		
				سه ماهه دوم
				سه ماهه سوم
				سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

G هدف کلان :

دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی

S استراتژی :

نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی

O هدف اختصاصی :

ارتقا امتیاز محور پیشگیری و کنترل عفونت از ۸۱ به ۸۵ تا پایان سال ۱۴۰۳

هدف عملیاتی :

بازسازی واحد CSR

شاخص برنامه :

میزان پیشرفت پروژه

کد شناسه :- RH-QML-FO-03-06				دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی				G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت				
تاریخ تهیه : ۱۴۰۲/۰۹/۱۵				نهادهینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی								Sاستراتژی :		
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۰۱/۱۵				ارتقا امتیاز محور پیشگیری و کنترل عفونت از ۸۱ به ۸۵ تا پایان سال ۱۴۰۳								O هدف اختصاصی :		
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۰۱/۲۴				بازسازی واحد CSR								هدف عملیاتی :		
				میزان پیشرفت پروژه								شاخص برنامه :		
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
				۲۰	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۲/۱	مدیر مرکز	مسئول تاسیسات	تعیین نقشه بازسازی	۱
				۲۰	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۲/۱	رئیس مرکز	کمیته ایمنی	استخراج استانداردهای CSR	۲
				۲۰	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۲/۱	رئیس مرکز	کمیته ایمنی	جداسازی فضاها مطابق استاندارد	۳
				۲۰	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۲/۱	مدیر مرکز	مسئول تاسیسات	ساخت بخش واشینگ مرکزی	۴
				۲۰	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۲/۱	رئیس مرکز	کمیته ایمنی	تعیین پروتکل های جدید	۵
												میانگین		
پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳														
راهکارهای اصلاحی				تجزیه و تحلیل				گزارش پایش سه ماهه				تاریخ	ردیف	
								پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه اول و کسب امتیاز ۱۰٪/آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.				۱۴۰۳/۳/۳۰	سه ماهه اول	

		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز /%آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	۱۴۰۳/۶/۳۰	سه ماهه دوم
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز /%آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	۱۴۰۳/۹/۳۰	سه ماهه سوم
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز /%آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	۱۴۰۳/۱۲/۲۸	سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز-مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

هدف کلان:	دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی	کد شناسه RH-QML-FO-03-06 :
استراتژی:	نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی	تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵
هدف اختصاصی:	ارتقا امتیاز محور مدیریت خطر حوادث و بلایا ۷,۱۱ تا پایان سال ۱۴۰۴	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۲/۱۲/۱۵
هدف عملیاتی:	استقرار کامل سنجه های محور مدیریت خطر حوادث و بلایا تا پایان سال ۱۴۰۴	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۲/۱۲/۱۵
شاخص برنامه:	درصد امتیاز کسب شده از خودارزیابی انجام شده در هر فصل	

ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	بررسی آمادگی بیمارستان در سه حیطه سازه ای، غیر سازه ای و عملکردی در حوادث و بلایا با تکیه بر کتاب ارزیابی خطر مصوب EOC	تیم بحران	مدیر مرکز	۰۳/۳/۱	۰۳/۳/۳۱					۵	۰	10		
۲	برآورد و پیگیری نیازهای بیمارستان جهت ارتقا مقاوم سازی در مقابل حوادث و بلایا در سه حیطه (سازه ای، غیر سازه ای و عملکردی) بر اساس کتاب ارزیابی خطر و ارائه گزارش فوق به مدیران ارشد	دبیر بحران	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹					۵	۰	10		
۳	انعقاد تفاهم نامه با مختلف	دبیر بحران	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹					۵	۰	10		

		10	۰	۵					۰۳/۱۲/۲۹	۰۳/۱/۱۵	مدیر مرکز	تیم بحران	انجام بازدید های مدیریتی از کلیه واحدهای بیمارستان (درمانی و غیر درمانی) با تکیه بر آمادگی واحد ها (سازه ای، غیر سازه ای و عملکردی) در مقابله با حوادث و بلایا	۴
		20	۰	۵					۰۳/۱۲/۲۹	۰۳/۱/۱۵	مدیر مرکز	دبیر بحران	ارائه نتایج بازدید های انجام شده در زمینه بحران به مدیران ارشد بیمارستان	۵
		40	۰	۵					۰۳/۱۲/۲۹	۰۳/۱/۱۵	مدیر مرکز	دبیر بحران	برگزاری جلسات با تیم بحران و آموزش و تعیین شرح وظایف و مسئولیت ها در زمان بحران	۶
		30	۰	۵					۰۳/۳/۳۱	۰۳/۳/۱	مدیر مرکز	کمیته بحران	شناسایی عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی	۷
		0	۰	۵					۰۳/۳/۳۱	۰۳/۳/۱	بهبود کیفیت	دبیر بحران	تدوین برنامه عملیاتی در خصوص عوامل داخلی و خارجی	۸
		0	۰	۵					۰۳/۱۲/۲۹	۰۳/۱/۱۵	مدیر مرکز	مسئول تاسیسات	استانداردسازی و نظارت بر نگهداشت و عملکرد ایمن آسانسورهای مرکز	۹
		50	۰	۵					۰۳/۳/۳۱	۰۳/۳/۱	بهبود کیفیت	دفتر بهبود کیفیت	بازنگری و ابلاغ دستورالعمل ها، روش های اجرایی و خط مشی های بحران به کلیه واحدهای بیمارستان	۱۰
		20	۰	۵					۰۳/۸/۳۱	۰۳/۴/۱	مدیر مرکز	تیم بحران	برگزاری مانورهای اطفاء حریق، زلزله، فراخوان نیروی اضطراری	۱۱

													جهت توانمندی کلیه پرسنل	
۱۲	برآورد ظرفیت بخش ها و واحد های بیمارستان از نظر افزایش تعداد تخت ها در زمان بحران	تیم بحران	مدیر مرکز	۰۳/۳/۱	۰۳/۳/۳۱				۵	۰	20			
۱۳	برآورد فضاهای بیمارستان و معرفی و مشخص نمودن فضای امن بیمارستان جهت زمانهای بحران	تیم بحران	مدیر مرکز	۰۳/۳/۱	۰۳/۳/۳۱				۵	۰	10			
۱۴	بررسی ذخایر گازهای پزشکی	تیم بحران	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				۳	۰	0			
۱۵	بررسی سیستم ارتباطی جایگزین	تیم بحران	مدیر مرکز	۰۳/۳/۱	۰۳/۳/۳۱				۲	۰	0			
۱۶	بررسی سیستم روشنایی مناطق اصلی بیمارستان و ژنراتورهای موجود	تیم بحران	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				۵	۰	0			
۱۷	بررسی کارکرد روزانه ژنراتورها و UPS	تاسیسات	دبیر بحران	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				۵	۰	0			
۱۸	نظارت بر عملکرد تجهیزات زیربنایی مرکز	تاسیسات	مدیر	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				۵	۰	0			
۱۹	برنامه ریزی جهت مشخص نمودن راههای خروجی واحد ها	تیم بحران	مدیر مرکز	۰۳/۳/۱	۰۳/۳/۳۱				۳	۰	0			
۲۰	بررسی ذخیره سوخت و انرژی	تیم بحران	مدیر مرکز	۰۳/۳/۱	۰۳/۳/۳۱				۲	۰	0			
۲۱	شرح وظایف اعضای تیم بحران ومسئولیت هر کدام از افراد در زمان بحران جهت کلیه پرسنل	تیم بحران	مدیر مرکز	۰۳/۳/۱	۰۳/۳/۳۱				۵	۰	20			

۲۲	برگزاری کلاس های آموزشی در زمینه مدیریت بحران ،سطوح آمادگی در مقابل بحران و	تیم بحران	مدیر مرکز	۰۳/۱۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				۵	۰	0	
	میانگین	۱۱,۳۶										
ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل		راهکارهای اصلاحی							
سه ماهه اول		درصد استانداردهای اعتبار بخشی اجرا گردیده است			در خصوص تدوین برنامه عملیاتی زیج چارت بحران اقدام گردد برگزاری دوره های آموزش اطفاء حریق و زلزله راه های خروج اضطراری عایق برق							
سه ماهه دوم												
سه ماهه سوم												
سه ماهه چهارم												



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه: RH-QML-FO-03-05		دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی				G هدف :		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت						
تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵		نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی				S استراتژی :								
تاریخ بازنگری: ۹۹/۱۲/۱۰		ارتقا امتیاز محور فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت از ۶۵/۱۲ به ۸۰ تا پایان سال ۱۴۰۳				O هدف اختصاصی :								
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۲/۱۲/۲۰		میانگین مدت زمان انتظار بیماران الکتیو برحسب کل داده ها، محاسبه واریانس، انحراف معیار در هر ماه				برنامه عملیاتی :								
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۲۱		مدت زمان انتظار بیماران الکتیو برحسب کل داده ها، محاسبه واریانس، انحراف معیار در هر ماه				شاخص ارزیابی :								
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
					جلسه تشکیل شده		*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	مسئول فناوری اطلاعات سلامت	برگزاری جلسه با معاون درمان در راستای نوبت دهی بیماران الکتیو	۱
					ممیزی پرونده ها	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	متصدی پذیرش	ممیزی پرونده های الکتیو و تهیه گزارشات تکمیلی از مدت زمان پذیرش بیماران الکتیو	۲
					جلسه تشکیل شده		*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	مسئول فناوری اطلاعات سلامت	برگزاری جلسه با مسئول بخش آنژیوگرافی و سایر بخش های مرتبط در زمینه الویت بندی و نوبت دهی و رفع موانع تخصیص تخت خالی در بخش های مربوطه در راستای کاهش زمان تشکیل پرونده و افزایش سطح رضایتمندی مراجعین	۳
				۲۰٪	الویت بندی و نوبت دهی بیماران		*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	سوپروایزرین متصدی پذیرش	الویت بندی و نوبت دهی بیماران در راستای کاهش زمان تشکیل پرونده و افزایش سطح رضایتمندی مراجعین	۴

۵	اصلاح و نصب فلوجارت های الکتیو و بستری در فضای پذیرش اورژانس				متصدی پذیرش بهبود کیفیت	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹		*	*	فلوجارت نصب شده	۲۰٪				
	میانگین																
پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳																	
ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل			راهکارهای اصلاحی											
سه ماهه اول																	
سه ماهه دوم																	
سه ماهه سوم																	
سه ماهه سوم																	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

G هدف کلان:

دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی

S استراتژی:

نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی

O هدف اختصاصی:

ارتقا امتیاز محور فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت از ۶۵/۱۲ به ۸۰ تا پایان سال ۱۴۰۳

برنامه عملیاتی:

افزایش میزان ثبت دقیق داده های بیماران بستری و کارت تحت نظر/کل بیماران بستری و کارت تحت نظر
*۱۰۰

شاخص ارزیابی:

میزان ثبت دقیق داده های بیماران بستری و کارت تحت نظر/کل بیماران بستری و کارت تحت نظر

کد شناسه: RH-QML-FO-03-05

تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵

تاریخ بازنگری: ۹۹/۱۲/۱۰

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۲/۱۲/۲۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۲۱

ردیف

نام فعالیت

مسئول اجرا

مسئول پایش

زمان شروع

زمان پایان

منابع مورد نیاز

مالی انسانی فیزیکی

شاخص ارزیابی

سهم هر فعالیت

میزان پیشرفت برنامه

سه ماهه اول

سه ماهه دوم

سه ماهه سوم

سه ماهه چهارم

۱

ثبت دقیق داده های هویتی و بیمه ای در HIS

کاربران پذیرش منشی ها

بهبود کیفیت

۱۴۰۳/۱/۱

۱۴۰۳/۱۲/۲۹

* *

گزارش HIS

%۱۰

%۸

۲

ثبت دقیق خدمات انجام شده در HIS

منشی بخش

بهبود کیفیت

۱۴۰۳/۱/۱

۱۴۰۳/۱۲/۲۹

* *

گزارش HIS

%۱۰

%۸

۳

نظارت و تغییر نام بیمارانی که سوء استفاده از دفترچه غیر نموده اند و بیماران زندانی بدون کد ملی

رئیس اداره فناوری اطلاعات سلامت

بهبود کیفیت

۱۴۰۳/۱/۱

۱۴۰۳/۱۲/۲۹

* *

گزارش HIS

%۱۰

%۱۰

۴

کنترل سامانه سپاس و مشخص نمودن ارسالهای ناموفق مربوط به اطلاعات هویتی

رئیس اداره فناوری اطلاعات سلامت

بهبود کیفیت

۱۴۰۳/۱/۱

۱۴۰۳/۱۲/۲۹

* *

گزارش سپاس

%۱۰

%۱۰

۵

گزارش ماهانه از سیستم HIS

رئیس اداره فناوری اطلاعات سلامت

بهبود کیفیت

۱۴۰۳/۱/۱

۱۴۰۳/۱۲/۲۹

* *

گزارش HIS

%۱۰

%۱۰

۶

تصحیح اطلاعات هویتی بیماران

رئیس اداره فناوری اطلاعات سلامت

بهبود کیفیت

۱۴۰۳/۱/۱

۱۴۰۳/۱۲/۲۹

* *

اطلاعات ارسالی به سپاس

%۱۰

%۱۰

۷

گزارش ارسال های ناموفق در سامانه رز

مسئول فناوری اطلاعات
مسئول درآمد

بهبود کیفیت

۱۴۰۳/۱/۱

۱۴۰۳/۱۲/۲۹

* *

گزارش رز

%۱۰

%۱۰

۸	کد گذاری پرونده های بستری	کارشناس فناوری اطلاعات سلامت	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	گزارش سپاس	۱۰٪	۱۰٪			
۹	آموزش کاربران پذیرش و منشی در زمینه نحوه ثبت اطلاعات	رئیس اداره فناوری اطلاعات مسئول پذیرش	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*		آموزش های ارائه شده	۱۰٪	۱۰٪			
۱۰	مکاتبه موارد نقص اصلاح ناپذیر به معاون درمان	مسئول فناوری اطلاعات	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	مکاتبه	۱۰٪	۱۰٪			
۱۲	میانگین												
پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳													
ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه			تجزیه و تحلیل			راهکارهای اصلاحی					
سه ماهه اول		۹۸٫۷ بدون تغییر			—			—					
سه ماهه دوم													
سه ماهه سوم													
سه ماهه چهارم													



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه: RH-QML-FO-03-05				دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی									G هدف کلان:	
تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵				ارتقا امتیاز محور فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت از ۶۵/۱۲ به ۸۰ تا پایان سال ۱۴۰۳									O هدف اختصاصی:	
تاریخ بازنگری: ۹۹/۱۲/۱۰				نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی									S استراتژی:	
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۲/۱۲/۲۰				کاهش میزان نقص پرونده									برنامه عملیاتی:	
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۲۱				میزان پرونده های رفع نقص شده									شاخص ارزیابی:	
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
			۱۰٪	۱۰٪	آموزش ارائه شده	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	رئیس اداره فناوری اطلاعات سلامت	آموزش تکمیل چک لیست ارزیابی پرونده ها	۱
			۵٪	۱۵٪	چک لیست	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	منشی بخش	بررسی پرونده پزشکی و تکمیل چک لیست ارزیابی قبل از ترخیص بیمار	۲
			۱۵٪	۱۵٪	چک لیست	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	کارشناس فناوری اطلاعات سلامت	بررسی کمی پرونده ها و تکمیل چک لیست ارزیابی	۳
			۵٪	۱۰٪	گزارش		*		ماهانه	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	معاون درمان	ارائه بازخورد موارد نقص به پزشکان	۴
			۲٪	۱۰٪	گزارش		*		فصلی	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود	رئیس اداره فناوری اطلاعات	گزارش میزان نقص پرونده ها به رئیس مرکز	۵

											کیفیت	سلامت		
۶	برگزاری کلاس های آموزشی جهت پزشکان پرستاران و رزیدنت و اینترن ها	معاون آموزشی معاون درمان سوپروایزر آموزشی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	فصلی	*					کلاس آموزشی برگزار شده	۱۵٪	-	
۷	ابلاغ دستورالعمل تکمیل پرونده به فراگیران (دستیار ، اینترن ، دانشجو و ...)	معاون آموزشی کارشناس آموزش	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*				دستورالعمل ابلاغ شده	۱۰٪	۵٪	
۸	آنالیز میزان رفع نقص پرونده ها	رئیس اداره فناوری اطلاعات سلامت	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	فصلی	*					گزارش	۱۵٪	۵٪	
	میانگین													

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول		میانگین نقص پرونده از ۹,۶ درصد درسه ماهه چهارم سال ۱۴۰۲ به ۷,۶ درصد تا پایان سه ماهه اول سال ۱۴۰۳	دلایل عدم تحقق شاخص هدف ، عدم تکمیل برگ خلاصه پرونده توسط پزشک، عدم مهر دستورات تلفنی پزشکان، عدم تکمیل برگ شرح حال بیمار و عدم تکمیل چک لیست ارزیابی پرونده توسط منشی بخش بوده است.	راهکار اصلاحی موثر، تکمیل چک لیست ممیزی پرونده ،برگزاری کلاس های آموزشی جهت پزشکان پرستاران و رزیدنت و اینترن ها و برگزاری کلاس های آموزشی جهت منشی ها می باشد.
سه ماهه دوم				

				سه ماهه سوم
				سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه: RH-QML-FO-03-05		دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی					G هدف کلان:		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت					
تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵		نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی					S استراتژی:							
تاریخ بازنگری: ۹۹/۱۲/۱۰		ارتقا امتیاز محور فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت از ۶۵/۱۲ به ۸۰ تا پایان سال ۱۴۰۳					O هدف اختصاصی:							
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۲/۱۲/۲۰		مدیریت فضای بایگانی					برنامه عملیاتی:							
تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۲/۱۲/۱۰		استانداردسازی فضای بایگانی					شاخص ارزیابی:							
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
			۱۰۰ درصد	۲۰٪		*	*		۱۴۰۳/۰۱/۳۱	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	بهبود کیفیت	رئیس اداره فناوری اطلاعات سلامت	محاسبه و پیش بینی و طراحی فضای بایگانی بر اساس الگوی استاندارد	۱
			۷۰ درصد	۳۰٪		*	*		۱۴۰۳/۰۸/۳۱	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	بهبود کیفیت	رئیس اداره فناوری اطلاعات سلامت	چیدمان پرونده های بر اساس الگوی تعریف شده جدید	۲
			۶۰ درصد	۱۰٪		*	*		۱۴۰۳/۱۰/۳۰	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	بهبود کیفیت	رئیس اداره فناوری اطلاعات سلامت	استانداردسازی بایگانی با توجه به موارد پیش بینی شده	۳
			۹۰ درصد	۱۵٪		*		*	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	بهبود کیفیت	رئیس اداره فناوری	تجهیز فضای جدید به ادوات مورد نیاز بر اساس استانداردهای موجود	۴

												اطلاعات سلامت		
۵	انجام امحا پرونده ها بطور مستمر	رئیس اداره فناوری اطلاعات سلامت	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*				۲۵٪	۱۰۰ درصد		
	میانگین													
پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳														
ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه			تجزیه و تحلیل			راهکارهای اصلاحی						
سه ماهه اول		چیدمان پرونده های بالینی به میزان ۱۰ درصد			-			امحا پرونده های بالینی						
سه ماهه دوم					-									
سه ماهه سوم					-									
سه ماهه چهارم														



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه : RH-QML-FO-03-06				دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی				G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت				
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی				S استراتژی :						
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۰۱/۲۰				ارتقا امتیاز سنجه های ایمنی از ۶۶ به ۷۵ امتیاز تا پایان سال جاری				O هدف اختصاصی :						
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۰۱/۲۴				کاهش عوارض حاد به میزان ۰.۵ درصد کمتر از سال قبل				هدف عملیاتی :						
				عوارض حاد انتقال خون				شاخص برنامه :						
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
				۱۰	تعداد کلاس های برگزار شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سوپروایزر آموزشی	سوپروایزر آموزشی	برگزاری کلاس آموزشی هموویژلانس	۱
				۱۵	تعداد فرمهای تکمیل شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	اجرائی نمودن فرم های انتقال خون به صورت کامل و حفظ زنجیره سرد در انتقال خون و فراورده های خون	۲
				۱۵	تعداد فرمهای تکمیل شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	سرپرستاران	نظارت بر تکمیل فرم های درخواست و پایش و عوارض خون	۳
				۸	تعداد آزمایشات ارسالی پس از ایجاد عارضه خون				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	سرپرستاران	نظارت بر ارسال آزمایشات در صورت بروز عارضه نسبت به خون یا فراورده های خونی (آزمایشات شامل: LDH, U.A, آنزیم های کبدی . VBG ، Direct coombs)	۴
				۸	تعداد تزریقات صحیح				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	سرپرستاران	نظارت بر تزریق خون طبق چک لیست و کنترل مجدد گروه خونی و RH در بیماری با عدم سابقه تزریق خون	۵

۶	بررسی علل ایجاد عوارض تزریق خون و ارائه راهکارها	کارشناس هماهنگ کننده	مسئول rca	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد عوارض بررسی شده	۱۵				
۷	ارزیابی خطاهای خون و باز خورد به مسئولین	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد خطاهای ارزیابی شده	۲۰				
۸	بررسی خطاهای خون در کمیته هموویژلانس	دبیر کمیته هموویژلانس	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد خطاهای مطرح شده	۸				
۹	تهیه فیلتر کم لکوسیتوز توسط داروخانه	مسئول تجهیزات مصرفی داروخانه	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد فیلتر تهیه شده	۲				
۱۰	نصب نرم افزار فرم پایش خون در سیستم his	مسئول IT	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				نصب نرم افزار	۲				
	میانگین													

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	تیر ماه ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه اول و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.		
سه ماهه دوم	مهر ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.		
سه ماهه سوم	دی ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.		
سه ماهه	اسفند ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند		

		ارتقاء تعیین شد.		چهارم
--	--	------------------	--	-------



دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		G هدف کلان :		دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی																	
		S استراتژی :		نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی																	
		O هدف اختصاصی :		ارتقا امتیاز سنجه های ایمنی از ۶۶ به ۸۰ امتیاز تا پایان سال ۱۴۰۳																	
		هدف عملیاتی :		ارتقا امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار از ۶۳٫۶٪ به ۶۵٫۵٪																	
شاخص برنامه :		امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار						تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۰۱/۲۴													
میزان پیشرفت برنامه		سهم هر فعالیت از برنامه		شاخص ارزیابی		منابع مورد نیاز			زمان پایان		زمان شروع		مسئول پایش		مسئول اجرا		نام فعالیت		ردیف		
سه ماهه اول		سه ماهه دوم		سه ماهه سوم		سه ماهه چهارم		۱۵		مشاهده								تهیه کلیپ های آموزشی در خصوص سقوط بیمار		۱	
								۱۵		مشاهده								تهیه کلیپ های آموزشی در خصوص زخم بستر		۲	
								۱۵		مشاهده						IT		اطلاع رسانی داروهای با اشکال مشابه در سامانه های پرکاربرد		۳	
								۱۵		مستندات						سوپروایزر آموزشی		به اشتراک گذاری خطاها در گروه ها و دوره های برگزار شده		۴	

۵	برگزاری منظم دوره های آموزشی مرتبط با ایمنی	سوپروایزر آموزشی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	۱۴۰۳/۲/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰				
۶	دریافت پیشنهادات کارکنان با رویکرد ایمنی بیمار	دفتر بهبود کیفیت	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	۱۴۰۳/۲/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰				
۷	تشویق پرسنل متعهد به ایمنی بیمار	مدیران	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	۱۴۰۳/۲/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰				
۸	الویت و اهمیت ایمنی بیمار در تمام تصمیم های مدیریتی	مدیران	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	۱۴۰۳/۲/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰				
	میانگین													

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	۱۴۰۳/۴/۵	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه اول و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.		
سه ماهه دوم	۱۴۰۳/۷/۷	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.		
سه ماهه سوم	۱۴۰۳/۱۰/۱۰	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.		

		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	۱۴۰۳/۱۲/۲۸	سه ماهه چهارم
--	--	--	------------	------------------



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه: RH-QML-FO-03-06				دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی				G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت				
تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی				S استراتژی :						
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۲۰				ارتقا امتیاز سنجه های ایمنی از ۶۶ به ۷۵ امتیاز تا پایان سال جاری				O هدف اختصاصی :						
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۳/۰۱/۲۴				ارتقاء اخذ رضایت آگاهانه و تکمیل فرم ها به میزان از ۷۹ به ۸۵ درصد بیشتر از سال قبل				هدف عملیاتی :						
				درصد رعایت استانداردهای اخذ رضایت آگاهانه و تکمیل فرم ها				شاخص برنامه :						
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
				۱۰	مصاحبه با بیمار				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	سوپروایزرین- سرپرستاران	نظارت بر اخذ رضایت و براءت نامه توسط پزشک معالج و به طور آگاهانه و آزادانه از بیمار و ولی بیمار اخذ	۱
				۱۲	تعداد رضایت های آگاهانه اخذ شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	سوپروایزرین- سرپرستاران	نظارت بر اخذ رضایت آگاهانه توسط پزشک معالج قبل از انجام پروسیجر	۲
				۱۵	بررسی رضایت آگاهانه طبق چک لیست				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	سوپروایزرین- سرپرستاران	نظارت بر استفاده از اصطلاحات قابل فهم و قابل درک برای بیمار (عدم استفاده از اصطلاحات پزشکی)	۳
				۱۰	بررسی رضایت آگاهانه طبق چک لیست				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	سوپروایزرین- سرپرستاران	نظارت بر ثبت روش یا روش های جایگزین تشخیص یا درمان	۴

		اول و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.		
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	مهر ۱۴۰۳	سه ماهه دوم
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	دی ۱۴۰۳	سه ماهه سوم
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	اسفند ۱۴۰۳	سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		G هدف کلان :		دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی					کد شناسه: RH-QML-FO-03-06					
		S استراتژی :		نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی					تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵					
		O هدف اختصاصی :		ارتقا امتیاز سنجه های ایمنی از ۶۶ به ۷۵ امتیاز تا پایان سال ۱۴۰۳					تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۰۱/۲۰					
		هدف عملیاتی :		ارتقاء مدیریت دارویی از ۶۹ به ۸۰ درصد					تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۰۱/۲۴					
		شاخص برنامه :		رعایت ۷ اصل دارودهی										
ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	اجرای شدن برنامه نظارتی فرایند انتقال خدمات (راهنمای تضمین صحت دارویی)	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود راهنما	۱۰				
۲	برنامه ریزی جهت افزایش تعداد تلفیق های دارویی انجام شده در زمان پذیرش-انتقال - ترخیص	متخصص داروساز بالینی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود فرم ها	۵				
۳	اجرای شدن برنامه نظارتی دستورالعمل استفاده صحیح از محلول های غلیظ و الکترولیت ها	سرپرستاران - پرستار مراقب بیمار	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود دستورالعمل	۴				
۴	پایش و ارزیابی برچسب های هشدار دارویی: نصب لیبل زرد (داروهای مشابه) و لیبل قرمز (داروهای پرخطر)	ناظر دارویی	ناظر دارویی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد لیبل های نصب شده	۵				
۵	بازنگری لیست داروهای مشابه(ظاهری، تلفظ)، پرخطر و حیاتی با مشارکت مدیریت دارویی و ناظر دارویی	ناظر دارویی	ناظر دارویی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				لیستهای ویرایش شده	۵				

۶	بازنگری لیست داروهای ضروری به تفکیک بخشهای بالینی با مشارکت مدیریت دارویی و ناظر دارویی	ناظر دارویی	ناظر دارویی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				لیستهای ویرایش شده	۵				
۷	بازبینی و ابلاغ و کنترل لیست تداخلات دارویی	ناظر دارویی	ناظر دارویی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود لیست	۳				
۸	بازنگری و ابلاغ فارماکوپه دارویی بیمارستان	ناظر دارویی	ناظر دارویی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود فارماکوپه	۳				
۹	ارزیابی فرایند ۷ اصل دارودهی (پروتکل ابلاغی)	سوپروایزر آموزشی	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				ارزیابی هفت اصل دارودهی	۳				
۱۰	ابلاغ و نصب فرمولاسیون نحوه رقیق سازی داروها در تریتمنت	سرپرستاران	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود فرمولاسیون	۳				
۱۱	تدوین برنامه نظارتی و ارزیابی کنترل فرایند ثبت دستورات پزشک توسط پرستار	سرپرستاران	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد کاردکس های تکمیل شده	۵				
۱۲	تدوین برنامه نظارتی جهت تلفیق دارویی(بدو ورود -حین بستری- حین ترخیص)	داروساز بالینی	مسئول بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد فرم های تکمیل شده	۶				
۱۳	ابلاغ پروتکل روش نگهداری داروها ، الکترولیت ها و محلول های غلیظ در بخش ها بالینی	سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد داروهای موجود در باکس	۷				
۱۴	پایش و ارزیابی فرایند دارودهی(داروهای پرخطر)	سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد داروهای پرخطر دو مهره شده	۳				
۱۵	تدوین برنامه آموزشی(الکترونیکی / مجازی/ حضوری) کادر درمانی در خصوص " آموزش نحوه استفاده و کاربرد آنتی دوت ها "	سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود آنتی دوت ها	۳				

۱۶	ارزیابی خطاهای دارویی در بخش های بالینی (تاریخ انقضا و ظاهر داروها قبل از تزریق و...)	سرپرستاران	ناظر دارویی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد داروهای کنترل شده	۲				
۱۷	مدیریت گزارش دهی خطاهای دارویی و پتانسیل خطای دارویی	سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد خطاهای گزارش شده	۵				
۱۸	نظارت بر وجود داروهای حیاتی در داروخانه بیمارستان به صورت شبانه روزی	ناظر دارویی	ناظر دارویی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد داروهای حیاتی موجود	۵				
۱۹	نظارت بر جداسازی- لیبل گذاری صحیح و کنترل تاریخ انقضا توسط متصدی داروخانه	ناظر دارویی	ناظر دارویی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد داروهای لیبل زده شده و عدم وجود داروی تاریخ گذشته	۶				
	میانگین													

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳						
ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی		
سه ماهه اول	تیر ماه ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه اول و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.				
سه ماهه دوم	مهر ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.				
سه ماهه سوم	دی ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.				
سه ماهه چهارم	اسفند ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه: RH-QML-FO-03-06				بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیماران									هدف کلان:	
تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی									استراتژی:	
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۲۰				ارتقا امتیاز سنجه های ایمنی از ۶۶ به ۷۵ امتیاز تا پایان سال جاری									هدف اختصاصی:	
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۳/۰۱/۲۴				اجرای کامل استانداردهای جراحی ایمن									هدف عملیاتی:	
				درصد اجرایی استانداردهای جراحی ایمن									شاخص برنامه:	
میزان پیشرفت برنامه				سهام هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
				۱۰	وجود دستورالعمل				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	ابلاغ دستورالعمل جراحی ایمن به اتاق عمل	۱
				۱۰	وجود دستورالعمل				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	ابلاغ دستورالعمل انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح به کلیه بخشهای درمانی	۲
				۵	تعداد ثبت در دستورات پزشک				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	پزشک معالج - نظارت سرپرستار	ثبت صحیح هر نوع اقدام درمانی یا جراحی با ذکر سمت راست یا چپ در پرونده و مارکرگذاری در پروسیجرهایی مثل چست تیوپ گذاری	۳
				۱۰	وجود چک لیست جراحی ایمن				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سرپرستار اتاق عمل	نظارت سرپرستار اتاق عمل	تهیه و تکمیل چک لیست جراحی ایمن برای هر بیمار قبل از شروع بیهوشی- قبل از برش پوست بیمار- اقدامات قبل از خروج بیمار از اتاق عمل	۴
				۸	تعداد فرمهای تکمیل شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سرپرستار اتاق عمل	نظارت سرپرستار اتاق عمل	نظارت بر تکمیل دقیق چک لیست جراحی ایمن در اقدامات قبل از بیهوشی با حضور پرستار و متخصص	۵

													بیهوشی	
۶	نظارت بر تکمیل دقیق چک لیست جراحی ایمن قبل از برش پوست بیمار و قبل از خروج بیمار از اتاق عمل باحضور پرستار و متخصص بیهوشی و جراح	نظارت سرپرستار اتاق عمل	سرپرستار اتاق عمل	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					وجود فرمها	۷			
۷	نظارت بر وجود و شناسایی فعال بیمار (نام و نام خانوادگی ، نوع و موضع عمل جراحی)	نظارت سرپرستار اتاق عمل	سرپرستار اتاق عمل	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					تعداد بیمارانی که کنترل شناسه را قبل از عمل تایید می کنند	۱۰			
۸	نظارت بر اخذ رضایت و برائت نامه توسط پزشک معالج و به طور آگاهانه و آزادانه از بیمار و ولی بیمار	نظارت سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					وجود چک لیست	۵			
۹	علامت گذاری موضع عمل در اندام قرینه	نظارت سرپرستار اتاق عمل	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					کنترل موضع عمل	۴			
۱۰	وجود مازیک جهت مارگزارى در مواقع مورد نیاز و نظارت بر برچسب گذاری صحیح نمونه های گرفته شده در اتاق عمل	نظارت سرپرستار اتاق عمل	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					ثبت دقیق اطلاعات بیمار روی نمونه های ارسالی	۴			
۱۱	نظارت بر تکمیل چک لیست بیهوشی ایمنی به صورت روزانه	نظارت سرپرستار اتاق عمل	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					وجود چک لیست	۴			
۱۳	نظارت بر کنترل دقیق تجهیزات قبل از شروع بیهوشی	نظارت سرپرستار اتاق عمل	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					وجود چک لیست کنترلی	۷			
۱۴	ابلاغ و نظارت بر اجرای شدن پروتکل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در	سوپروایزر کنترل عفونت	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					وجود پروتکل	۷			

										بیمار		اتاق عمل	
۱۵				۸	بررسی پکس			۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	نظارت سرپرستار اتاق عمل	نظارت بر بررسی دقیق آنژیوگرافی بیماران، قبل از عمل ، از طریق پکس	
												میانگین	

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	تیر ماه ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه اول و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.		
سه ماهه دوم	مهر ماه ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.		
سه ماهه سوم	دی ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.		
سه ماهه چهارم	اسفند ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه :- RH-QML-FO-03-06				دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی				G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت				
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی				Sاستراتژی :						
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۰۱/۲۰				ارتقا امتیاز سنج‌های ایمنی از ۶۶ به ۷۵ امتیاز تا پایان سال ۱۴۰۳				O هدف اختصاصی :						
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۰۱/۲۴				ارتقا تحویل و تحول بالینی و ترخیص ایمن از ۸۰ به ۸۵ درصد نسبت به سال قبل				هدف عملیاتی :						
				ترخیص ایمن و تحویل و تحول بالینی به روش SBAR				شاخص برنامه :						
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
				۱۰	وجود پروتکل				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سوپروایزر ارتقاء سلامت	سوپروایزر ارتقاء سلامت	تدوین پروتکل ترخیص ایمن (Smart)	۱
				۱۰	وجودچک لیست				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سوپروایزر ارتقاء سلامت	سوپروایزر ارتقاء سلامت و سرپرستاران	نظارت بر آموزش به بیماران در زمان ترخیص براساس پروتکل Smart	۲
				۸	تعداد فرمهای تکمیل شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سوپروایزر ارتقاء سلامت	سوپروایزر ارتقاء سلامت و سرپرستاران	نظارت بر وجود و تکمیل فرم آموزش زمان ترخیص براساس پروتکل Smart	۳
				۸	وجود نیروی انسانی				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سوپروایزر ارتقاء سلامت	پرستار ترخیص	چک اثربخشی آموزشهای ترخیص توسط پرستار ترخیص	۴
				۷	تعداد تماس های ثبت شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سوپروایزر ارتقاء سلامت	سوپروایزر ارتقاء سلامت	پیگیری پس از ترخیص توسط واحد تله نرسینگ جهت چک اثربخشی آموزشهای ترخیص	۵
				۱۰	تعداد چک لیست های تکمیل شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده	سوپروایزر ارتقاء سلامت و سرپرستاران	چک رضایتمندی بیماران و ارائه مداخلات پیرو آن	۶

۷	اجرائی نمودن استانداردهای ایمنی بیمار برای کاهش خطاها در زمان بستری بیمار از زمان پذیرش تا ترخیص بیمار	سوپروایزر ارتقاء سلامت و سرپرستاران	مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود راهنما و دستورالعمل	۷				
۸	برنامه ریزی جهت بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار جهت ایجاد محیط ایمن برای بیماران	هماهنگی کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد بازدیدهای انجام شده	۷				
۹	ابلاغ و اجرایی شدن دستورالعمل SBAR پرسنل	سوپروایزر آموزشی	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود دستورالعمل	۱۰				
۱۰	تدوین چک لیست جهت پایش تحویل و تحول بیماران براساس SBAR	سوپروایزر آموزشی	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد چک لیست های کامل شده	۵				
۱۱	تنظیم بازدیدها جهت سوپروایزرین برای ارزیابی اصول SBAR در زمان تحویل و تحول بالینی بین دو شیفت	مدیر پرستاری	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد بازدیدهای انجام شده	۸				
۱۲	بازخورد به کلیه واحدها پیرو ارزیابی اصول SBAR	سوپروایزر آموزشی	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود چک لیست	۶				
۱۳	تنظیم برنامه مداخله ای پیرو ارزیابی بعمل آمده	سوپروایزر آموزشی	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود برنامه	۵				
	میانگین								۱۰۰					

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	تیر ماه ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه اول و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.		

		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز آیت‌های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	مهر ۱۴۰۳	سه ماهه دوم
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز آیت‌های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	دی ۱۴۰۳	سه ماهه سوم
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز آیت‌های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	اسفند ۱۴۰۳	سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		G هدف کلان :		دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی										
		S استراتژی :		نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی										
		O هدف اختصاصی :		ارتقا امتیاز محور پیشگیری و کنترل عفونت از ۸۱ به ۸۵ تا پایان سال جاری										
		هدف عملیاتی :		ارتقاء رعایت بهداشت دست در ۵ موقعیت از ۵۰٫۹ به ۵۴ تا پایان سال ۱۴۰۳										
		شاخص برنامه :		میزان رعایت بهداشت دست										
ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	ابلاغ دستورالعمل رعایت بهداشت دست در مراکز بهداشتی درمانی و راهنمای بهداشت دست در مراقبت از بیمار به تمام واحدها	سوپروایزر کنترل عفونت	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود دستورالعمل	۳				
۲	ابلاغ و نصب لیست پروسیجرهایی که نیازمند اسکراب جراحی در کلیه بخشهای درمانی و آندوسکوپی و آنژیوگرافی و اتاق عمل	سوپروایزر کنترل عفونت	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود لیست	۳				
۳	ابلاغ موقعیت های استفاده از دستکش به کلیه بخشهای درمانی	سوپروایزر کنترل عفونت	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود لیست	۳				
۴	نظارت بر نحوه اسکراب صحیح در بخشهای درمانی و اتاق عمل	سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				آموزش های ارایه شده	۶				
۵	نصب سینک برای شستشوی دست در اتاق عمل به تفکیک خانم و آقا	مدیر امور پشتیبانی	سرپرستار اتاق عمل	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود سینک	۲				
۶	نظارت بر نحوه استفاده از دستکش به صورت صحیح	سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				استفاده صحیح از دستکش	۵				

۷	آموزش و توجیه کارکنان در خصوص اهمیت رعایت بهداشت دست	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				آموزش ارائه شده	۶				
۸	فراهم کردن تجهیزات و مواد لازم برای رعایت بهداشت دست مطابق دستورالعمل (یک روشویی به ازای هر ۶ تخت)	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود تجهیزات (روشویی و...)	۴				
۹	وجود هندراب به ازای هر دو تخت در بخشهای درمانی	سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود تجهیزات (هندراب-دیس پنسر)	۱۰				
۱۰	پایش و نظارت بر نحوه عملکرد میزان رعایت بهداشت دست در تمام بخشها و شیفتها	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد پایش های انجام شده	۷				
۱۱	ارائه تشویقی به پرسنلی که بیشترین میزان رعایت بهداشت دست را داشته اند	سوپروایزر کنترل عفونت	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تشویقی	۳				
۱۲	برگزاری تور بهداشت دست در روز جهانی بهداشت دست و روز جهانی شستن دست	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد تورهای برگزار شده	۴				
۱۳	یادآوری مستمر به کارکنان مراقبت بهداشتی درباره اهمیت بهداشت دست و موارد استفاده و دستور العمل های مناسب برای اجرای آن (مثل نصب پوستر-زنگ شستشوی دست-تذکر شفاهی)	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد پوسترهای نصب شده	۵				
۱۴	نصب روشویی در پیش ورودی اتاق های ایزوله داخلی مردان و داخلی قلب دو	سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد روشویی های نصب شده	۴				
۱۵	نصب سینک جداگانه در بخشهای نورولوژی مردان، دیالیز و چشمی کردن شیرآب در	سرپرستارای سی یو	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					۵				

													بخشهای ای سی یو یک، دو و جراحی	
۱۶	بررسی میزان محلول هندراب مصرفی هر شش ماهه یکبار	سوپروایزر کنترل عفونت	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				محاسبه میزان محلول مصرفی	۳				
۱۷	نظارت بر وجود دایمی دستمال کاغذی در کنار روشویی ها و نظافت مناسب جای مایع صابون	سوپروایزر کنترل عفونت	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				محاسبه تعداد مصرفی دستمال کاغذی و مایع صابون	۹				
													میانگین	

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل
سه ماهه اول	تیر ماه ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه اول و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	
سه ماهه دوم	مهر ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	
سه ماهه سوم	دی ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	
سه ماهه چهارم	اسفند ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

G هدف کلان :

S استراتژی :

O هدف اختصاصی :

هدف عملیاتی :

شاخص برنامه :

دستیابی به رتبه یک برتر اعتبار بخشی درمانی

برنامه ریزی جهت مدیریت و آموزش CPRC

ارتقا امتیاز محور مراقبت و درمان از به تا پایان سال ۱۴۰۳

مدیریت فرایند CPRC

میانگین درصد CPRC (حیطه آگاهی و عملکرد)

کد شناسه : RH-QML-FO-03-06

تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۱/۱۵

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۱/۲۴

ردیف

نام فعالیت

مسئول اجرا

مسئول پایش

زمان شروع

زمان پایان

منابع مورد نیاز

ارزیابی
شاخص

سهم هر فعالیت از برنامه

میزان پیشرفت برنامه

سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
-------------	-------------	-------------	---------------

۱

بازنگری چک لیست مدیریت CPRC

مدیریت
پرستاری- سوپر
وایزر آموزش

۱۴۰۳/۱/۱

۱۴۰۳/۱/۳۱

چک لیست
بازنگری
شده

۱۰ درصد

100%

۲

تنظیم برنامه ی کد ۹۹ بیمارستان توسط
سوپروایزر آموزشی (کد ۱ و ۲ جهت هر بلوک)

سوپر وایزر
آموزش

۱۴۰۳/۱/۱

مستمر

کدهای
تنظیم شده
ماهانه

۱۰ درصد

100%

۳

برگزاری کارگاه آموزشی احیای پایه
و پیشرفته و مادر باردار و کودک جهت کارکنان

پزشکان -
پرستاران

۱۴۰۳/۱/۱

فصلی

کارگاه های
برگزار شده

۱۰ درصد

30%

۴

برگزاری کارگاه آموزشی کار با تجهیزات
(دستگاه شوک و...) به صورت هفتگی
و مورنینگ رپورت

واحد تجهیزات
پزشکی

۱۴۰۳/۱/۱

هفتگی

کارگاه های
برگزار شده

۱۰ درصد

20%

۵

پایش مدیریت CPRC و ارزیابی عملکرد
کارکنان در رابطه با CPRC (قبل -حین- پس از

سرپرستاران -
سوپر وایزران

۱۴۰۳/۱/۱

فصلی

پایش های
انجام شده

۱۰ درصد

100%

										سوپر وایزر آموزش		cpr)(الصاق کارت کد ۹۹-آماده بکار بودن و (...		
۶		پایش cpr موفق و ناموفق و داشتن برنامه مداخله ای	سرپرستاران - سوپر وایزران	مدیریت پرستاری - سوپر وایزر آموزش	۱۴۰۳/۱/۱	فصلی				پایش های انجام شده	۱۰ درصد	50%	70%	
۷		بازخورد نتایج مدیریت cpr به مسئولین واحدها جهت رفع نقاط ضعف	مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری - واحد بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	فصلی				بازخوردهای گزارش شده	۱۰ درصد	50%	60%	
۸		اجرای کد نمایشی و ارزیابی پرسنل از جهت رعایت زمان طلایی حضور در کد ۹۹	سور وایزر آموزش	سوپر وایزر آموزش	۱۴۰۳/۱/۱	فصلی				کدهای نمایش انجام شده	۱۰ درصد	50%	70%	
۹		تشویق پرسنلی که بیشترین تلاش را در افزایش CPR موفق مرکز داشته اند.	مدیریت پرستاری سرپرستاران	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد تشویق انجام شده	۱۰ درصد	70%	80%	
		میانگین											۶۳/۳۳	۷۴,۴۴

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۳۰

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	۱۴۰۳/۴/۱	۶۳/۳۳	۱- برگزاری کارگاه آموزشی احیای پایه و پیشرفته و مادر باردار و کودک جهت کارکنان ۲- برگزاری کارگاه آموزشی کار با تجهیزات (دستگاه شوک و...) به صورت هفتگی و مومنینگ رپورت ۳- پایش cpr موفق و ناموفق و داشتن برنامه مداخله ای ۴- بازخورد نتایج مدیریت cpr به مسئولین واحدها جهت رفع نقاط ضعف	۱. برگزاری کارگاههای احیا به صورت فصلی و طبق برنامه زمانبندی ۲. برگزاری کارگاههای آموزشی کار با تجهیزات طبق برنامه زمانبندی ۳. پایش cpr موفق و ناموفق و داشتن برنامه مداخله ای ۴. طرح نتایج پایش cpr در کمیته بهبود کیفیت و تنظیم برنامه بهبود ۵. اجرای کد نمایی به صورت فصلی و پایش استانداردها و طرح نتایج در کمیته های مرتبط

			۵- اجرای کد نمایشی و ارزیابی پرسنل از جهت رعایت زمان طلایی حضور در کد ۹۹ ۶- تشویق پرسنلی که بیشترین تلاش را در افزایش CPR موفق مرکز داشته اند.	۶. تشویق پرسنل فعال در فرایند cpr
سه ماهه دوم	۱۴۰۳/۷/۱	۷۷/۴۴	۱. برگزاری کارگاه آموزشی احیای پایه و پیشرفته و مادر باردار و کودک جهت کارکنان ۲. برگزاری کارگاه آموزشی کار با تجهیزات (دستگاه شوک و...) به صورت هفتگی و مورنینگ رپورت ۳. باز خورد نتایج مدیریت CPR به مسئولین واحدها جهت رفع نقاط ضعف	۱. برگزاری کارگاههای احیا به صورت فصلی و طبق برنامه زمانبندی ۲. برگزاری کارگاههای آموزشی کار با تجهیزات طبق برنامه زمانبندی ۳- هماهنگی با واحد تجهیزات و تشکیل کلاس های آموزشی برای پرسنل ۴- ارزیابی نهایی پرسنل از نظر مهارت کار با تجهیزات بخش ۵-. طرح نتایج پایش cpr در کمیته بهبود کیفیت و تنظیم برنامه بهبود
سه ماهه سوم				
سه ماهه چهارم				



**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی البر
زمرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
واحد بهبود کیفیت**

کد شناسه: RH-QML-FO-03-05	
G هدف کلان:	ارتقا سلامت بیماران
O هدف اختصاصی:	ارتقاء سطح آگاهی و خودمراقبتی بیماران و مراجعین در زمینه بیماری های غیرواگیره میزان ۵٪ نسبت به سال ۱۴۰۳ (از ۸۰٪ به ۸۵٪)
S استراتژی:	اجرای دستورالعمل های وزارت بهداشت و ارتقاء سلامت بیماران و مراجعین در زمینه بیماری های غیرواگیر
برنامه عملیاتی: خودمراقبتی بیماران و مراجعین در زمینه بیماری های غیرواگیر	

ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	نحوه جمع آوری داده ها	میزان تحقق برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	برنامه ریزی جهت فعال نمودن واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار برای دو روز در هفته در زمینه بیماریهای غیرواگیر	مسئول واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۲/۲۰	۱۴۰۳/۶/۲۰		☐	☐	تعداد روزهای فعال واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار	مشاهده و مستندات	۱۰۰			
۲	تعیین مسئول واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار و صدور ابلاغ	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۰۳/۵۰	۱۴۰۳/۰۳/۰۵	☐	☐	*	وجود ابلاغ	مشاهده	۱۰۰			
۳	برنامه ریزی جهت اطلاع رسانی به مدیر گروهها و سرپرستاران جهت ارجاع بیماران و مراجعین به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۳/۱۵	۱۴۰۳/۳/۱۵		☐	*	میزان مشارکت پزشکان	مصاحبه	۷۰			

۴	فراهم نمودن امکانات و تجهیزات مناسب آموزشی (پمفلت های با منبع معتبر، پخش فیلم های آموزشی، وسایل کمک آموزشی، میز، صندلی، یک دستگاه کامپیوتر متصل به اینترنت، یک خط تلفن مجزا)	مسئول واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۳/۱۵ ۱۴۰۳	۱۴/۳۱ ۱۴۰۳	☐	☐	☐	میزان تجهیز بودن	مشاهده	۸۰			
۵	برنامه ریزی جهت ارجاع مددجویان با فرم ارجاع به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار	سرپرستاران	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۳/۲۰ ۱۴۰۳	۱۶/۲۰ ۱۴۰۳	☐	☐	☐	تعداد ارجاع با فرم	مشاهده و مستندات	۸۰			
۶	برنامه ریزی جهت چک اثربخشی آموزشهای ارائه شده در واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۳/۱۵ ۱۴۰۳	مستمر	☐	*		میزان اثر بخشی	چک لیست	۸۰			
۷	برنامه ریزی لازم در خصوص افزایش و ارتقاء تعداد مراجعه مددجویان به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار	مسئول واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۳/۱۵ ۱۴۰۳	مستمر	☐	☐	☐	میزان افزایش مراجعین به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار	مشاهده و مستندات	۸۰			
۸	گزارش عملکرد به مدیریت پرستاری دانشگاه بصورت ماهانه	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۳/۱۵ ۱۴۰۳	مستمر	☐			تعداد گزارش ارائه شده	مستندات	۸۰			
۹	مجموع											۸۳,۷ ۵		

ردیف	تاریخ	گزارش پایش	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی										
سه ماهه اول	۰۴/۰۱ ۱۴۰۳	برنامه ریزی جهت اطلاع رسانی به مدیر گروهها و سرپرستاران جهت ارجاع بیماران و مراجعین به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار		اطلاع رسانی به سرپرستاران و پزشکان جهت ارجاع بیماران به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار										
سه ماهه دوم	۰۷/۰۱ ۱۴۰۳													
سه ماهه سوم	۱۰/۰۱ ۱۴۰۳													
سه ماهه چهارم														
<table> <tr> <td colspan="2">نام و امضاء تهیه کنندگان</td><td colspan="2">نام و امضاء تأیید کننده</td><td>نام و امضاء ابلاغ کننده</td></tr> <tr> <td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td></tr> </table>					نام و امضاء تهیه کنندگان		نام و امضاء تأیید کننده		نام و امضاء ابلاغ کننده					
نام و امضاء تهیه کنندگان		نام و امضاء تأیید کننده		نام و امضاء ابلاغ کننده										



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البر
 زمركز آموزشى، درمانى شهيد رجائى
 واحد بهبود كليت

کد شناسه : RH-QML-FO-03-05			
ارتقا سلامت بیماران	G هدف کلان :	تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵	
کاهش هزینه وماندگاری بیماران در بیمارستان نسبت به سال ۱۴۰۲ و ارتقاء فرایند ارجاع به مراکز	O هدف اختصاصی :	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۰۱/۱۹	
اجرای نمودن آیین نامه مراکز مشاوره و مراقبتی در منزل ارسالی	S استراتژی :	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۰۱/۲۰	
برنامه عملیاتی : مراقبت در منزل			



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البر
زمرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
واحد بهبود کیفیت

ردیف	نام فعاليت	مسئول اجرا	مسئول پايى	زمان شروع	زمان پايان	منابع مورد نياز			شاخص ارزيابى	نحوه جمع آورى داده ها	ميزان تحقق برنامه			
						مالى	انسانى	فيزيكي			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	تعيين رابط home Care جهت بخشهاى بيمارستان و صدور ابلاغ	سوپروايزر ارتقا سلامت	سوپروايزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱/۳۰	☐	☐	☐	وجود ابلاغ و تعداد كارگروه	مشاهده و مستندات	۱۰۰			
	نصب راهنما از بخش ها به سمت واحد هوم كر	سوپروايزر ارتقا سلامت	سوپروايزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱/۳۰	☐	☐	☐	تعداد راهنما نصب شده	مشاهده	۱۰۰			
۲	نصب پوستر و بنر مزايا استفاده از مراكز هوم كر در مكان هاى قابل رويت و پر تردد بيمارستان در قطع و اندازه مناسب	سوپروايزر ارتقا سلامت	سوپروايزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱/۳۰	☐	☐	☐	وجود پوستر	مشاهده	۸۰			
۳	برگزاري كلاس آموزشى مراقبت درمنزل جهت كاركنان و همراهان و بيماران	سوپروايزر ارتقا سلامت	سوپروايزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱۲/۲۰		☐		تعدادكلاس هاى برگزار شده و ميزان آگاهى	مشاهده و مصاحبه	۸۰			
۴	نظارت بر شناسايى صحيح بيماران نيازمند به مراقبت در منزل درسطح بيمارستان	سوپروايزر ارتقا سلامت	سوپروايزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹		☐		تعداد بيماران شناسائى شده	مشاهده و مستندات	۸۰			
۵	به روز رسانى قرارداد با مراكز مورد تايد دانشگاه	سوپروايزر ارتقا	سوپروايزر	۱۴۰۳/۲/۲۰	۱۴۰۳/۶/۲۰		☐		وجود قرارداد	مشاهده	۵۰			

											ارتقا سلامت	سلامت	
۶	نصب لیست مراکز مورد تایید دانشگاه و طرف قرارداد با بیمارستان جهت ارجاع بیماران برای مراقبت در منزل پس از ترخیص در کلیه واحدها	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱/۳۰	☐	☐	☐			میزان آگاهی از مراکز	مصاحبه	۱۰۰
۷	شناسایی حداقل ۱۰٪ و یا منطبق با تعداد (readmit) از مراجعین هر بخش و معرفی به واحد هوم کر بیمارستان با فرم شماره ۱/ فرم آموزش زمان ترخیص/ خلاصه پرونده و سایر اسناد) جهت ارجاع به مراکز مراقبت در منزل	سوپروایزر ارتقا سلامت- سرپرستاران	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	☐					تعداد شناسایی صحیح	مشاهده و مستندات	۷۰
۸	معرفی بیمار براساس دستورات درمانی و مراقبتی پزشک معالج و پرستار طبق فرم شماره (۲) به نماینده مرکز مشاوره	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	☐					تعداد بیماران ارجاع	مشاهده و مستندات	۷۰
۹	برنامه ریزی درخصوص حضور نماینده فعال هوم کر طرف قرارداد در کمپین ها و بیمارستان	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	☐					تعداد حضور نمایندگان	مشاهده و مستندات	۸۰
۱۰	انجام رضایت سنجی از خانواده ی بیماران ارجاع شده در مورد کیفیت مراقبت و رفتار کارکنان مراکز طرف قرارداد و اطلاع نتایج به ریاست بیمارستان و مطرح نمودن در کمیته هوم کر	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	☐					میزان رضایت خانواده از مراکز هوم کر	مصاحبه و مستندات	۱۰۰
۱۱	اطلاع رسانی شکایات بیماران و خانواده آنان از مراکز طرف قرارداد به مسئولین بیمارستان و یا مدیریت پرستاری دانشگاه	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	☐					میزان شکایت خانواده از مراکز هوم کر	مصاحبه و مستندات	۱۰۰
۱۲	ابلاغ در خصوص منع کارکنان از معرفی خدمات و مراکز غیر مجاز (بعنوان مرکز فعال هوم کر به بیمار و مراجعین) به کارکنان	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۰۲/۲۰	۱۴۰۳/۰۲/۲۰	☐					میزان رعایت کارکنان	مصاحبه و مستندات	۱۰۰
۱۳	برگزاری کمیته مراقبت در منزل و تحلیل نتایج شاخص های هوم کر/عضلات/ نقاط قوت و	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	☐					تعداد کمیته برگزار شده	مشاهده و مستندات	۱۰۰

											ارتقا سلامت	سلامت	ضعف/ تصمیم گیری در خصوص ادامه یا قطع همکاری با هوم کر طرف قرارداد	
			۸۰	مشاهده و مستندات	میزان اصلاحات انجام شده		☐		۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	ارزیابی و تجزیه و تحلیل شاخص شناسایی و ارجاع بیماران بصورت فصلی	۱۴
			۸۰	مشاهده و مستندات	میزان اصلاحات انجام شده		☐		۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت- بهبود کیفیت	گزارش نتایج تحلیل ادمیت مجدد در کمیته هوم کر بصورت ماهانه و انجام مداخلات	۱۵
			۸۰	مشاهده و مستندات	میزان اصلاحات انجام شده		☐		۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	پایش تحلیلی کمیته مراقبت در منزل بصورت فصلی	۱۶
			۵۰	مشاهده و مصاحبه	تعداد تشویق ها		☐		۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	تشویق بخشهای فعال در شناسایی و ارجاع بیماران به واحد home care	۱۷
			۸۰	مشاهده و مستندات	میزان اصلاحات انجام شده		☐		۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	داشتن برنامه مداخله ای جهت رفع نقاط ضعف و افزایش میزان ارجاع و شناسایی بیماران نیازمند	۱۸
			۸۳,۸۵										مجموع	۱۹

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
۱	سه ماهه اول	به روز رسانی قرارداد با مراکز مورد تایید دانشگاه		به روز رسانی قرارداد با مراکز مورد تایید دانشگاه
۲	سه ماهه دوم			
۲	سه ماهه سوم			

			سه ماهه چهارم	۴
نام و امضاء ابرلاغ کننده	نام و امضاء تأیید کننده	نام و امضاء تهیه کنندگان		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البر
 مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
 واحد بهبود کیفیت

 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البر زمركز آموزشى، درمانى شهيد رجائى واحد بهبود كليت		کد شناسه : RH-QML-FO-03-05													
		G هدف کلان :		ارتقاء سلامت کارکنان			تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵								
		O هدف اختصاصی :		ارتقاء سلامت کارکنان به میزان ۳٪ طبق استانداردهای ده گانه ابلاغی وزارت بهداشت تا پایان سال ۱۴۰۳ (از ۷۷٪ به ۸۰٪)			تاریخ بازنگری : ۹۹/۱۲/۱۰								
		S استراتژی :		اجرایی نمودن استانداردهای دستورالعمل بسته خدمات پایه سلامت کارکنان			تاریخ ابلاغ : ۹۹/۱۲/۲۰								
برنامه عملیاتی : ارتقاء سلامت کارکنان															
ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	نحوه جمع آوری داده ها	میزان تحقق برنامه				
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم	
اقدامات عمومی	تشکیل کارگروه ارتقاء سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱/۳۰		☐					۱۰۰			
	تعیین اعضاء کارگروه ارتقاء سلامت کارکنان و صدور ابلاغ	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱/۳۰		☐					۱۰۰			
	تدوین برنامه عملیاتی ارتقاء سلامت کارکنان	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱/۳۰		☐					۱۰۰			

			۱۰۰				☐		۱۴۰۳/۱/۳۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	تدوین آئین نامه کمیته ارتقاء سلامت کارکنان و ابلاغ به اعضا تیم ارتقا سلامت
			۱۰۰				☐		۱۴۰۳/۱/۳۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت بهداشت حرفه ای	سوپروایزر ارتقا سلامت بهداشت حرفه ای	تشکیل شورا سلامت کارکنان
			۲۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	بهداشت حرفه ای	بهداشت حرفه ای	تشکیل پرونده سلامت جهت کارکنان
			۵۰				☐		۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	بهداشت حرفه ای	بهداشت حرفه ای	ضمیمه کردن مستندات ارزیابی اولیه سلامت کارکنان (معاینات بدو استخدام) در پرونده سلامت
			۸۰				☐		۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۳۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	ابلاغ دستورالعمل اجرایی بسته خدمات پایه سلامت کارکنان و اطلاع رسانی اقدامات انجام شده
			۱۰۰				☐		۱۴۰۳/۱/۳۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	نیازسنجی و تنظیم تقویم آموزشی حیطه ارتقاء سلامت کارکنان
			۸۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر آموزشی	برگزاری کلاس های آموزشی طبق برنامه زمانبندی
			۷۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه تغذیه سالم (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن
			۷۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر	سوپروایزر	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه فعالیت بدنی (دستور العمل، پمفلت،

											ارتقا سلامت	ارتقا سلامت و آموزش	پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن	
			۷۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه یشگیری از حوادث محیط (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن	
			۷۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه حفظ سلامت محیط کار (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن	
			۷۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه خطر سنجی سکتة قلبی و مغزی (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن	
			۷۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه منع مصرف دخانیات (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن	
			۷۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه حفظ سلامت روان و غلبه بر استرس شغلی (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن	

			۱۰۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه انجام واکسیناسیون (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن	
			۸۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه بیماری های دیابت، قلبی، تنفسی (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن	
			۸۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۳۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	ابلاغ خط مشی و روش مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه کارکنان و برنامه ریزی جهت آگاهی کارکنان از آن	
			۸۰				☐		پایان هر فصل	پایان هر فصل	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	انجام خود ارزیابی دوره ای بصورت فصلی (در صورت امکان HPH)	
			۸۰			☐	☐	☐	پایان هر فصل	پایان هر فصل	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	برنامه مداخله ای پیرو ارزیابی های انجام شده و گزارش به مسئولین بیمارستان و دانشگاه از روند اجرایی	
			۸۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۰۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	ابلاغ تقویم مناسبت های بهداشتی به کلیه بخش ها و اطلاع نتایج به کارکنان	
			۵۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۱	۱۴۰۳/۲/۳۱	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول واحد تغذیه	انتخاب های سالم تغذیه ای جهت کارکنان در غذای روزانه و میان وعده (انتخاب میوه، سبزیجات و لبنیات کم چرب، غلات کامل و ..)	تغذیه سالم و
			۸۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۱	۱۴۰۳/۲/۳۱	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول واحد تغذیه	تجهیز آشپزخانه و بوفه جهت تهیه غذای سالم (یخچال-اجاق گاز - مایکروفر و ...)	کنترل وزن

				۸۰			☐	☐	هر شش ماه	هر شش ماه	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس تغذیه	ویزیت توسط کارشناس یا متخصص تغذیه جهت ارزیابی وضعیت تغذیه و اندازه گیری BMI کارکنان هر ۶ ماه
				۸۰				☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس تغذیه	برگزاری کلاس آموزشی تغذیه سالم جهت کارکنان
				۸۰			☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول روابط عمومی	تنظیم قرارداد با ادارات ورزش یا سازمان های مرتبط برای در اختیار نهادن سالن های ورزشی در نزدیک به محل کار برای کارکنان
				۵۰				☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	تشویق کارکنان به افزایش فعالیت بدنی توسط مدیران (کارمند نمونه، پاداش، ماموریت ورزشی و...) و مطلع ساختن کارکنان از این امتیاز
				۸۰			☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول روابط عمومی	برنامه ریزی در خصوص برگزاری مسابقات ورزشی جهت کارکنان (فکری / حرکتی) متناسب با مناسبات بهداشتی
				۸۰			☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول روابط عمومی	برنامه ریزی در خصوص برگزاری برنامه پیاده روی گروهی و اطلاع به کارکنان
				۵۰				☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس بهداشت حرفه ای	برگزاری کلاس های آموزشی فعالیت بدنی توسط متخصص ورزش
حوادث محیط کار				۸۰				☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس بهداشت حرفه ای	ثبت اطلاعات حوادث محیط کار (حوادث رخ داده و شبه حوادث در محیط کار)
				۸۰			☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر	کارشناس بهداشت	ایجاد محیط ایمن جهت کارکنان (پلکان و راه فرار- ایمنی تجهیزات الکتریکی، انبارش ایمن

											ارتقا سلامت	حرفه ای	(مواد)
			۸۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول تاسیسات	استاندارد سازی و فیکس نمودن کمدهای پاویون پرستاری کارکنان
			۸۰				☐		سالیانه	سالیانه	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول تجهیزات پزشکی	پیگیری بازدیدهای دوره ای مهندس تجهیزات پزشکی و تایید ایمنی تجهیزات الکتریکی در سازمان
			۱۰۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۲۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس کنترل عفونت	ابلاغ دستورالعمل های مواجهه شغلی و حوادث کار (ریکاپ کردن، نیدل استیک و ...) به کارکنان
سلامت محیط کار جهت کارکنان			۷۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس بهداشت حرفه ای	آموزش اصول ارگونومی (آموزش در هنگام نشستن و خم شدن مکرر ، بلند کردن دست و)
			۸۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس بهداشت حرفه ای	در اختیار گذاشته وسایل حفاظت فردی با کیفیت
			۸۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول تاسیسات	برنامه ریزی جهت بازدیدهای دوره ای مهندس بهداشت محیط و تایید تهویه محیط کار
			۸۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس بهداشت محیط	برنامه ریزی جهت گندزدایی و نظافت محیط کار بر اساس برنامه مدون و به شکل مناسب.
			۸۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر	کارشناس بهداشت	ایجاد محیط ایمن در محیط کار کارکنان (نصب ضربه گیر ، خطر لیز خوردگی ، انبارش ایمن و

	(....)	حرفه ای	ارتقا سلامت										
	ارزیابی پلویون های پرستاری و انجام مداخلات اصلاحی	کارشناس بهداشت حرفه ای	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	☐	☐					۵۰	
	برنامه ریزی جهت شستشوی و نظافت سرویس های بهداشتی در دسترس کارکنان	کارشناس بهداشت محیط	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	☐	☐					۸۰	
	نصب پوسترهای مروج خطرسنجی سکتة های قلبی ومغزی و... در کلیه واحدها	مسئول روابط عمومی	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	☐	☐					۸۰	
	انجام خطرسنجی سکتة های مغزی و قلبی کارکنان در قالب معاینات دوره‌ای	پزشک طب کار	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	☐	☐					۵۰	
	انجام اقدامات اصلاحی پس از شناسائی گروه‌های پرخطر	کارشناس بهداشت محیط	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	☐	☐					۸۰	
کنترل مصرف دخانیات	ابلاغ قانون کشوری منع مصرف قانون کشوری منع مصرف دخانیات به کارکنان	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۳/۲۰	☐	☐					۱۰۰	
	نصب علایم منع مصرف دخانیات در بیمارستان	مسئول روابط عمومی	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۳/۲۰	۱۴۰۳/۳/۲۰	☐	☐					۹۰	
	برگزاری کمپین دخانیات طبق تقویم بهداشتی و اطلاع نتایج به کارکنان	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	۱۴۰۳/۰۳/۰۴	۱۴۰۳/۰۳/۱۰	☐	☐					۸۰	

			۸۰			☐	☒	☐	۱۴۰۳/۰۳/۱۰	۱۴۰۳/۰۳/۰۴	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	برگزاری جلسات آموزشی ترک دخانیات جهت کارکنان
			۸۰				☒	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول روابط عمومی	در نظر گرفتن تسهیلات حمایت مالی برای کارکنان (وام و...)
			۵۰			☐	☒	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول روابط عمومی	فراهم نمودن امکانات مراقبت از فرزندان کارکنان (مهد کودک)
			۵۰			☐	☒	☐	هر شش ماه	هر شش ماه	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	انجام ارزیابی سلامت روانی و میزان استرس شغلی کارکنان هر ۶ ماه یکبار و اقدامات اصلاحی
			۸۰				☒	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	دعوت از کارشناس یا متخصص سلامت روان جهت مشاوره سلامت روان کارکنان و اطلاع رسانی به آنان
			۵۰				☒	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	برگزاری جلسات گروه درمانی جهت کارکنان
			۸۰			☐	☒	☒	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر آموزش	برگزاری کلاسهای آموزشی مدیریت تعارض، مدیریت زمان، مهارتهای زندگی، مدیریت خشم، مدیریت حل مسئله، سلامت زناشویی، فرزندپروری توسط متخصص روانپزشک یا روانشناس جهت کارکنان
			۸۰			☐	☒	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر آموزش	برگزاری کلاسهای آموزشی جهت آشنایی با بیماریهای مهم (دیابت ، سرطان ،بیماریهای قلبی و تنفسی)
			۱۰۰			☐	☒	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر	سوپروایزر	انجام واکسیناسیون در خصوص برخی از بیماریها جهت کارکنان

		انجام غربالگری قند خون کارکنان طبق تقویم بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی و اطلاع نتایج به کارکنان انجام غربالگری کولورکتال کارکنان طبق تقویم بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی و اطلاع نتایج پیگیری انجام معاینات دوره ای ابلاغ دستورالعمل ها به کارکنان پیگیری انجام معاینات دوره ای ابلاغ دستورالعمل ها به کارکنان به کارکنان انجام غربالگری سرطان سینه(معاینه برست) و رحم(پاپ اسمیر) کارکنان طبق تقویم بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی و اطلاع نتایج به کارکنان		
آموزش انفرادی ، گروهی و مجازی دعوت از متخصصین ورزش دانشگاه و مرکز بهداشت ارزیابی سلامت روانی و میزان استرس شغلی کارکنان با پرسشنامه پرسال و انجام اقدامات اصلاحی انجام هماهنگی لازم با مرکز بهداشت غرب کرج		تشویق کارکنان به افزایش فعالیت بدنی توسط مدیران (کارمند نمونه،پاداش،ماموریت ورزشی و...) و مطلع ساختن کارکنان از این امتیاز کارکنان(معاینات بدو استخدام) در پرونده سلامت انجام ارزیابی سلامت روانی و میزان استرس شغلی کارکنان هر ۶ ماه یکبار و اقدامات اصلاحی انجام غربالگری قند خون کارکنان طبق تقویم بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی و اطلاع نتایج به کارکنان انجام غربالگری کولورکتال کارکنان طبق تقویم بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی و اطلاع نتایج به کارکنان انجام غربالگری سرطان سینه(معاینه برست) و رحم(پاپ اسمیر) کارکنان طبق تقویم بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی و اطلاع نتایج به کارکنان	سه ماهه اول ۱۴۰۳/۰۴/۰۱	
			سه ماهه دوم ۱۴۰۳/۰۷/۰۱	
			سه ماهه سوم ۱۴۰۳/۱۰/۰۱	
			سه ماهه چهارم	
نام و امضاء ابلاغ کننده	نام و امضاء تأیید کننده	نام و امضاء تهیه کنندگان		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البر
 زمکرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
 واحد بهبود کیفیت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البر
زمركز آموزشى، درمانى شهيد رجاى
واحد بهبود كليت

G هدف كلان :			ارتقاء سلامت كاركن	كود شناسه :- RH-QML-FO-03-05
O هدف اختصاصى :			ارتقاء سلامت كاركنان به ميزان ۳٪/طبق استانداردهاى ده گانه ابلاغى وزارت بهداشت تا پايان سال ۱۴۰۳ (از ۷۷٪ به ۸۰٪)	تاريخ تهيه : ۹۵/۰۹/۱۵
S استراتژى :			اجرايى نمودن استانداردهاى دستورالعمل بسته خدمات پايه سلامت كاركنان	تاريخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۰۱/۲۰
برنامه عملياتى : ارتقاء سلامت كاركنان				

رديف	نام فعاليت	مسئول اجرا	مسئول پايش	زمان شروع	زمان پايان	منابع مورد نياز			شاخص ارزيايى	نحوه جمع آورى داده ها	ميزان تحقق برنامه			
						مالى	انسانى	فيزيكي			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
اقدامات عمومى	تشكيل كارگروه ارتقاء سلامت	سوپروايزر ارتقا سلامت	سوپروايزر سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱/۳۰		☐				۱۰۰			
	تعيين اعضاء كارگروه ارتقاء سلامت كاركنان و صدور ابلاغ	سوپروايزر ارتقا سلامت	سوپروايزر سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱/۳۰		☐				۱۰۰			
	تدوين برنامه عملياتى ارتقاء سلامت كاركنان	سوپروايزر ارتقا سلامت	سوپروايزر سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱/۳۰		☐				۱۰۰			
	تدوين آئين نامه كميتيه ارتقاء سلامت كاركنان و ابلاغ به اعضا تيم ارتقا سلامت	سوپروايزر ارتقا سلامت	سوپروايزر سلامت	۱۴۰۳/۱/۲۰	۱۴۰۳/۱/۳۰		☐				۱۰۰			

			۱۰۰				☐		۱۴۰۳/۱/۳۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت —بهداشت حرفه ای	سوپروایزر ارتقا سلامت —بهداشت حرفه ای	تشکیل شورا سلامت کارکنان	
			۲۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	بهداشت حرفه ای	بهداشت حرفه ای	تشکیل پرونده سلامت جهت کارکنان	
			۵۰				☐		۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	بهداشت حرفه ای	بهداشت حرفه ای	ضمیمه کردن مستندات ارزیابی اولیه سلامت کارکنان (معاینات بدو استخدام) در پرونده سلامت	
			۸۰				☐		۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۳۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	ابلاغ دستورالعمل اجرایی بسته خدمات پایه سلامت کارکنان و اطلاع رسانی اقدامات انجام شده	
			۱۰۰				☐		۱۴۰۳/۱/۳۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	نیازسنجی و تنظیم تقویم آموزشی حیطه ارتقاء سلامت کارکنان	
			۸۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر آموزشی	برگزاری کلاس های آموزشی طبق برنامه زمانبندی	
			۷۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه تغذیه سالم (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن	
			۷۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه فعالیت بدنی (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن	

			۷۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه یشگیری از حوادث محیط (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن	
			۷۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه حفظ سلامت محیط کار (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن	
			۷۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه خطر سنجی سکنه قلبی و مغزی (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن	
			۷۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه منع مصرف دخانیات (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن	
			۷۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه حفظ سلامت روان و غلبه بر استرس شغلی (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن	
			۱۰۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه انجام واکسیناسیون (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از	

													وجود و محتوی آن	
			۸۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت و آموزش	تدوین و ابلاغ دستورالعمل های آموزشی در حیطه بیماری های دیابت، قلبی، تنفسی (دستور العمل، پمفلت، پوستر، بروشور و ...) و اطلاع کارکنان از وجود و محتوی آن	
			۸۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۰	۱۴۰۳/۲/۳۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	ابلاغ خط مشی و روش مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه کارکنان و برنامه ریزی جهت آگاهی کارکنان از آن	
			۸۰				☐		پایان هر فصل	پایان هر فصل	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	انجام خود ارزیابی دوره ای بصورت فصلی (در صورت امکان HPH)	
			۸۰			☐	☐	☐	پایان هر فصل	پایان هر فصل	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	برنامه مداخله ای پیرو ارزیابی های انجام شده و گزارش به مسئولین بیمارستان و دانشگاه از روند اجرایی	
			۸۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۰۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	ابلاغ تقویم مناسبتهای بهداشتی به کلیه بخش ها و اطلاع نتایج به کارکنان	
			۵۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۱	۱۴۰۳/۲/۳۱	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول واحد تغذیه	انتخاب های سالم تغذیه ای جهت کارکنان در غذای روزانه و میان وعده (انتخاب میوه، سبزیجات و لبنیات کم چرب، غلات کامل و ..)	تغذیه سالم و کنترل وزن
			۸۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۲/۳۱	۱۴۰۳/۲/۳۱	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول واحد تغذیه	تجهیز آشپزخانه و بوفه جهت تهیه غذای سالم (یخچال-اجاق گاز – مایکروفر و ...)	
			۸۰			☐	☐	☐	هر شش ماه	هر شش ماه	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس تغذیه	ویزیت توسط کارشناس یا متخصص تغذیه جهت ارزیابی وضعیت تغذیه و اندازه گیری BMI کارکنان هر ۶ ماه	

			۸۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس تغذیه	برگزاری کلاس آموزشی تغذیه سالم جهت کارکنان
			۸۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول روابط عمومی	تنظیم قرارداد با ادارات ورزش یا سازمان های مرتبط برای در اختیار نهادن سالن های ورزشی در نزدیک به محل کار برای کارکنان
			۵۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	تشویق کارکنان به افزایش فعالیت بدنی توسط مدیران (کارمند نمونه، پاداش، ماموریت ورزشی و...) و مطلع ساختن کارکنان از این امتیاز
			۸۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول روابط عمومی	برنامه ریزی در خصوص برگزاری مسابقات ورزشی جهت کارکنان (فکری / حرکتی) متناسب با مناسبات بهداشتی
			۸۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول روابط عمومی	برنامه ریزی در خصوص برگزاری برنامه پیاده روی گروهی و اطلاع به کارکنان
			۵۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس بهداشت حرفه ای	برگزاری کلاس های آموزشی فعالیت بدنی توسط متخصص ورزش
حوادث محیط کار			۸۰				☐		۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس بهداشت حرفه ای	ثبت اطلاعات حوادث محیط کار (حوادث رخ داده و شبه حوادث در محیط کار)
			۸۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس بهداشت حرفه ای	ایجاد محیط ایمن جهت کارکنان (پلکان و راه فرار - ایمنی تجهیزات الکتریکی، انبارش ایمن مواد)
			۸۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر	مسئول	استاندارد سازی و فیکس نمودن کمدهای

											ارتقا سلامت	تاسیسات	پایون پرستاری کارکنان	
			۸۰				☐		سالیانه	سالیانه	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول تجهیزات پزشکی	پیگیری بازدیدهای دوره ای مهندس تجهیزات پزشکی و تایید ایمنی تجهیزات الکتریکی در سازمان	
			۱۰۰				☐	☐	۱۴۰۳/۲/۲۰	۱۴۰۳/۲/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس کنترل عفونت	ابلاغ دستورالعمل های مواجهه شغلی و حوادث کار (ریکاپ کردن، نیدل استیک و ...) به کارکنان	
			۷۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس بهداشت حرفه ای	آموزش اصول ارگونومی (آموزش در هنگام نشستن و خم شدن مکرر ، بلند کردن دست و (	سلامت محیط کار جهت کارکنان
			۸۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس بهداشت حرفه ای	در اختیار گذاشته وسایل حفاظت فردی با کیفیت	
			۸۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول تاسیسات	برنامه ریزی جهت بازدیدهای دوره ای مهندس بهداشت محیط و تایید تهویه محیط کار	
			۸۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس بهداشت محیط	برنامه ریزی جهت گندزدایی و نظافت محیط کار بر اساس برنامه مدون و به شکل مناسب.	
			۸۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس بهداشت حرفه ای	ایجاد محیط ایمن در محیط کار کارکنان (نصب ضربه گیر ،خطر لیز خوردگی ، انبارش ایمن و)	

			۵۰			☐	☒	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس بهداشت حرفه ای	ارزیابی پایون های پرستاری و انجام مداخلات اصلاحی	
			۸۰				☒	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس بهداشت محیط	برنامه ریزی جهت شستشوی و نظافت سرویس های بهداشتی در دسترس کارکنان	
			۸۰			☐	☒	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول روابط عمومی	نصب پوسترهای مروج خطرسنجی سکنه های قلبی ومغزی و... در کلیه واحدها	
			۵۰				☒	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	پزشک طب کار	انجام خطرسنجی سکنه های مغزی و قلبی کارکنان در قالب معاینات دوره‌ای	
			۸۰			☐	☒	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	کارشناس بهداشت محیط	انجام اقدامات اصلاحی پس از شناسائی گروه‌های پرخطر	
			۱۰۰				☒	☐	۱۴۰۳/۳/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	ابلاغ قانون کشوری منع مصر قانون کشوری منع مصرف دخانیات به کارکنان	کنترل مصرف دخانیات
			۹۰			☐	☒	☐	۱۴۰۳/۳/۲۰	۱۴۰۳/۳/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول روابط عمومی	نصب علایم منع مصرف دخانیات در بیمارستان	
			۸۰			☐	☒	☐	۱۴۰۳/۰۳/۱۰	۱۴۰۳/۰۳/۰۴	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	برگزاری کمپین دخانیات طبق تقویم بهداشتی و اطلاع نتایج به کارکنان	
			۸۰			☐	☒	☐	۱۴۰۳/۰۳/۱۰	۱۴۰۳/۰۳/۰۴	سوپروایزر	سوپروایزر	برگزاری جلسات آموزشی ترک دخانیات جهت کارکنان	

											ارتقا سلامت	ارتقا سلامت		
			۸۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول روابط عمومی	در نظر گرفتن تسهیلات حمایت مالی برای کارکنان (وام و...)	سلامت روان و استرس شغلی
			۵۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	مسئول روابط عمومی	فراهم نمودن امکانات مراقبت از فرزندان کارکنان (مهد کودک)	
			۵۰			☐	☐	☐	هر شش ماه	هر شش ماه	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	انجام ارزیابی سلامت روانی و میزان استرس شغلی کارکنان هر ۶ ماه یکبار و اقدامات اصلاحی	
			۸۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	دعوت از کارشناس یا متخصص سلامت روان جهت مشاوره سلامت روان کارکنان و اطلاع رسانی به آنان	
			۵۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	برگزاری جلسات گروه درمانی جهت کارکنان	
			۸۰			☐	☐	*	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر آموزش	برگزاری کلاسهای آموزشی مدیریت تعارض، مدیریت زمان، مهارتهای زندگی، مدیریت خشم، مدیریت حل مسئله، سلامت زناشویی، فرزندپروری توسط متخصص روانپزشک یا روانشناس جهت کارکنان	
			۸۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر آموزش	برگزاری کلاسهای آموزشی جهت آشنایی با بیماریهای مهم (دیابت ، سرطان ،بیماریهای قلبی و تنفسی)	نشانه های بیماری
			۱۰۰			☐	☐	☐	۱۴۰۳/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۱/۲۰	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر کنترل عفونت	انجام واکسیناسیون در خصوص برخی از بیماریها جهت کارکنان	ی با پیشگیر

			۸۰				☐	☐	۱۴۰۳/۰۳/۰۳	۱۴۰۳/۰۲/۲۷	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	انجام غربالگری فشار خون کارکنان طبق تقویم بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی و اطلاع نتایج به کارکنان	
			۶				☐	☐	۱۴۰۳/۰۸/۳۰	۱۴۰۳/۰۸/۲۳	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	انجام غربالگری قند خون کارکنان طبق تقویم بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی و اطلاع نتایج به کارکنان	
			۵۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۱/۰۸	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	انجام غربالگری کولورکتال کارکنان طبق تقویم بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی و اطلاع نتایج به کارکنان	
			۵۰				☐	☐	۱۴۰۳/۱۱/۱۵	۱۴۰۳/۱۱/۰۸	سوپروایزر ارتقا سلامت	سوپروایزر ارتقا سلامت	انجام غربالگری سرطان سینه(معاینه برست) و رحم(پاپ اسمیر) کارکنان طبق تقویم بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی و اطلاع نتایج به کارکنان	
			۷۵,۳۹				☐	☐					مجموع	

ردیف	تاریخ	تشکیل پرونده سلامت جهت کارکنان ضمیمه کردن مستندات ارزیابی اولیه سلامت تشویق کارکنان به افزایش فعالیت بدنی توسط مدیران (کارمند نمونه، پاداش، ماموریت ورزشی و...) و مطلع ساختن کارکنان از این امتیاز کارکنان (معاینات بدو استخدام) در پرونده سلامت فراهم نمودن امکانات مراقبت از فرزندان کارکنان (مهد کودک) انجام ارزیابی سلامت روانی و میزان استرس شغلی کارکنان		پیگیری انجام معاینات دوره ای ابلاغ دستورالعمل ها به کارکنان آموزش انفرادی ، گروهی و مجازی دعوت از متخصصین ورزش دانشگاه و مرکز بهداشت ارزیابی سلامت روانی و میزان استرس شغلی کارکنان با پرسشنامه پرسال و انجام اقدامات اصلاحی انجام هماهنگی لازم با مرکز بهداشت غرب کرج
------	-------	--	--	--

		هر ۶ ماه یکبار و اقدامات اصلاحی انجام غربالگری قند خون کارکنان طبق تقویم بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی و اطلاع نتایج به کارکنان انجام غربالگری کولورکتال کارکنان طبق تقویم بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی و اطلاع نتایج پیگیری انجام معاینات دوره ای ابلاغ دستورالعمل ها به کارکنان پیگیری انجام معاینات دوره ای ابلاغ دستورالعمل ها به کارکنان به کارکنان انجام غربالگری سرطان سینه(معاینه برست) و رحم(پاپ اسمیر) کارکنان طبق تقویم بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی و اطلاع نتایج به کارکنان		
آموزش انفرادی ، گروهی و مجازی دعوت از متخصصین ورزش دانشگاه و مرکز بهداشت ارزیابی سلامت روانی و میزان استرس شغلی کارکنان با پرسشنامه پرسال و انجام اقدامات اصلاحی انجام هماهنگی لازم با مرکز بهداشت غرب کرج		تشویق کارکنان به افزایش فعالیت بدنی توسط مدیران (کارمند نمونه،پاداش،ماموریت ورزشی و...) و مطلع ساختن کارکنان از این امتیاز کارکنان(معاینات بدو استخدام) در پرونده سلامت انجام ارزیابی سلامت روانی و میزان استرس شغلی کارکنان هر ۶ ماه یکبار و اقدامات اصلاحی انجام غربالگری قند خون کارکنان طبق تقویم بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی و اطلاع نتایج به کارکنان انجام غربالگری کولورکتال کارکنان طبق تقویم بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی و اطلاع نتایج به کارکنان انجام غربالگری سرطان سینه(معاینه برست) و رحم(پاپ اسمیر) کارکنان طبق تقویم بهداشتی و انجام اقدامات اصلاحی و اطلاع نتایج به کارکنان	۱۴۰۳/۰۴/۰۱	سه ماهه اول
			۱۴۰۳/۰۷/۰۱	سه ماهه دوم

			۱۴۰۳/۱۰/۰۱	سه ماهه سوم
				سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

هدف کلان :	توسعه و بهبود فیزیکی و تجهیزاتی بیمارستان	کد شناسه : RH-QML-FO-03-06
استراتژی :	نهادینه کردن مدیریت علمی منابع انسانی و فیزیکی در بیمارستان	تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵
هدف اختصاصی :	راه اندازی بخش اکو	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۲/۱۲/۱۵
هدف عملیاتی :	راه اندازی بخش اکو	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۲/۱۲/۱۵
شاخص برنامه :	درصد پیشرفت پروژه	

ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
	تامین فضای مناسب	تیم اجرایی	رئیس مرکز	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۶/۱					۱۰	۱۰۰			
۱	بهسازی فضا CCU سابق	تیم اجرایی	رئیس مرکز	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۶/۱				مشاهده	۱۰	۱۰۰			
۲	تامین مالی از طریق جذب خیرین یا درآمد اختصاصی	تیم اجرایی	رئیس مرکز	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۶/۱				مشاهده	۱۰	۱۰۰			
۳	ساخت بخش مطابق استانداردها	تیم اجرایی	رئیس مرکز	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۶/۱				مشاهده	۱۰	۱۰۰			
۴	تجهیز بخش	تیم اجرایی	رئیس مرکز	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۶/۱				مشاهده	۱۰	۱۰۰			
۵	تامین نیروی انسانی	تیم اجرایی	رئیس مرکز	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۶/۱				مشاهده	۱۰	۱۰۰			
۸	راه اندازی و افتتاح بخش	تیم اجرایی	رئیس مرکز	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۶/۱				مستندات	۱۰	10			
	میانگین										۱۰۰			

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
------	-------	--------------------	---------------	------------------

		۷۶,۲۵		سه ماهه اول
				سه ماهه دوم
				سه ماهه سوم
				سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه: RH-QML-FO-03-06				توسعه زیرساخت‌های ارتباطی و اطلاعاتی					هدف کلان:		 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت			
تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی					استراتژی:					
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵				معرفی خدمات منحصر به فرد مرکز					هدف اختصاصی:					
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵				میزان معرفی مرکز توسط مراجعین به سایر افراد جامعه					هدف عملیاتی:					
				درصد معرفی مرکز به سایرین					شاخص برنامه:					
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
	0	0		۱۵	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۳/۱۵	مدیر مرکز	مسئولین بخش ها	اطلاع رسانی کیس‌ها و جراحی خاص به روابط عمومی در ۲۴ ساعت شبانه روز	۱
	40	0		۱۰	مستندات			۵۰۰ میلیون ریال	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۳/۱۵	مدیر مرکز	مسئول روابط عمومی	معرفی پزشکان در شبکه های مجازی	۲
	20	70		۱۵	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۳/۱۵	مدیر مرکز	مسئول روابط عمومی	هماهنگی با صدا و سیما در جهت معرفی پزشکان	۳
	50	50		۵	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۳/۱۵	مدیر مرکز	مسئول ارتقا سلامت	پخش مستمر فیلم های آموزشی از تلویزیون های مرکز	۴
	80	80		۵	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۳/۱۵	مدیر مرکز	مسئول روابط عمومی	یکپارچه سازی قالب و رنگ بیمارستان	۵
	100	100		۱۰	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۳/۱۵	مدیر مرکز	مسئول روابط عمومی	اطلاع رسانی مناسبیت ها هفته سلامت به همراه غربالگری رایگان جهت بالا بردن سطح سلامت جامعه	۸

۹	همکاری با شرکت های دارویی در جهت استفاده از سالن مورنینگ	مسئول روابط عمومی	مدیر مرکز	۱۴۰۳/۳/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰	0	40		
۱۰	انتشار مقالات در سایت توسعه و تحقیقات بالینی	کارشناس پژوهش	مدیر مرکز	۱۴۰۳/۳/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۵	100	100		
۱۱	تهیه کلیپ معرفی پزشکان و پخش در مانیتورهای مرکز	مسئول روابط عمومی	مدیر مرکز	۱۴۰۳/۳/۱۵	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				مشاهده	۱۰	80	60		
	میانگین													

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۱

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول				
سه ماهه دوم				نصب تابلو ورودی مرکز بخش کلیپ در تلویزیون های کلینیک معرفی خدمات جدید در مرکز
سه ماهه سوم				
سه ماهه چهارم				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز-مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

G هدف کلان :

S استراتژی :

O هدف اختصاصی :

هدف عملیاتی :

شاخص برنامه :

دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی

نهادینه کردن برنامه ۶-های بهبود کیفیت و اعتباربخشی

ارتقا امتیاز محور رهبری و مدیریت ۳,۷۵ از ۷۵ امتیاز تا پایان سال ۱۴۰۴

کسب امتیاز کامل از چک لیست خودارزیابی تا انتهای سال ۱۴۰۴

درصد امتیاز کسب شده از خودارزیابی انجام شده در هر فصل

کد شناسه: RH-QML-FO-03-06

تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵

میزان پیشرفت برنامه

ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	سه ماهه اول			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم	
۱	بازنگری سیاست‌های کلان	تیم اجرایی	دفتر بهبود کیفیت	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱/۳۰				مستندات	۵	۱۰۰			
۲	بروزرسانی نمودار سازمانی	تیم اجرایی	دفتر بهبود کیفیت	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱/۳۰				مستندات	۵	۱۰۰			
۳	تدوین برنامه استراتژیک	تیم اجرایی	دفتر بهبود کیفیت	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱/۳۰				مستندات	۱۰	۱۰۰			
۴	تدوین و تصویب برنامه عملیاتی	تیم اجرایی و مسئولین	دفتر بهبود کیفیت	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱/۳۰				مستندات	۵	۱۰۰			
۵	بازنگری فرآیندهای اصلی	تیم اجرایی	دفتر بهبود کیفیت	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱/۳۰				مستندات	۵	۱۰۰			
۶	تدوین شناسنامه شاخص ها	دفتر بهبود کیفیت	تیم اجرایی	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱/۳۰					۵	۱۰۰			

۷	استفاده از شاخص‌ها در تصمیم‌گیری	تیم اجرایی	دفتر بهبود کیفیت	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۳۰				مستندات	۵	100	100	
۸	شناسایی فرصت‌های بهبود	تیم اجرایی	دفتر بهبود کیفیت	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۳۰				مستندات	۵	100	100	
۹	تدوین اقدامات اصلاحی	تیم اجرایی	دفتر بهبود کیفیت	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۳۰				مستندات	۵	100	100	
۱۰	دریافت نظرات و پیشنهادات ذینفعان	تیم اجرایی	دفتر بهبود کیفیت	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۳۰				مستندات	۵	70	80	
۱۱	برگزاری کمیته‌های بیمارستانی	تیم اجرایی	دفتر بهبود کیفیت	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۳۰				مستندات	۵	100	80	
۱۲	پایش اجرای مصوبات کمیته‌های بیمارستانی	تیم اجرایی	دفتر بهبود کیفیت	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۳۰				مستندات	۵	100	100	
۱۳	بازدید از بخش‌ها/واحدها توسط هر یک از اعضای تیم	تیم اجرایی	دفتر بهبود کیفیت	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۳۰				مستندات	۵	100	80	
۱۴	دریافت و رسیدگی به گزارش‌های واصله	تیم اجرایی	دفتر بهبود کیفیت	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۳۰				مستندات	۵	100	100	
۱۵	ارزیابی اثربخشی برنامه‌های ایمنی	تیم اجرایی	کارشناس هماهنگ کننده	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۳۰				مستندات	۵	100	100	

۱۶	ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار	تیم اجرایی	کارشناس هماهنگ کننده	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۳۰					مستندات	۵	100	100	
۱۷	توسعه و ترویج اخلاق بالینی	تیم اجرایی	کمیته اخلاق	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۳۰					مستندات	۵	100	100	
۱۸	نظارت بر رعایت منشور حقوق بیمار	تیم اجرایی	مسئول حقوق گیرنده	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۳۰					مصاحبه	۵	100	100	
۱۹	بررسی روند بهیمنگی تخت‌های بستری عادی و ویژه	تیم اجرایی	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۳۰					مستندات	۵	100	100	
	میانگین													
		۹۵ ۹۸												

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول				
سه ماهه دوم				نظارت بر استفاده از شاخص ها در کمیته ها برگزاری منظم کمیته ها پایش اثربخشی مصوبات کمیته
سه ماهه سوم				
سه ماهه چهارم				

گانت چارت:

فعالیت											
ماه ۱	ماه ۲	ماه ۳	ماه ۴	ماه ۵	ماه ۶	ماه ۷	ماه ۸	ماه ۹	ماه ۱۰	ماه ۱۱	ماه ۱۲
بازنگری سیاست‌های کلان *											

											*	بروزرسانی نمودار سازمانی
											*	تدوین برنامه استراتژیک
											*	تدوین و تصویب برنامه عملیاتی
											*	بازنگری فرآیندهای اصلی
											*	تدوین شناسنامه شاخص ها
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	استفاده از شاخص ها در تصمیم گیری
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	شناسایی فرصت های بهبود
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	تدوین اقدامات اصلاحی
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	دریافت نظرات و پیشنهادات ذینفعان
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	برگزاری کمیته های بیمارستانی
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	پایش اجرای مصوبات کمیته های بیمارستانی
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	بازدید از بخش ها/واحدها توسط هر یک از اعضای تیم
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	دریافت و رسیدگی به گزارش های واصله
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ارزیابی اثربخشی برنامه های ایمنی
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	توسعه و ترویج اخلاق بالینی
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	نظارت بر رعایت منشور حقوق بیمار

*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	بررسی روند بهینگی تخت‌های بستری عادی و ویژه
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه: RH-QML-FO-03-06				بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیمار						G هدف کلان:		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		
تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی						S استراتژی:				
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵				کاهش میزان ترک با رضایت شخصی از ۱۱,۴۴ به ۱۰ درصد تا پایان سال ۱۴۰۳						O هدف اختصاصی:				
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵				کاهش میزان ترک با رضایت شخصی از ۷,۰۸ به ۵ درصد تا پایان سال ۱۴۰۳						هدف عملیاتی:				
				میزان ترخیص با رضایت شخصی						شاخص برنامه:				
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
	100	100		۱۵	مستندات				۰۳/۱۲/۲۹	۰۳/۳/۱	مدیر پرستاری	دفتر بهبود	گزارش موارد ترخیص با رضایت شخصی به صورت روزانه به دفتر بهبود کیفیت	۱
	0	۰		۱۵	مستندات				۰۳/۱۲/۲۹	۰۳/۳/۱	مدیر پرستاری	دفتر بهبود	تماس با افراد و بررسی علل ترک	۲
	100	۱۰۰		۲۰	مستندات				۰۳/۱۲/۲۹	۰۳/۳/۱	مدیر پرستاری	دفتر بهبود	ریشه یابی عوامل ترخیص	۳
	100	۱۰۰		۲۰	مستندات				۰۳/۱۲/۲۹	۰۳/۳/۱	مدیر پرستاری	دفتر بهبود	طرح نتیجه در کمیته اخلاق، اورژانس	۴
	100	۱۰۰		۲۰	مستندات				۰۳/۱۲/۲۹	۰۳/۳/۱	مدیر پرستاری	دفتر بهبود	رفع اشکالات و نواقص مشاهده شده	۵
	100	۱۰۰		۱۵					۰۳/۱۲/۲۹	۰۳/۳/۱	مدیر پرستاری	سوپروایزر	رسیدگی به موارد ترخیص رضایت شخصی توسط سوپروایزر	

		۸۳	۸۳									میانگین													
پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۱																									
راهکارهای اصلاحی					تجزیه و تحلیل			گزارش پایش سه ماهه			تاریخ		ردیف												
عدم وجود تخت خالی احساس بهبودی نظارت بر موارد کارت شده توسط پزشک عمومی نظارت بر ترخیص بیمار از بخش													سه ماهه اول												
													سه ماهه دوم												
													سه ماهه سوم												
													سه ماهه چهارم												
گانت چارت:																									
۱۲ ماه		۱۱ ماه		۱۰ ماه		۹ ماه		۸ ماه		۷ ماه		۶ ماه		۵ ماه		۴ ماه		۳ ماه		۲ ماه		۱ ماه		فعالیت	
*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		گزارش موارد ترخیص با رضایت شخصی به صورت روزانه به دفتر بهبود کیفیت	
*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		تماس با افراد و بررسی علل ترک	
*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		ریشه یابی عوامل ترخیص	
*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		طرح نتیجه در کمیته اخلاق، اورژانس	
*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		رفع اشکالات و نواقص مشاهده شده	
*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		*		رسیدگی به موارد ترخیص رضایت شخصی توسط سوپروایزر	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز-مرکز
آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز-مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		G هدف کلان :		بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیمار										
		S استراتژی :		نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی										
		O هدف اختصاصی :		افزایش میزان رضایت مندی بیماران از ۷۸ درصد به ۸۰ درصد تا پایان سال ۱۴۰۳										
		هدف عملیاتی :		افزایش میزان رضایت بیماران از ۶۹ درصد به ۷۵ درصد تا پایان سال ۱۴۰۳										
		شاخص برنامه :		درصد رضایت مندی بیماران										
ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	بهبود سیستم تهویه مرکز	(بهداشت محیط و تاسیسات)	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مشاهده	۵	100	100		
۲	بهبود وضعیت نظافت	(بهداشت محیط و تاسیسات)	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مشاهده	۱۰	100	100		
۳	بهبود وضعیت تغذیه و میان وعده ها	خانم تغذیه(کارشناس تغذیه)	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مشاهده	۱۰	100	100		
۴	برگزاری دوره های مهارت رفتاری و ارتباطی	خانم بابایی(سوپروایزر آموزشی)	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰	100	100		
۵	نظارت بر عملکرد پرسنل	مسئولین واحدها	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۲۰	100	100		
۶	تامین صندلی همراه و امکانات رفاهی	(مدیر پشتیبانی)	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مشاهده	۵	100	100		
۷	بازدید از بخش ها توسط مسئول رسیدگی به شکایات	(مسئول رسیدگی به شکایات)	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۲۵	100	100		
۸	پایش کفایت اطلاعات ارائه شده به بیماران	(مسئول رسیدگی به شکایات)	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مصاحبه	۱۰	100	100		

۹	استفاده از ظرفیت تلویزیون های مرکز جهت آموزش همراهان و بیماران	(ارتقا سلامت)	مدیر مرکز	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مشاهده	۵	100	100			
	میانگین	۱۰۰												۱۰۰	
پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳															
ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه			تجزیه و تحلیل			راهکارهای اصلاحی							
سه ماهه اول		۱۰۰													
سه ماهه دوم		۱۰۰													
سه ماهه سوم															
سه ماهه چهارم															



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه : RH-QML-FO-03-06				افزایش بهره‌وری و توسعه خدمات مرکز					G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت			
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵				استقرار چرخه بهره‌وری					S استراتژی :					
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۲/۱۲/۱۵				افزایش تعداد آنژیوپلاستی از ۳۲۰۰ به ۳۸۰۰ تا پایان سال ۱۴۰۳ افزایش تعداد بیماران آنژیوگرافی از ۶۵۰۰ به ۷۲۰۰ تا پایان سال ۱۴۰۳					O هدف اختصاصی :					
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۲/۱۲/۱۵				افزایش تعداد آنژیوپلاستی از ۳۲۰۰ به ۳۸۰۰ تا پایان سال ۱۴۰۳ افزایش تعداد بیماران آنژیوگرافی از ۶۵۰۰ به ۷۲۰۰ تا پایان سال ۱۴۰۳					هدف عملیاتی :					
				ضریب اشغال تخت					شاخص برنامه :					
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
	100	۱۰۰		۱۵	مستندات				۰۳/۱۲/۲۹	۰۳/۱/۱۵	معاون درمان	مسئول پذیرش	تشکیل لیست انتظار از بیماران	۱
	100	۱۰۰		۱۰	مستندات				۰۳/۱۲/۲۹	۰۳/۱/۱۵	معاون درمان	روابط عمومی	معرفی خدمات مرکز در جامعه	۲
	100	۱۰۰		۱۵	مستندات				۰۳/۱۲/۲۹	۰۳/۱/۱۵	معاون درمان	پزشکان	افزایش تعداد آنژیوگرافی الکتیو	۳
	50	۵۰		۱۵	مستندات				۰۳/۱۲/۲۹	۰۳/۱/۱۵	معاون درمان	پزشکان	افزایش تعداد اعمال جراحی الکتیو	۴
	100	۵۰		۱۵	مستندات				۰۳/۱۲/۲۹	۰۳/۱/۱۵	معاون درمان	پزشکان	فعال سازی درمانگاه ها	۵

۶	معرفی پزشکان در رسانه ها	روابط عمومی	معاون درمان	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰	۱۰۰	100	
۷	ارائه خدمات منحصر به فرد در مرکز	روابط عمومی	معاون درمان	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰	100	100	
۸	معرفی بیماران به مرکز از طریق مطب ها	پزشکان	معاون درمان	۰۳/۱/۱۵	۰۳/۱۲/۲۹				مستندات	۱۰	100	100	
	میانگین	۸۷,۵ ۹۳,۵											
پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۱													
ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه		تجزیه و تحلیل				راهکارهای اصلاحی					
سه ماهه اول		۸۷,۵											
سه ماهه دوم		۹۳,۵											
سه ماهه سوم													
سه ماهه چهارم													



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		G هدف کلان :		دستیابی به رتبه یک برتر اعتبار بخشی درمانی					کد شناسه : RH-QML-FO-03-06						
		S استراتژی :		برنامه ریزی جهت توانمند سازی کارکنان					تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵						
		O هدف اختصاصی :		ارتقاء شاخص های آموزشی فرایند های آموزشی					تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۰۱/۲۰						
		هدف عملیاتی :		استمرار دستور العمل های نظام آموزشی کارکنان					تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۰۱/۲۴						
شاخص برنامه :		پرسنل آموزش دیده تخصصی به کل پرستاران													
ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه				
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم	
۱	تکمیل pdp توسط کارکنان و الویت بندی نیاز های آموزشی	سوپر وایزر آموزشی- سرپرستار	سوپر وایزر آموزشی - سرپرستار	۱۴۰۲/۱۲/۰۱	۱۴۰۲/۱۲/۲۵				تعداد pdp تکمیل شده	۴ درصد	۱۰۰٪				
۲	تنظیم تقویم آموزشی سالیانه	سرپرستار_ سوپر وایزر آموزشی	_ سوپر وایزر آموزشی	۱۴۰۲/۱۲/۲۰	۱۴۰۳/۰۱/۲۵				تقویم آموزشی تنظیم شده	۴ درصد	۱۰۰٪				
۳	طرح تقویم آموزش در مدیریت آموزش و اجرایی	سوپروایزر آموزشی	سوپر وایزر آموزشی	۱۴۰۳/۱۲/۲۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹				تقویم آموزشی تنظیم شده	3.8 درصد	۱۰۰٪				
۴	درخواست بودجه مورد نیاز زیر ساخت ها و برنامه های آموزشی از جمله تجهیزات آموزشی و ارسال به تیم اجرایی	سوپروایزر آموزشی	سوپروایزر آموزشی و مدیریت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۰۱/۳۰				بودجه آموزشی مورد نیاز	۳٫۸ درصد	۱۰۰٪				

										پرستاري			
۵	تشکیل بانک مدرسين	سوپر وایزر آموزشی	سوپر وایزر ران و سرپرستار ان	۰۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۰۱/۳۰				بانک مدرسين	3.8 درصد	۱۰۰٪	100%	
۶	برنامه ریزی جهت استفاده از نیروهای مجرب در آموزش	سوپر وایزر آموزشی	مدیریت پرستاري	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مستمر				برنامه ریزی انجام شده	۳,۸ درصد	۷۰٪	80%	
۷	اخذ مجوز از سامانه آموزش مداوم و ضمن خدمت کارکنان	سوپر وایزر آموزشی	سوپر وایزر آموزشي	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	ماهیهانه				مجوز هاي اخذ شده	۳,۸ درصد	70%	80%	
۸	تشکیل کلاسهای آموزشی طبق برنامه تنظیمی یا بر حسب نیاز وبه صورت کلاس های حضوری و یا کارگاه ها	سرپرستاران _ سوپر وایزر آموزشی	سوپر وایزر آموزشي	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۸				کلاس هاي هاي آموزشي تشکيلي شده	۳,۸ درصد	30%	50%	
۹	تشکیل کارگاههای دیالیز و CCU و جراحی قلب و , icu و crrt و پلاسمافرز	سرپرستاران _ سوپر وایزر آموزشی	مدیریت پرستاري	۱۴۰۳/۱/۱	1403/12 /13				کارگاههاي آموزشي تشکيلي شده	۳,۸ درصد	20%	40%	
۱۰	تهیه مطالب و کتابچه ها و جزوات و آموزش مورد نیاز کارکنان و بارگزاری در سایت بیمارستان	سرپرستاران _ سوپر وایزر آموزشی	سوپر وایزر آموزشي	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				کتابچه و مطالب بارگزاراي شده	۳,۸ درصد	50%	70%	

۱۱	تشکیل تیم ارزیابی جهت چک اثر بخشی کلاسهای آموزشی برگزاری شده بر اساس کرک پاتریک	سرپرستاران _ سوپر وایزر آموزشی	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۰۱/۳۰			اثر بخشی انجام شده	۳,۸ درصد	70%	80%		
۱۲	برگزاری آزمونهای توانمند سازی (عمومی و اختصاصی) و داشتن برنامه مداخله ای	سرپرستاران _ سوپر وایزر آموزشی	سوپر وایزر آموزشی	۱۴۰۳/۱/۱	پایان شش ماه			آزمون های برگزاری شده	۳,۸۷ درصد	20%	50%		
۱۳	بازنگری چک لیست ها و فرم های مورد نیاز برای آموزش	سرپرستاران _ سوپر وایزر آموزشی	سوپر وایزر آموزشی	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۰۱/۳۰			چک لیست های بازنگری شده	۳,۸ درصد	100%	100%		
۱۴	تنظیم مورنینگ رپورت ها جهت کارکنان	سرپرستاران _ سوپر وایزر آموزشی	سوپر وایزر آموزشی	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۵			آموزش های هفتگی انجام شده	۳,۸ درصد	100%	100%		
۱۵	بازدید از بخش ها و چک اثر بخشی آزمون های برگزار شده	سوپر وایزر _ آموزشی - رابطین آموزشی	سوپر وایزر آموزشی-	۱۴۰۳/۱/۱	ماهینه			تعداد بازدید های انجام شده	۳,۸ درصد	90%	100%		
۱۶	تشویق پرسنل فعال در امر آموزش	سوپر وایزر آموزشی	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	پایان هر شش ماه			تعداد تشویق های انجام شده	۳,۸ درصد	30%	50%		
۱۷	داشتن برنامه مداخله جهت شرکت کارکنان در کلاس های آموزشی	سرپرستاران _ سوپر وایزر آموزشی	سوپر وایزر آموزشی	۱۴۰۳/۱/۱	فصلی			برنامه مداخله انجام شده	۳,۸ درصد	50%	70%		

۱۸	تشکیل کمیته آموزش و توانمند سازی کارکنان و شرکت در در کمیته ها	سرپرستاران _ سوپر وایزر آموزشی	سوپر وایزر آموزشی	۱۴۰۳/۱/۱	ماهیارنه				تعداد کمیته های برگزار شده	۳,۸ درصد	100%	100%	
۱۹	تشکیل جلسه با رابطین آموزشی	سوپر وایزر آموزشی	سوپر وایزر آموزشی	۱۴۰۳/۱/۱	ماهیارنه				تعداد جلسات برگزار شده	۳,۸ درصد	100%	100%	
۲۰	ارسال گزارش عملکرد مدیریت آموزشی و شاخصها به دانشگاه هر سه ماه	سرپرستاران _ سوپر وایزر آموزشی	سوپر وایزر آموزشی	۱۴۰۳/۱/۱	فصلی				گزارشات ارسال شده	۳,۸ درصد	100%	100%	
۲۱	به روز رسانی وب سایت آموزشی بیمارستان	سرپرستاران _ سوپر وایزر آموزشی	سوپر وایزر آموزشی	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				بازنگری وب سایت	۳,۸ درصد	100%	100%	
۲۲	انجام طرح های پژوهشی	سوپر وایزر آموزشی - رابطین آموزشی	سوپر وایزر آموزشی	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				طرح پژوهشی انجام شده	۳,۸ درصد	30%	50%	
۲۳	ارزیابی رضایت مندی کارکنان از کلاس های آموزشی برگزار شده (مدرس _ کلاس) و ارسال به کمیته مدیریت آموزش و تیم اجرایی	واحد بهبود کیفیت	سوپر وایزر آموزشی	۱۴۰۳/۱/۱	فصلی				رضایت مندی انجام شده	۳,۸ درصد	50%	60%	
۲۴	نظارت بر عملکرد دانشجویان (پزشکی و پیراپزشکی و کار دانشجویی) و گزارش به معاونت آموزشی	سوپروایزر آموزش	سوپروایزر آموزش	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				بازدید های انجام شده	۳,۸ درصد	100%	100%	

۲۵	برگزاری جلسات توجیهی دانشجویان و پرسنل جدیدالورود	سوپروایزر آموزش	سوپروایزر آموزش	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر			جلسات توجیهی برگزار شده	۳,۸ درصد	100%	100%		
	میانگین										۷۵/۲	۸۳,۲	

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۲

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	۱۴۰۳/۴/۱	۷۵,۲	۱- برنامه ریزی جهت استفاده از نیروهای مجرب در آموزش ۲- اخذ مجوز از سامانه آموزش مداوم و ضمن خدمت کارکنان ۳- تشکیل کلاسهای آموزشی طبق برنامه تنظیمی یا بر حسب نیاز وبه صورت کلاس های حضوری و یا کارگاه ها ۴- تشکیل کارگاههای دیالیز و CCU و جراحی قلب و ICU , و crrt و پلاسما فرز ۵- تهیه مطالب و کتابچه ها و جزوات و آموزش مورد نیاز کارکنان و بارگزاری در سایت بیمارستان ۶- تشکیل تیم ارزیابی جهت چک اثر بخشی کلاسهای آموزشی برگزاری شده بر اساس کرک پاتریک ۷- برگزاری آزمونهای توانمند سازی (عمومی و اختصاصی) و داشتن برنامه مداخله ای ۸- تشویق پرسنل فعال در امر آموزش ۹- داشتن برنامه مداخله جهت شرکت کارکنان در کلاس های آموزشی ۱۰- انجام طرح های پژوهشی ۱۱- ارزیابی رضایت مندی کارکنان از کلاس های آموزشی	۱. تشکیل بانک مدرسین (کارشناسی ارشد -دکتری) جهت برگزاری کلاس های آموزشی ۲. برنامه ریزی جهت اخذ مجوز از سامانه های آموزشی ۳. برگزاری کلاسهای آموزشی طبق برنامه زمانبندی و تقویم آموزشی ۴. برنامه ریزی جهت برگزاری کارگاههای ICUOH و CRRT طبق برنامه مدیریت دانشگاه ۵. بروزرسانی وبسایت بیمارستان و بارگزاری مورنینگ ها ۶. تشکیل تیم ارزیابی سوپروایزرین و رابطین جهت چک اثر بخشی کرک پاتریک سطح سه رفتار ۷. برنامه ریزی جهت برگزاری آزمون توانمند سازی برای ویژه ها فصلی، عادی ها ماهیانه، سوپروایزرین و سرپرستاران ماهیانه ۸. تشویق رابطین فعال در امر آموزش کارکنان ۹. محاسبه اضافه کاری جهت پرسنل شرکت کننده در کلاسهای آموزشی ۱۰. الویت بندی چالشهای آموزش کارکنان و انجام پژوهشهای کاربردی ۱۱. ارزیابی رضایتمندی کارکنان و طرح در کمیته مدیران اجرایی

			برگزار شده (مدرس _ کلاس) و ارسال به کمیته مدیریت آموزش و تیم اجرایی	
سه ماهه دوم	۸۳/۲	۱.تشکیل کلاسهای آموزشی طبق برنامه تنظیمی یا بر حسب نیاز وبه صورت کلاس های حضوری و یا کارگاه ها ۲.تشکیل کارگاههای دیالیز و CCU و جراحی قلب و ICU , و crrt و پلاسما فرز ۳.برگزاری ازمونهای توانمند سازی (عمومی و اختصاصی) و داشتن برنامه مداخله ای تشویق پرسنل فعال در امر آموزش ۴.انجام طرح های پژوهشی ۵.ارزیابی رضایت مندی کارکنان از کلاس های آموزشی برگزار شده (مدرس _ کلاس) و ارسال به کمیته مدیریت آموزش و تیم اجرایی	۱. برگزاری کلاسهای آموزشی طبق برنامه زمانبندی و تقویم آموزشی ۲.برنامه ریزی جهت برگزاری کارگاههای ICUOH و CRRT طبق برنامه مدیریت دانشگاه ۳. برنامه ریزی جهت برگزاری آزمون توانمند سازی برای ویژه ها فصلی، عادی ها ماهیانه، سوپروایزرین و سرپرستاران ماهیانه ۴. الویت بندی چالشهای آموزش کارکنان و انجام پژوهشهای کاربردی ۵. ارزیابی رضایتمندی کارکنان و طرح در کمیته مدیران اجرایی	
سه ماهه سوم				
سه ماهه چهارم				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

G هدف کلان :

S استراتژی :

O هدف اختصاصی :

هدف عملیاتی :

شاخص برنامه :

دستیابی به رتبه یک برتر اعتبار بخشی درمانی

برنامه ریزی جهت مدیریت نیروی انسانی

ارتقا امتیاز محور مدیریت خدمات پرستاری از به امتیاز تا پایان سال ۱۴۰۳

استمرار دستورالعمل های نیروی انسانی

محاسبه FTE

کد شناسه : RH-QML-FO-03-06

تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۱/۱۵

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۱/۲۴

ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	تعیین و ابلاغ شرح وظایف و حدود انتظارات هر یک از کارکنان در رده های مختلف	سرپرستاران- مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱/۲۰				شرح وظایف ابلاغ شده	۷درصد	%۱۰۰			
۲	تهیه فهرست توانمندیهای مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیتهای شغلی	سرپرستاران- مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱/۳۱				لیست توانمندی های تهیه شده	۷درصد	%۸۰	%۹۰		
۳	مشخص کردن روند ارتقای شغلی در رده های شغلی مختلف	کارشناس کارگزینی	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱/۲۵				ابلاغ روند ارتقای شغلی	۷درصد	%۸۰			
۴	محاسبه ساعات مراقبتهای مستقیم و غیرمستقیم مورد نیاز هر واحد	سرپرستاران	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱/۲۵				میانگین ساعات مراقبتی	۷درصد	%۱۰۰			

					مورد نیاز به تفکیک سطوح								
۵	برآورد حجم کار با توجه به سطوح مراقبتی	سرپرستاران	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر					سطح بندی ماهانه	۷۰٪	۸۰٪	
۶	محاسبه FTE با توجه به سطوح مراقبتی	مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	هر شش ماه یکبار					FTE انجام شده	۷۰٪	۹۰٪	۵درصد
۷	محاسبه نیروی انسانی بخشها و مقایسه با استاندارد	مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	پایان هر شش ماه یکبار					شاخص نیروی انسانی	۵۰٪	۶۰٪	۵درصد
۸	درخواست نیرو باتوجه به کمبودنیروی انسانی	مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر					مکاتبات انجام شده	۵۰٪	۷۰٪	۵درصد
۹	برطرف کردن نیروی انسانی با هماهنگی دانشگاه با نیروهای قراردادی و شرکته	مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر					شاخص نیروی انسانی	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۵درصد
۱۰	جایگزین کردن کمبود نیروهای طرحی جدید با نیروهای خاتمه طرح و اضافه کار پرسنل و کار دانشجویی	مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر					شاخص نیروی انسانی	۸۰٪	۹۰٪	۵درصد
۱۱	پایش شاخص نیروی انسانی موجود با استاندارد و داشتن برنامه مداخله ای	مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	فصلی					شاخص نیروی انسانی	۰٪	۴۰٪	۵درصد

۱۲	پایش پرسنل بر اساس چک لیست شرایط احراز پست جهت تنظیم بانک نیروی انسانی	سرپرستاران- مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۲/۳۱			بانک نیروی انسانی	۵درصد	۷۰٪	۸۰٪		
۱۳	برنامه ریزی در خصوص جانشین پروری و انتقال تجربیات	مدیریت پرستاری- سوپروایزر آموزشی	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۳/۳۰			بانک نیروی انسانی	۵درصد	۷۰٪	۹۰٪		
۱۴	ارزیابی عملکرد کارکنان و انطباق عملکرد در خصوص شرح شغل و شاغل	مدیریت پرستاری- سوپروایزر آموزشی	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۳/۳۰			ارزشیابی انجام شده	۵درصد	۷۰٪	۸۰٪		
۱۵	پایش ارزیابی عملکرد و برنامه ریزی اصلاحی و آموزشی جهت ارتقاء عملکرد کارکنان	سرپرستاران- مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	فصلی			پایش انجام شده	۵درصد	۵۰٪	۷۰٪		
۱۶	استفاده از نتایج ارزیابی در انتصاب پرسنل در پست های مدیریتی و تیم ارزیابی	سرپرستاران- مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر			پایش انجام شده	۵درصد	۷۰٪	۸۰٪		
	میانگین												
		۸۳/۷۵											۸۱,۲۵

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	۱۴۰۳/۴/۱	۸۳،۷۵	۱- تهیه فهرست توانمندیهای مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیتهای شغلی ۲- مشخص کردن روند ارتقای شغلی در رده های شغلی مختلف ۳- برآورد حجم کار با توجه به سطوح مراقبتی ۴- محاسبه FTE با توجه به سطوح مراقبتی ۵- محاسبه نیروی انسانی بخشها و مقایسه با استاندارد	

				۶- درخواست نیرو باتوجه به کمبودنیروی انسانی ۷-پایش شاخص نیروی انسانی موجود با استاندارد و داشتن برنامه مداخله ای ۸-پایش پرسنل بر اساس چک لیست شرایط احراز پست جهت تنظیم بانک نیروی انسانی ۹- برنامه ریزی در خصوص جانشین پروری و انتقال تجربیات ۱۰-ارزیابی عملکرد کارکنان و انطباق عملکرددر خصوص شرح شغل و شاغل ۱۱-پایش ارزیابی عملکرد و برنامه ریزی اصلاحی وآموزشی جهت ارتقاء عملکرد کارکنان ۱۲-استفاده از نتایج ارزیابی در انتصاب پرسنل در پست های مدیریتی و تیم ارزیابی
	سه ماهه دوم	۱۴۰۳/۷/۱	۸۱/۲۵	۱.محاسبه نیروی انسانی بخشها و مقایسه با استاندارد ۲.پایش شاخص نیروی انسانی موجود با استاندارد و داشتن برنامه مداخله ای ۳.پایش ارزیابی عملکرد و برنامه ریزی اصلاحی وآموزشی جهت ارتقاء عملکرد کارکنان
	سه ماهه سوم			
	سه ماهه چهارم			



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		G هدف کلان :		دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی										
		S استراتژی :		نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی										
		O هدف اختصاصی :		ارتقا امتیاز محور پیشگیری و کنترل عفونت از ۸۱ به ۸۵ تا پایان سال جاری										
		هدف عملیاتی :		کاهش میزان عفونت بیمارستانی از ۰,۷۳ به ۰,۷ تا پایان سال ۱۴۰۳										
		شاخص برنامه :		میزان عفونت های بیمارستانی										
ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	بازنگری فلوچارت گزارش دهی عفونت بیمارستانی و بازنگری روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی (کاهش ریت عفونت های اداری و تنفسی و جراحی و خونی)	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود فلوچارت و روش اجرایی	۳				
۲	برگزاری کلاس آموزشی در زمینه عفونت بیمارستانی برای کلیه کارکنان خدمات سلامت	سوپروایزر آموزشی	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				آموزش ارائه شده	۴				
۳	پایش مستمر عفونت های بیمارستانی و طرح در کمیته کنترل عفونت و داشتن برنامه اصلاحی	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود فرم	۴				
۴	ثبت در INIS بصورت ماهیانه	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد عفونت های ثبت شده	۳				
۵	تجزیه و تحلیل اطلاعات	سوپروایزر	سوپروایزر	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود بازخوردها	۵				

											کنترل عفونت	کنترل عفونت	
۶	اجرائی شدن پروتکل نمونه برداری محیطی طبق دستورالعمل وزارتخانه و نظارت بر انجام و پیگیری موارد مثبت و داشتن برنامه اصلاحی	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					کاهش تعداد موارد مثبت کشت محیطی	۲		
۷	نظارت بر اجرائی شدن پروتکل vap برای پیشگیری از پنومونی ناشی از ونتیلاتور	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					کاهش ریت عفونتهای تنفسی	۳		
۸	نظارت بر اجرائی شدن اقدامات لازم قبل از انتقال بیمار به اتاق عمل(حمام- استفاده از شامپو کلرهگزیدین و...)	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					کاهش ریت عفونتهای محل جراحی	۴		
۹	برگزاری کمیته کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					تعداد جلسات برگزار شده	۳		
۱۰	نظارت بر کاهش طول بستری بیماران در بخشهای ویژه (ICU و....)	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					بررسی تعداد روز بستری	۳		
۱۱	نظارت بر استفاده از لوازم یکبار مصرف	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					وجود لوازم یکبار مصرف	۵		
۱۲	اجرائی شدن دستورالعمل فرآوری مجدد ایمن وسایل پزشکی	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					وجود دستورالعمل	۵		
۱۳	نظارت بر مصرف محلول های ضدعفونی کننده	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					وجود محلول	۵		

											عفونت			
۱۴	نظارت بر استفاده از محلول سطح بالا (های لول (در بخش ها	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود محلول	۴				
۱۵	نظارت بر نحوه ارسال کشت های ادرار و خلط و.. و استفاده از ظروف استریل برای ارسال نمونه	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				پرینت آزمایش کشت	۷				
۱۶	بررسی طغیان عفونت های بیمارستانی	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				بررسی تعداد بروز عفونت بیمارستان	۲				
۱۷	نظارت بر اجرایی شدن دستورالعمل پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستار اتاق عمل	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود دستورالعمل	۸				
۱۸	بررسی مقاومت میکروبی هر سه ماه یکبار	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد مقاومتهای گزارش شده	۲				
۱۹	بررسی آنتی بیوگرام ها	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد آنتی بیوگرام گزارش شده	۳				
۲۰	نظارت بر نحوه ضدعفونی و شستشوی تیغه های لارنگوسکوپ و آمبوبگ ها	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد تیغه ها و آمبوبگ های ضدعفونی شده	۱۰				
۲۱	نظارت بر ضدعفونی پلیت و قلم کوتر دائمی در اتاق عمل و نظارت بر واشینگ و اشعه گذاری اتاق عمل	سوپروایزر کنترل عفونت سرپرستار اتاق عمل	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد پلیت و قلم کوتر دائمی ضدعفونی شده	۳				

۲۲	جداسازی و کوهورت سازی بیماران(همگروه کردن بیماران)	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد بیماران تفکیک شده	۱۰				
۲۳	کاهش مدت زمان استفاده کاتترها در بیماران (سوند فولی، سی وی لاین و...)	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				کاهش طول مدت استفاده از کاتتر	۹				
۲۴	ثبت دقیق تاریخ اتصالات در کاردکس و نصب دستورالعمل تاریخ اتصالات روی برد	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				ثبت تاریخ روی اتصالات	۹				
۲۵	وجود و استفاده از اندیکاتورهای کلاس ۴ یا ۶ بر حسب تعداد اقلام موجود در ست و نصب آن در فرم شاخص ها در پرونده و ثبت مشخصات روی اندیکاتورها با مائیک ضدسرب	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد اندیکاتورهای نصب شده در فرم ها	۷				
۲۶	داشتن پژوهش های کاربردی با محوریت استفاده از یافته ها و نتایج در کنترل عفونت بیمارستانی	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد پژوهش های انجام شده	۲				
۲۷	نظارت بر کارکرد موثر تهویه فشار مثبت در اتاق عمل	سرپرستار اتاق عمل	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				بررسی فشار	۲				
	میانگین													

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	تیر ماه ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه اول و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.		

		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز آیت‌های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	مهر ۱۴۰۳	سه ماهه دوم
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز آیت‌های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	دی ۱۴۰۳	سه ماهه سوم
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز آیت‌های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	اسفند ۱۴۰۳	سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه: RH-QML-FO-03-06				دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی				G هدف کلان:		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت				
تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی				S استراتژی:						
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۲۰				ارتقا امتیاز سنج‌های ایمنی از ۶۶ به ۷۵ امتیاز تا پایان سال جاری				O هدف اختصاصی:						
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۳/۰۱/۲۴				گزارش دهی وقایع ناخواسته (گزارش دهی خطاها-یادگیری و به اشتراک گذاری خطاها و پیشگیری از بروز مجدد خطاها) به میزان ۵ درصد بیشتر از سال قبل				هدف عملیاتی:						
				روند گزارش دهی و مدیریت پیشگیرانه و گذشته نگر وقایع درمانی				شاخص برنامه:						
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
				۳	آموزش ارائه شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سوپروایزر آموزشی	سوپروایزر آموزشی	برگزاری کلاس آموزشی مدیریت ایمنی بیمار	۱
				۲	وجود ابلاغ				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مسئول وقایع ناخواسته	کارشناس هماهنگ کننده	ابلاغ وقایع ناخواسته حیات به کلیه واحد ها طبق پروتکل ابلاغی وزارت	۲
				۳	میزان آگاهی پرسنل از شرایط تهدیدکننده ایمنی بیمار				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده-مسئول وقایع ناخواسته	کارشناس هماهنگ کننده	تعیین شرایط تهدید کننده ایمنی و استاندارد ها ی ایمنی بیمار به واحد های بالینی، پاراکلینیک و برنامه ریزی اصلاحی بر اساس روش FMEA	۳
				۳	وجود چک لیست				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	پایش و ممیزی بالینی ایمنی بیمار بر اساس چک لیست	۴
				۳	تعداد فرم های تکمیل شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مسئول وقایع ناخواسته	مسئول وقایع ناخواسته	ارسال وقایع ناخواسته به معاونت درمان از طریق پیامک و تلفنی و ثبت در سامانه	۵

۶	مدیریت تشکیل کمیته RCA پس از اعلام و ایجاد دانش و درس گیری از خطاها	دبیر کمیته RCA	مسئول بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد RCA های انجام شده	۳				
۷	ابلاغ درس آموخته ها به بخش ها و آموزش آبخاری	دبیر کمیته RCA	مسئول وقایع ناخواسته	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد درس آموخته های ارائه شده	۲				
۸	آموزش به پرسنل جدیدالورود در ارتباط با گزارش دهی وقایع ناخواسته	سوپروایزر آموزشی	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد کلاس های برگزار شده	۳				
۹	بازنگری و ابلاغ فلوچارت گزارش دهی خطاها و نصب در برد	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود فلوچارت	۳				
۱۰	ابلاغ و اطلاع رسانی در خصوص محل صندوق جهت گزارش خطاها توسط فراگیران و پرسنل	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد پرسنل آموزش دیده	۳				
۱۱	بازنگری و ابلاغ فرم خطای داوطلبانه و الکترونیکی جهت پرسنل و فراگیران	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				فرمهای بازنگری شده	۳				
۱۲	تدوین برنامه جهت فرایند اشتراک گذاری خطاها	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد خطاهای به اشتراک گذاشته شده	۳				
۱۳	پایش و گزارش خطاها طبق برنامه زمانبندی	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد خطاهای به اشتراک گذاشته شده	۲				
۱۴	برنامه ریزی جهت ایجاد زیر ساخت های انگیزشی جهت گزارش خطاها (تشویق پرسنلی و فراگیرانی که اقدام به گزارش خطا نموده اندو ...)	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد تشویقی های ارائه شده	۵				
۱۵	پایش و ارزیابی خطاهای ثبت شده از	کارشناس	کارشناس	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد خطاهای	۲				

					ثبت شده						هماهنگ کننده	هماهنگ کننده	طریق الکترونیکی	
۱۶				۴	تعداد بازخوردها			۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده		ابلاغ بازخورد مدیریت خطاها به مسئولین واحد ها	
۱۷				۲	مصوبات اعلام شده			۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده		گزارش نتایج مدیریت خطاها در کمیته ایمنی بیمار	
۱۸				۵	وجود مستندات			۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده		ابلاغ گزارش راهکارهای کاهش خطاها به مسئولین واحدهای بالینی، پاراکلینیک و ...	
۱۹				۲				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مدیر بیمارستان	مسئول تجهیزات پزشکی		بازدید دوره ایی از تجهیزات پزشکی توسط مسئول تجهیزات پزشکی	
۲۰				۲				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مدیر بیمارستان	مسئول تاسیسات		بازدید دوره ایی از ساختمان ها توسط مسئول تاسیسات	
۲۱				۲				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مدیر بیمارستان	مسئول تجهیزات پزشکی		پیگیری انجام کالیراسیون سالیانه تجهیزات پزشکی	
۲۲				۲				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مدیر بیمارستان	ناظر دارویی		ابلاغ لیست داروهای هشدار بالا، داروهای حیاتی، مشابه از نظر ظاهری، تلفظ، نوشتار و..	
۲۳				۲				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	ناظر دارویی - مدیر پرستاری	مسئول فنی دارویی و سرپرستاران		نظارت بر برچسب گذاری صحیح داروهای با هشدار بالا (به رنگ قرمز) و داروهای با تلفظ و نام مشابه (به رنگ زرد)	

۲۴	نظارت بر اجرایی شدن ۷ اصل دارودهی	سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				۳
۲۵	نظارت بر رعایت شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح	سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				۳
۲۶	نظارت بر اجرایی شدن پروتکل سقوط	سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				۳
	میانگین								
پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳									
ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی					
سه ماهه اول	تیر ماه ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه اول و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.							
سه ماهه دوم	مهر ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.							
سه ماهه سوم	دی ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.							
سه ماهه چهارم	اسفند ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.							



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه: RH-QML-FO-03-06				دستیابی به رتبه یک برتر اعتبار بخشی درمانی						G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵				برنامه ریزی جهت برگزاری کمیته هدایت پرستاری						S استراتژی :				
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۱/۱۵				ارتقا امتیاز محور مدیریت خدمات پرستاری از به امتیاز تا پایان سال ۱۴۰۳						O هدف اختصاصی :				
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۱/۲۴				کمیته های بیمارستانی						هدف عملیاتی :				
				تعداد کمیته های پرستاری						شاخص برنامه :				
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
	۱۰۰٪			۱۰ درصد	ابلاغ صادر شده				۱۴۰۳/۱/۳۱	۱۴۰۳/۱/۱	مدیریت پرستاری	واحد بهبود کیفیت	صدور ابلاغ جهت اعضای کمیته	۱
	۱۰۰٪			۱۰ درصد	آیین نامه کمیته				۱۴۰۳/۱/۳۱	۱۴۰۳/۱/۱	مدیریت پرستاری	سوپروایزر آموزشی – واحد بهبود کیفیت	بازنگری آیین نامه داخلی کمیته ها	۲
	۱۰۰٪			۱۰ درصد	برنامه زمانبندی تنظیم شده				۱۴۰۲/۱/۳۱	۱۴۰۳/۱/۱	مدیریت پرستاری	دبیران کمیته ها	تدوین برنامه زمان بندی کمیته ها و جلسات درون بخشی	۳
	۱۰۰٪			۱۰ درصد	دستور کار تنظیم شده				۱۴۰۲/۱/۳۱	۱۴۰۳/۱/۱	مدیریت پرستاری	دبیران کمیته ها	تدوین دستور کار جلسات کمیته ها	۴
	۱۰۰٪			۱۰ درصد	پایش انجام شده				مستمر	۱۴۰۳/۱/۱	مدیریت پرستاری	واحد بهبود کیفیت	نظارت بر تشکیل به موقع کمیته های بیمارستانی	۵

۶	حضور حداقل یکی از سوپروایزرین در جلسات درون بخشی	سوپروایزران	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				صورت جلسات تنظیم شده	۱۰ درصد	۷۰٪	۸۰٪		
۷	برگزاری کلاس آموزشی مدیریت تصمیم گیری و مدیریت تشکیل جلسات جهت روسا و دبیران و اعضای کمیته ها	سوپروایزر آموزشی	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۲/۵/۱				کلاسهای برگزار شده	۱۰ درصد	۰٪	۳۰٪		
۸	اجرای مصوبات کمیته ها با پیگیریهای متناوب	دبیران کمیته ها	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				مصوبات تنظیم شده	۱۰ درصد	۷۰٪	۸۰٪		
۹	پایش و ارزیابی کمیته ها و تدوین برنامه بهبود	دبیران کمیته ها	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	فصلی				پایش انجام شده	۱۰ درصد	۰٪	۳۰٪		
۱۰	ارسال صورت جلسات به واحد بهبود کیفیت و مدیریت پرستاری دانشگاه	دبیران کمیته ها	واحد بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	ماهیارنه				صورت جلسات ارسال شده	۱۰ درصد	۷۰٪	۸۰٪		
	میانگین											۸۰٪	۷۱	

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	۱۴۰۳/۴/۱	۷۱٪	۱-حضور حداقل یکی از سوپروایزرین در جلسات درون بخشی ۲-برگزاری کلاس آموزشی مدیریت تصمیم گیری و مدیریت تشکیل جلسات جهت روسا و دبیران و اعضای کمیته ها ۳-اجرای مصوبات کمیته ها با پیگیریهای متناوب ۴-پایش و ارزیابی کمیته ها و تدوین برنامه بهبود ۵-ارسال صورت جلسات به واحد بهبود کیفیت و مدیریت پرستاری دانشگاه	۱.اطلاع رسانی به سرپرستاران جهت دعوت از سوپروایزر مسئول بخش در جلسات درون بخشی ۲.برگزاری کلاسهای مدیریت تشکیل جلسات و تصمیم گیری طبق برنامه زمانبندی ۳.پایش اجرای مصوبات و داشتن برنامه مداخله ای ۴.تنظیم برنامه مداخله ای و بهبود جهت مصوبات اجرا نشده ۵.برنامه ریزی جهت ارسال صورت جلسات به واحد بهبود کیفیت و مدیریت پرستاری تا ۵ م هر ماه

سه ماهه دوم	۱۴۰۳/۷/۱	۸۰٪	۱. برگزاری کلاس آموزشی مدیریت تصمیم گیری و مدیریت تشکیل جلسات جهت روسا و دبیران و اعضای کمیته ها ۲. پایش و ارزیابی کمیته ها و تدوین برنامه بهبود	۱- برگزاری کلاسهای مدیریتی تشکیل جلسات و تصمیم گیری طبق برنامه زمانبندی ۲- تنظیم برنامه مداخله ای و بهبود جهت مصوبات اجرا نشده
سه ماهه سوم				
سه ماهه چهارم				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		G هدف کلان :		دستیابی به رتبه یک برتر اعتبار بخشی درمانی							کد شناسه: RH-QML-FO-03-06			
		S استراتژی :		برنامه ریزی ارزیابی، ممیزی و آموزش سطح کیفی خدمات ارائه شده به بیماران سکنه حاد مغزی مطابق با دستورالعمل							تاریخ تهیه : ۱۵/۰۹/۹۵			
		O هدف اختصاصی :		ارتقا امتیاز محور مراقبت و درمان از به تا پایان سال ۱۴۰۳							تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۱/۱۵			
		هدف عملیاتی :		ارائه خدمات به بیمار با کد ۷۲۴							تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۱/۲۴			
		شاخص برنامه :		تعداد کد ۷۲۴										
ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	تهیه و نصب پوستر ۷۲۴ در بخش نورولوژی	سرپرستار نورولوژی	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱/۳۰				تعداد پوستر نصب شده	۸درصد	%۱۰۰			
۲	تشکیل کمیته مدیریت درمان سکنه حاد مغزی(سما) کد ۷۲۴ و اجرای مصوبات	سرپرستار اورژانس	واحد بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	فصلی				تعداد کمیته برگزار شده	۸درصد	%۱۰۰			
۳	نظارت بر حضور به موقع آنکالی ۲۴ ساعته مغز و اعصاب کد ۷۲۴	سوپروایزران	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				چک لیست پایش شده	۸درصد	%۹۰			
۴	مهمور نمودن فرم تریاژ به مهر ۷۲۴	سرپرستاران و سوپروایزران	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				اتیکت الصاق شده	۸درصد	%۷۰	%۸۰		

۵	نظارت بر عدم وجود کمبود تجهیزاتی و امکاناتی	سرپرستاران	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				کمبودهای برطرف شده	۸ درصد	%۱۰۰	%۱۰۰	
۶	تامین داروهای مورد نیاز (ترومبولیتیک) مرکز	سرپرستاران	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				داروهای موجود	۶ درصد	%۹۰	%۹۰	
۷	اختصاص یک تخت فعال و یک تخت شناور در اورژانس جهت بیماران و اتاق استروک در بخش نورولوژی	سرپرستار اورژانس/نورولوژی	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				تعداد تخت اختصاص یافته	۶ درصد	%۱۰۰	%۱۰۰	
۸	برگزاری کارگاه استروک و تریاژ برای کلیه کارکنان (پزشکان-پرستاران-نگهبانان-خدمات)	سرپرستار نورولوژی	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۱/۱	فصلی				تعداد کلاس های برگزار شده	۶ درصد	%۳۰	%۵۰	
۹	تشکیل بانک استروک بیمارستان	سوپروایزر آموزشی	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱/۳۰				بانک تشکیل شده	۶ درصد	%۱۰۰	%۱۰۰	
۱۰	برگزاری سناریو مدیریت کد ۷۲۴	تیم استروک	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۱/۱	پایان هر شش ماه				سناریو برگزار شده	۶ درصد	%۰	%۳۰	
۱۱	برنامه ریزی جهت پذیرش بیماران سکنه مغزی استان	سوپروایزران	معاونت درمان	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				بیماران پذیرش شده	۶ درصد	%۱۰۰	%۱۰۰	
۱۲	برنامه ریزی جهت مدیریت تخت مورد نیاز بیماران	سوپروایزران	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				تخت اختصاص یافته	۶ درصد	%۱۰۰	%۱۰۰	

۱۳	برنامه ریزی جهت آمادگی واحداسکن جهت اجرایی نمودن دستورالعمل ۷۲۴	سوپروایزران	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				موارد پذیرش شده	۶درصد	%۱۰۰	%۱۰۰	
۱۴	پایش مدیریت سکنه های مغزی و ارتقاء شاخص ها و داشتن برنامه مداخله ای	سرپرستاران اورژانس	واحد بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	فصلی				برنامه مداخله شده تنظیم شده	۶درصد	%۱۰۰	%۱۰۰	
۱۵	جمع آوری مستندات اطلاعات بیماران دچار سکنه مغزی و ثبت در سامانه مربوطه	سرپرستاران اورژانس	واحد بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				تعداد ثبت شده در سامانه	۶درصد	%۱۰۰	%۱۰۰	
	میانگین												
											۸۵/۳۳	%۹۰	

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	۱۴۰۳/۴/۱	۸۵,۳۳	۱-مهمور نمودن فرم تریاژ به مهر ۷۲۴ ۲- برگزاری کارگاه استروک و تریاژ برای کلیه کارکنان(پزشکان-پرستاران-نگهبانان-خدمات) ۳- برگزاری سناریو مدیریت کد ۷۲۴	۱. برنامه ریزی جهت استفاده از برچسب کد ۷۲۴ و الصاق در فرم تریاژ ۲. برگزاری کارگاه استروک به صورت فصلی جهت کارکنان گروه حرفه ای و غیر حرفه ای ۳. تنظیم سناریو ۷۲۴ به صورت هر ۶ ماه یکبار و طرح نتایج در کمیته ۷۲۴
سه ماهه دوم	۱۴۰۳/۷/۱	%۹۰	۱. برگزاری کارگاه استروک و تریاژ برای کلیه کارکنان(پزشکان-پرستاران-نگهبانان-خدمات) ۲.برگزاری سناریو مدیریت کد ۷۲۴	۱- برگزاری کارگاه استروک به صورت فصلی جهت کارکنان گروه حرفه ای و غیر حرفه ای ۲- تنظیم سناریو ۷۲۴ به صورت هر ۶ ماه یکبار و طرح نتایج در کمیته ۷۲۴
سه ماهه سوم				

				سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه : RH-QML-FO-03-06				مدیریت بهینه منابع انسانی				G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت				
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵				استقرار کامل دستورالعمل صلاحیت حرفه ایی وزارت بهداشت				S استراتژی :						
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۱/۱۵				توانمندسازی نیروی انسانی				O هدف اختصاصی :						
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۱/۲۴				برنامه صلاحیت حرفه ایی				هدف عملیاتی :						
				میزان ساعت آموزش مداوم و ضمن خدمت پرسنل				شاخص برنامه :						
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف	
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
		٪۱۰۰	٪۱۰۰	۱۵درصد	تعداد عضویت انجام شده در آموزش مداوم				مستمر	۱۴۰۳/۱/۱	سوپر وایزر آموزش	سوپر وایزر آموزش	الزام عضویت پرسنل در سامانه آموزش مداوم	۱
		٪۱۰۰	٪۱۰۰	۱۵درصد	میزان امتیاز اخذ شده				۱۴۰۳/۱/۳۰	۱۴۰۳/۱/۱	سوپر وایزر آموزش	سوپر وایزر آموزش	ابلاغ حداقل و حداکثر امتیاز مورد نیاز جهت کسب صلاحیت حرفه ای به پرسنل	۲
		٪۶۰	٪۵۰	۱۴درصد	تعداد کلاس های برگزار شده				مستمر	۱۴۰۳/۱/۱	سوپر وایزر آموزش	سوپر وایزر آموزش	برگزاری کلاس های آموزشی ضمن خدمت و مداوم	۳
		٪۷۰	٪۵۰	۱۴درصد	امتیازات				ماهیهانه	۱۴۰۳/۱/۱	سوپر وایزر	سوپر وایزر	ارزیابی امتیازات آموزش مداوم وضمن خدمت	۴

					اخذ شده توسط پرسنل						آموزش	آموزش - رابطین آموزش	پرسنل به صورت ماهیانه (۵۰ ساعت مداوم) و ۱۳۰ ساعت ضمن خدمت	
۵			۶۰٪	۵۰٪	۱۴ درصد	ساعات آموزش اخذ شده			ماهیانه	۱۴۰۳/۱/۱	سوپر وایزر آموزش	سوپر وایزر آموزش - رابطین آموزش	ارزیابی ساعات آموزشی پرسنل از جهت کسب امتیازات لازم برای دریافت پروانه صلاحیت حرفه ای (۲۳۰ ساعت جهت ۵ سال متوالی)	
۶			۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۴ درصد	مکاتبات انجام شده			مستمر	۱۴۰۳/۱/۱	سوپر وایزر آموزش	سوپر وایزر آموزش	همه‌هنگی با مدیریت پرستاری دانشگاه جهت امکان صدور صلاحیت حرفه ای	
۷			۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۴ درصد	اطلاع رسانی انجام شده			مستمر	۱۴۰۳/۱/۱	سوپر وایزر آموزش	سوپر وایزر آموزش	اطلاع رسانی زمان برگزاری آزمون صلاحیت حرفه ای به کارکنان	
			۸۴,۲۸	۷۸/۵۷									میانگین	

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	۱۴۰۳/۴/۱	۷۸,۵۷	۱- برگزاری کلاس های آموزشی ضمن خدمت و مداوم ۲- ارزیابی امتیازات آموزش مداوم وضمن خدمت پرسنل به صورت ماهیانه (۵۰ ساعت مداوم) و ۱۳۰ساعت ضمن خدمت ۳- ارزیابی ساعات آموزشی پرسنل از جهت کسب امتیازات لازم برای دریافت پروانه صلاحیت حرفه ای (۲۳۰ ساعت جهت ۵ سال متوالی)	۱. برنامه ریزی جهت اخذ مجوز از سامانه ها طبق برنامه زمانبندی ۲.تنظیم اکسل امتیازات آموزشی پرسنل به تفکیک ساعات آموزش مداوم و ضمن خدمت و برنامه ریزی جهت تکمیل برای اخذ صلاحیت حرفه ای توسط رابطین
سه ماهه دوم	۱۴۰۳/۷/۱	۸۴/۲۸	۱.برگزاری کلاس های آموزشی ضمن خدمت و مداوم ۲.ارزیابی ساعات آموزشی پرسنل از جهت کسب امتیازات لازم برای دریافت پروانه صلاحیت حرفه ای (۲۳۰ ساعت جهت ۵ سال	۱- برنامه ریزی جهت اخذ مجوز از سامانه ها طبق برنامه زمانبندی ۲- تنظیم اکسل امتیازات آموزشی پرسنل به تفکیک ساعات آموزش مداوم و ضمن خدمت و برنامه ریزی جهت تکمیل برای اخذ صلاحیت حرفه ای توسط

رابطین	متوالی)			
				سه ماهه سوم
				سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت	G هدف کلان :		دستیابی به رتبه یک برتر اعتبار بخشی درمانی					کد شناسه : RH-QML-FO-03-06						
	S استراتژی :		عملیات نمودن فلوچارت و پروتکلهای جدید الورود ارسالی معاونت درمان					تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵						
	O هدف اختصاصی :		ارتقاء امتیاز محور مدیریت خدمات پرستاری از به امتیاز تا پایان سال ۱۴۰۳					تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۱/۱۵						
	هدف عملیاتی :		استمرار دستور العمل های جدید والورود					تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۱/۲۴						
	شاخص برنامه :		تعداد جدیدالورود های آموزش دیده											
ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	بازنگری کتابچه جدید الورود ها	سوپر وایزر آموزشی- کنترل عفونت و ارتقاء سلامت	سوپر وایزر آموزشی	۱۴۰۲/۱۲/۰۵	۱۴۰۳/۰۱/۳۰				کتابچه بازنگری شده	۱۴ درصد	۱۰۰٪	100%		
۲	بازنگری چک لیست جدید الورود ها	مدیریت پرستاری _سوپر وایزر آموزشی	مدیریت پرستاری _سوپر وایزر آموزشی	۱۴۰۲/۱۲/۰۵	۱۴۰۳/۰۱/۲۰				لیست های تکمیل شده	۱۴ درصد	۱۰۰٪	100%		
۳	ابلاغ فلوچارت جدید الورود ها	سوپروایزر آموزشی	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۰۱/۲۵				ابلاغ انجام شده	۱۲ درصد	۱۰۰٪	100%		
۴	برگزاری جلسه توجیهی با پرسنل جدید الورود	سوپروایزر	سوپروایزر	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مستمر				آزمون	۱۲ درصد	۱۰۰٪	100%		

					هاي برگزار شده					آموزشي	آموزشی – کنترل عفونت و ارتقاء سلامت				
۵		تکمیل لیست مهارتهای (ثبت و گزارش نویسی cpr و تجهیزات و) جهت پرسنل	رابطین آموزش و سرپرستاران	سوپروایزر آموزشي	۰۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مستمر					چك لیست هاي تکمیل شده	۱۲ درصد	۱۰۰٪	100%	
۶		ارزیابی پرسنل جدید الورود بر اساس مهارتهای اختصاصی و عمومی بازخورد به واحد آموزش و انجام مداخله اصلاحی توسط کارشناس خبره	سر پرستار	مدیریت پرستاري – سوپر وایزر آموزشي	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مستمر					چك لیست هاي تکمیل شده	۱۲ درصد	۷۰٪	80%	
۷		بررسی ابقاء یا خروج پرسنل جدید الورود در بخش مربوطه و طرح در کمیته هدایت و منابع انسانی	مدیریت پرستاری – سوپر وایزر آموزشی	مدیریت پرستاري	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	ماهیهانه					چك لیست هاي تکمیل شده	۱۲ درصد	70%	80%	
۸		برگزاری کلاس های تخصصی جهت پرسنل جدید الورود	سرپرستاران – سوپر وایزر آموزشی	سوپر وایزر آموزشي	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مستمر					تعداد گلاس هاي برگزار شده	۱۲ درصد	70%	90%	
		میانگین											۸۸/۷۵	۹۳،۷۵	

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳				
ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	۱۴۰۳/۴/۱	۸۸,۷۵	۱- ارزیابی پرسنل جدید الورود بر اساس مهارتهای اختصاصی و عمومی بازخورد به واحد آموزش و انجام مداخله اصلاحی توسط کارشناس خبره ۲- بررسی ابقاء یا خروج پرسنل جدید الورود در بخش مربوطه و طرح در کمیته هدایت و منابع انسانی ۳- برگزاری کلاس های تخصصی جهت پرسنل جدید الورود	
سه ماهه دوم	۱۴۰۳/۷/۱	۹۳/۷۵	۱.ارزیابی پرسنل جدید الورود بر اساس مهارتهای اختصاصی و عمومی بازخورد به واحد آموزش و انجام مداخله اصلاحی توسط کارشناس خبره ۲.بررسی ابقاء یا خروج پرسنل جدید الورود در بخش مربوطه و طرح در کمیته هدایت و منابع انسانی	۱. برنامه ریزی جهت پایش پرسنل جدیدالورود از نظر اخذ مهارت های لازم عمومی و اختصاصی بخش های مربوطه توسط کارشناس خبره ۲.برگزاری کمیته های هدایت منابع انسانی و تصمیم گیری درمورد چگونگی ارتقاء عملکردی پرسنل جدیدالورود
سه ماهه سوم				
سه ماهه چهارم				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

G هدف کلان :

دستیابی به رتبه یک برتر اعتبار بخشی درمانی

S استراتژی :

برنامه ریزی ارزیابی، ممیزی و آموزش سطح کیفی خدمات ارائه شده به بیماران سکنه حاد قلبی مطابق با دستورالعمل

O هدف اختصاصی :

ارتقا امتیاز محور مراقبت و درمان از به تا پایان سال ۱۴۰۳

هدف عملیاتی :

ارائه خدمات به بیمار با کد ۲۴۷

شاخص برنامه :

تعداد کد ۲۴۷

ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	بازنگری فلوجارت ۲۴۷ و نصب در تریاژ و بخش های ویژه	مسلم بیات(سرپرستار آنژیوگرافی)	سوپر وایزر آموزش	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱/۳۱				فلوجارت بازنگری شده	۸درصد	٪۱۰۰	٪۱۰۰		
۲	برگزاری کمیته مدیریت درمان سکنه حاد قلبی کد ۲۴۷ و اجرای مصوبات	مسلم بیات(سرپرستار آنژیوگرافی)	واحد بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	فصلی				تعداد کمیته های برگزار شده	۸درصد	٪۱۰۰	100%		
۳	برنامه ریزی جهت پذیرش بیماران سکنه حاد قلبی استان	سوپروایزران	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				تعداد بیماران پذیرش شده	۷درصد	٪۱۰۰	100%		
۴	مهمور نمودن فرم تریاژ به مهر ۲۴۷	سرپرستاران	سوپروایزر آموزش	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				مهر زده شده	۷درصد	٪۸۰	٪۷۰		
۵	ثبت اطلاعات و آمار بیماران مراجعه کننده به بخشهای CCU بیمارستان در سامانه	سرپرستاران CCU	واحد بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	مستمر				تعداد بیماران	۷درصد	٪۸۰	٪۷۰		

کد شناسه :- RH-QML-FO-03-06

تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۱/۱۵

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۱/۲۴

[illegible]

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	۱۴۰۳/۴/۱	۸۰,۷۶	۱-مهمور نمودن فرم تریاژ به مهر ۲۴۷ ۲-ثبت اطلاعات و آمار بیماران مراجعه کننده به بخشهای CCU بیمارستان در سامانه ۳-برگزاری کارگاه ۲۴۷ برای کارکنان ۴-برگزاری سناریو ۲۴۷وبررسی چالشهای موجود ۵-پایش مدیریت بیماران ۲۴۷ در بخش های CCU و داشتن برنامه ی مداخله ای	۱.پیگیری تهیه برچسب ۲۴۷ جهت الصاق در طرح تریاژ ۲.ثبت اطلاعات MI در سامانه های مرتبط ۳.برگزاری کارگاه ۲۴۷ جهت کلیه کارکنان حرفه ای و غیر حرفه ای ۴.تنظیم مشاوره ۲۴۷ هر ۶ ماه یکبار و داشتن برنامه مداخله ای و طرح نتایج در کمیته ۲۴۷ ۵.پایش اجرایی شدن ۲۴۷ و طرح نتایج در کمیته ۲۴۷ و داشتن برنامه بهبود
سه ماهه دوم	۱۴۰۳/۷/۱	۸۷٪	۱.برگزاری کارگاه ۲۴۷ برای کارکنان ۲.برگزاری سناریو ۲۴۷وبررسی چالشهای موجود	۱- برگزاری کارگاه ۲۴۷ جهت کلیه کارکنان حرفه ای و غیر حرفه ای ۲- تنظیم مشاوره ۲۴۷ هر ۶ ماه یکبار و داشتن برنامه مداخله ای و طرح نتایج در کمیته ۲۴۷
سه ماهه سوم				
سه ماهه چهارم				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

G هدف کلان :

S استراتژی :

O هدف اختصاصی :

هدف عملیاتی :

شاخص برنامه :

دستیابی به رتبه یک برتر اعتبار بخشی درمانی

برنامه ریزی جهت آموزش شاخص های ملی معاونت پرستاری

ارتقا امتیاز محور مراقبت و درمان از به تا پایان سال ۱۴۰۳

استمرار اجرایی نمودن شاخص های ملی

شاخص ملی و حساس پرستاری

کد شناسه: RH-QML-FO-03-06

تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۱/۱۵

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۳/۱/۲۴

ردیف

نام فعالیت

مسئول اجرا

مسئول پایش

زمان شروع

زمان پایان

منابع مورد نیاز

شاخص
ارزیابی

سهم هر فعالیت از برنامه

میزان پیشرفت برنامه

سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
-------------	-------------	-------------	---------------

۱

برگزاری کلاس آموزشی شاخص های حساس
مراقبت پرستاری

سوپروایزر
آموزشی

سوپروایزر
آموزشی

۱۴۰۳/۰۱/۰۱

۱۴۰۲/۰۳/۳۰

--	--	--

تعداد
کلاس
برگزار
شده

۱۵درصد

%۰

%۳۰

۲

تکمیل اکسل شاخص های حساس مراقبت
پرستاری به صورت مستمر توسط سوپروایزران
جهت زخم بستر و سقوط

سوپروایزر
آموزشی

سرپرستاران

۱۴۰۳/۰۱/۰۱

ماهیهانه

--	--	--

شاخص
تکمیل
شده

۱۴درصد

%۷۰

%۸۰

۳

تحلیل شاخص های حساس مراقبت پرستاری
(زخم و سقوط) به صورت فصلی سوپروایزر
کنترل عفونت

سوپروایزر
کنترل عفونت

مدیریت
پرستاری

۱۴۰۳/۰۱/۰۱

فصلی

--	--	--

شاخص
تحلیل
شده

۱۴درصد

%۷۰

%۸۰

۴

بررسی نتایج شاخص هادر کمیته هدایت
پرستاری

سوپروایزر
آموزشی

مدیریت
پرستاری

۱۴۰۳/۰۱/۰۱

فصلی

--	--	--

شاخص
تحلیل
شده

۱۴درصد

%۳۰

%۵۰

۵

تنظیم برنامه مداخله ای جهت رفع نقاط ضعف

سوپروایزر
آموزشی -
سرپرستاران

مدیریت
پرستاری

۱۴۰۳/۰۱/۰۱

فصلی

--	--	--

برنامه
مداخله
تنظیم
شده

۱۴درصد

%۳۰

%۶۰

۶	ارسال شاخص ها به صورت فصلی به مدیریت پرستاری دانشگاه	سوپروایزر آموزشی	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	فصلی			شاخص ارسال شده	۱۴درصد	۳۰٪	۵۰٪		
	میانگین											۵۸,۳۳	۳۸/۳۳
پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۲													
ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل					راهکارهای اصلاحی					
سه ماهه اول	۱۴۰۳/۴/۱	۳۸,۳۳	۱-برگزاری کلاس آموزشی شاخص های حساس مراقبت پرستاری ۲-تکمیل اکسل شاخص های حساس مراقبت پرستاری به صورت مستمر توسط سوپروایزران جهت زخم بستر و سقوط ۳-تحلیل شاخص های حساس مراقبت پرستاری (زخم و سقوط) به صورت فصلی سوپروایزر کنترل عفونت ۴-بررسی نتایج شاخص هادر کمیته هدایت پرستاری تنظیم برنامه مداخله ای جهت رفع نقاط ضعف ۵-ارسال شاخص ها به صورت فصلی به مدیریت پرستاری دانشگاه					۱.برگزاری کارگاه شاخص های ملی و حساس مراقبت پرستاری جهت کارکنان با الویت سرپرستاران ۲.تحلیل شاخص ها و داشتن برنامه مداخله ای و بهبود ۳.طرح نتایج در کمیته های مرتبط و داشتن برنامه بهبود ۴.ارسال نتایج بررسی شاخص ها به مدیریت پرستاری دانشگاه					
سه ماهه دوم	۱۴۰۳/۷/۱	۵۸/۳۳	۱.برگزاری کلاس آموزشی شاخص های حساس مراقبت پرستاری ۲.بررسی نتایج شاخص ها در کمیته هدایت پرستاری ۳.تنظیم برنامه مداخله ای جهت رفع نقاط ضعف ۴.ارسال شاخص ها به صورت فصلی به مدیریت پرستاری دانشگاه					۱.برگزاری کارگاه شاخص های ملی و حساس مراقبت پرستاری جهت کارکنان با الویت سرپرستاران ۲. طرح نتایج در کمیته های مرتبط و داشتن برنامه بهبود ۳. ارسال نتایج بررسی شاخص ها به مدیریت پرستاری دانشگاه					
سه ماهه سوم													
سه ماهه چهارم													



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه : RH-QML-FO-03-06		دستیابی به رتبه یک برتر اعتبار بخشی درمانی				G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت					
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵		نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی				S استراتژی :							
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۱/۱۵		ارتقا امتیاز محور مراقبت های حاد و اورژانس از ۶۳ به ۸۰ تا پایان سال ۱۴۰۴				O هدف اختصاصی :							
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۱/۲۴		ارتقا شاخص تعیین تکلیف اورژانس زیر ۶ ساعت از ۹۴ به ۹۶ ارتقا شاخص درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت از ۸۵ به ۸۸ ارتقا شاخص مدت زمان تریاژ در تمام سطوح کاهش میزان ترخیص با رضایت شخصی اورژانس از ۳۱ درصد به ۲۸ درصد				هدف عملیاتی :							
		شاخص تعیین تکلیف اورژانس زیر ۶ ساعت شاخص درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت شاخص مدت زمان تریاژ در تمام سطوح میزان ترخیص با رضایت شخصی اورژانس				شاخص برنامه :							
میزان پیشرفت برنامه		سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف	
سه ماهه اول	سه ماهه دوم			سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم	مالی							انسانی
	۰٪	۳۰٪	۸درصد	تعداد کلاس های برگزار شده				۱۴۰۳/۰۶/۳۰	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سوپر وایزر آموزش	سوپر وایزر آموزش	برگزاری کلاس شاخص های هجده گانه اورژانس	۱
	۵۰٪	۷۰٪	۸درصد	تعداد کلاس های برگزار شده				۱۴۰۳/۰۲/۳۰	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سوپر وایزر آموزش	سوپر وایزر آموزش	برگزاری کلاس آموزشی تریاژ بر اساس ESI	۲
	۳۰٪	۵۰٪	۷درصد	تعداد کارگاه های برگزار شده				فصلی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سوپر وایزر آموزش	سوپر وایزر آموزش	برگزاری کارگاه های تخصصی CPCR جهت پرسنل	۳

۴	بازدید های نظارتی روزانه از قسمتهای مختلف اورژانس	سوپر وایزر آموزش	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مستمر				تعداد بازدید های انجام شده	۷درصد	%۱۰۰	%۱۰۰	
۵	پایش درصد تعیین تکلیف بیماران زیر ۶ ساعت وخروج از اورژانس زیر ۱۲ ساعت و تعیین نقاط ضعف و ارائه راهکار اصلاحی و ارائه به تیم مدیریت اجرایی و طرح در کمیته اورژانس	سرپرستار اورژانس	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	ماهیهانه				درصد خروج بیمار زیر ۱۲ ساعت از اورژانس- درصدتعیین تکلیف بیماران زیرشش ساعت	۷درصد	%۱۰۰	%۱۰۰	
۶	تدوین گردش کار اورژانس از زمان ورود تا زمان خروج بیمار و داشتن برنامه مداخله ای وطرح در کمیته اجرایی و کمیته اورژانس	سرپرستار اورژانس	سرپرستار اورژانس	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مستمر				پایش تدوین شده	۷درصد	%۵۰	%۶۰	
۷	تشکیل کمیته تریاژ و مرگ ومیر نوزادان ومادران باردار ا وتدوین صورت جلسه و ارسال به دانشگاه	سرپرستار اورژانس	واحد بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	ماهیهانه				کمیته های برگزار شده	۷درصد	%۱۰۰	%۱۰۰	
۸	تشکیل کمیته مرگ و میر کودکان ۱-۵۹ ماهه و تدوین صورت جلسه و ارسال به دانشگاه	سرپرستار اورژانس	واحد بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	ماهیهانه				کمیته های برگزار شده	۷درصد	%۱۰۰	%۱۰۰	
۹	ارزیابی مستمر فرایند های بالینی وغیر بالینی اورژانس توسط تیم ارزیابی	سوپر وایزرین	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	فصلی				ارزیابی های انجام شده	۷درصد	%۱۰۰	%۱۰۰	
۱۰	محاسبه شاخص های ۱۸ گانه اورژانس و ارسال به معاونت درمان	سرپرستار اورژانس	واحد بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	ماهیهانه				شاخص های تحلیل	۷درصد	%۵۰	%۷۰	

					شده								
۱۱	نظارت بر ویزیت بیماران توسط پزشک عمومی و یا طب اورژانس بر اساس سطوح تریاژ ESI و طرح نتایج در کمیته اورژانس	سوپر وایزران	واحد بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مستمر					مصوبات کمیته اورژانس	۷ درصد	۵۰٪	۶۰٪
۱۲	نظارت بر انجام اقدامات درمانی و پاراکلینیکی در کمترین زمان ممکن	سوپر وایزران	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مستمر					مصوبات کمیته اورژانس	۷ درصد	۵۰٪	۷۰٪
۱۳	نظارت بر حضور پزشکان مقیم پزشکان آنکال جهت ویزیت یا مشاوره بیماران طبق برنامه ماهیانه	سوپر وایزران	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مستمر					چک لیست های مقیمی	۷ درصد	۷۰٪	۸۰٪
۱۴	هماهنگی با ستاد فوریتهای و بیمارستان مربوطه جهت اعزام بیماران به سایر مراکز داخل یا برون استانی	سوپر وایزران	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مستمر					مشکلات انعکاس داده شده به ستاد هدایت	۷ درصد	۸۰٪	۹۰٪
	میانگین											۶۶/۴۲	۷۷،۱۴

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول		۶۶/۴۲	۱-برگزاری کلاس شاخص های هجده گانه اورژانس ۲-برگزاری کلاس آموزشی تریاژ بر اساس ESI ۳-برگزاری کارگاه های تخصصی CPCR جهت پرسنل ۴-تدوین گردش کار اورژانس از زمان ورود تا زمان خروج بیمار و داشتن برنامه مداخله ای و طرح در کمیته اجرایی و کمیته اورژانس ۵-محاسبه شاخص های ۱۸ گانه اورژانس و ارسال به معاونت درمان ۶-نظارت بر ویزیت بیماران توسط پزشک عمومی و یا طب اورژانس بر اساس سطوح تریاژ ESI و طرح نتایج در کمیته اورژانس	۱. برنامه ریز جهت برگزاری کلاس شاخص های ۱۸ گانه اورژانس ۲. برنامه ریز جهت کارگاه تریاژ به صورت فصلی ۳. برنامه ریزی جهت برگزاری کارگاه CPR به صورت فصلی ۴. پایش گردش کار اورژانس و طرح نتایج در کمیته اورژانس و مقایسه با استاندارد ها ۵. برنامه ریزی جهت ارسال شاخص های ۱۸ گانه طبق برنامه زمانبندی به معاونت درمان ۶. پایش نحوه حضور و ویزیت پزشکان و ارسال نتایج به ریاست و معاونت روزانه ۷. پایش انجام اقدامات پاراکلینیک در حداقل زمان ممکن برای تعیین تکلیف در اسرع وقت بیماران

			۷-نظارت بر انجام اقدامات درمانی و پاراکلینیکی در کمترین زمان ممکن ۸-نظارت بر حضور پزشکان مقیم پزشکان آنکال جهت ویزیت یا مشاوره بیماران طبق برنامه ماهیانه	۸. پایش حضور پزشکان مقیم و نحوه پاسخگویی پزشکان آنکال طبق بخشنامه ابلاغی
سه ماهه دوم		۷۷/۱۴	۱. برگزاری کلاس شاخص های هجده گانه اورژانس ۲. برگزاری کارگاه های تخصصی CPCR جهت پرسنل ۳. تدوین گردش کار اورژانس از زمان ورود تا زمان خروج بیمار و داشتن برنامه مداخله ای و طرح در کمیته اجرایی و کمیته اورژانس ۴. نظارت بر ویزیت بیماران توسط پزشک عمومی و یا طب اورژانس بر اساس سطوح تریاژ ESI و طرح نتایج در کمیته اورژانس	۱. برنامه ریز جهت برگزاری کلاس شاخص های ۱۸ گانه اورژانس ۲. برنامه ریزی جهت برگزاری کارگاه cpr به صورت فصلی ۳- پایش گردش کار اورژانس و طرح نتایج در کمیته اورژانس و مقایسه با استاندارد ها ۴- پایش نحوه حضور و ویزیت پزشکان و ارسال نتایج به ریاست و معاونت روزانه
سه ماهه سوم				
سه ماهه چهارم				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه: RH-QML-FO-03-06				مدیریت بهینه منابع انسانی					G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت			
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵				برنامه ریزی جهت تسهیلات و امکانات رفاهی کارکنان درمان					S استراتژی :					
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۱/۱۵				افزایش رضایت پرسنل درمانی از ۶۵,۹ به ۶۸ تا پایان سال ۱۴۰۳					O هدف اختصاصی :					
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۱/۲۴				رضایتمندی کارکنان					هدف عملیاتی :					
				میزان رضایتمندی کارکنان					شاخص برنامه :					
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
	30%	50%		۱۴درصد	تعداد مصوبات اجرا شده				۱۴۰۳/۰۶/۳۰	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	تامین امکانات اقامتی کارکنان در پاو یونهای پرستاری	۱
	100%	100%		۱۴درصد	تعداد مصوبات اجرا شده				مستمر	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	هماهنگی با ریاست جهت پرداخت به موقع مطالبات کارکنان	۲
	100%	100%		۱۲درصد	تعداد مصوبات اجرا شده				فصلی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	انعکاس نتایج رضایتمندی کارکنان از کیفیت غذا	۳
	0%	20%		۱۲درصد	تعداد کار دانشجویی جذب شده				مستمر	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	برطرف کردن قسمتی از کمبودنیرو بااستفاده از کار دانشجویی	۴
	30%	50%		۱۲درصد	تعداد برنامه های رفاهی برنامه ریزی				مستمر	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مدیریت پرستاری	سوپروایزر ارتقاسلامت- مسیول رفاهی	داشتن برنامه های رفاهی و فرهنگی جهت کارکنان	۵

					شده								
۶	تشویق کارکنان به صورت دوره ای	سرپرستاران	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	فصلی				تعداد تشویق انجام شده	۱۲ درصد	50%	70%	
۷	ارزیابی و پایش رضایتمندی کارکنان	واحد بهبود کیفیت	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	پایان هر شش ماه یکبار				پایش رضایتمندی انجام شده	۱۲ درصد	30%	50%	
۸	تحلیل نتایج و اجرای اقدام اصلاحی و بازخورد به مسئولین و طرح در کمیته مدیریت اجرایی	واحد بهبود کیفیت	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	پایان هر شش ماه یکبار				برنامه تحلیل شده	۱۲ درصد	50%	70%	
	میانگین											۴۸/۷۵	۶۳/۷۵

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	۱۴۰۳/۴/۱	۴۸,۷۵	۱- تامین امکانات اقامتی کارکنان در پاوینهای پرستاری ۲- برطرف کردن قسمتی از کمبودنیرو با استفاده از کار دانشجویی ۳- داشتن برنامه های رفاهی و فرهنگی جهت کارکنان ۴- تشویق کارکنان به صورت دوره ای ۵- ارزیابی و پایش رضایتمندی کارکنان ۶- تحلیل نتایج و اجرای اقدام اصلاحی و بازخورد به مسئولین و طرح در کمیته مدیریت اجرایی	۱. بازدید از پاوین های پرستاری و بررسی کمبود ها و انعکاس به واحد ارتقا سلامت کارکنان ۲. مکاتبه با دفتر پرستاری دانشگاه جهت اختصاص کار دانشجویی به صورت قراردادی جهت جبران نیرو ۳. اطلاع رسانی برنامه رفاهی و فرهنگی در اسرع وقت به کارکنان ۴. ارسال تشویقی درج در پرونده و مالی طبق پایش انجام شده ۵. پایش رضایتمندی کارکنان به صورت هر ۶ ماه یکبار و طرح نتایج در کمیته مدیران اجرایی ۶. تحلیل نتایج رضایتمندی در کمیته های مرتبط و داشتن برنامه های بهبود
سه ماهه دوم	۱۴۰۳/۰۶/۰۱	۶۳/۷۵	۱. تامین امکانات اقامتی کارکنان در پاوینهای پرستاری ۲. برطرف کردن قسمتی از کمبودنیرو با استفاده از کار دانشجویی ۳. داشتن برنامه های رفاهی و فرهنگی جهت کارکنان ۴. ارزیابی و پایش رضایتمندی کارکنان	۱- بررسی کمبود امکانات در پاوین های پرستاری و سعی در مجهز نمودن آن ۲- درخواست به دانشگاه جهت اختصاص کار دانشجویی بصورت قراردادی جهت جبران نیرو ۳- اختصاص بودجه بیشتر به برنامه های رفاهی و فرهنگی کارکنان ۴- اطلاع رسانی کافی به پرسنل درمورد برنامه های فرهنگی و رفاهی

۵- تحلیل نتایج رضایتمندی در کمیته های مرتبط و داشتن برنامه های بهبود				
				سه ماهه سوم
				سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه : RH-QML-FO-03-06				دستیابی به رتبه یک برتر اعتبار بخشی درمانی						G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵				برنامه ریزی جهت استمرار استانداردهای ارزیابی عملکرد کارکنان						S استراتژی :				
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۱/۱۵				ارتقا امتیاز محور مدیریت خدمات پرستاری از ۶۷,۵ به ۸۰ تا پایان سال ۱۴۰۴						O هدف اختصاصی:				
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۱/۲۴				دستورالعمل های ارزیابی کارکنان						هدف عملیاتی :				
				ارزشیابی ۳۶۰ کارکنان						شاخص برنامه :				
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
	100%	100%		۱۲درصد	شرح وظایف ابلاغ شده				مستمر	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مدیریت پرستاری	سرپرستاران	اطلاع رسانی شرح وظایف مصوب به کادر پرستاری	۱
	100%	100%		۱۱درصد	شرح وظایف ابلاغ شده				۱۴۰۳/۰۱/۳۰	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مدیریت پرستاری	سرپرستاران	تعیین حدود انتظارات توسط مسول واحد به تفکیک کادرپرستاری	۲
	60%	50%		۱۱درصد	ارزشیابی های انجام شده				پایان هرشش ماه	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مدیریت پرستاری	سرپرستاران- مدیریت پرستاری	ارزشیابی پرسنل طبق شرح وظایف مصوب وزارتخانه (۳۶۰ درجه) (خودارزیابی، ارزیابی مافوق،ارزیابی زیرمجموعه، ارزیابی همکار و بیمار)	۳
	60%	50%		۱۱درصد	ارزشیابی های انجام				پایان هرشش ماه یکبار	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مدیریت پرستاری	سرپرستاران- مدیریت پرستاری	داشتن برنامه مداخله ای پیرو ارزشیابی ۱۳۶۰انجام شده	۴

					شده								
۵	ثبت نقاط ضعف و قوت پرسنل و اطلاع رسانی موارد به پرسنل	سرپرستاران- مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	فصلی				چارت راند انجام شده	۱۱ درصد	100%	100%	
۶	برنامه ریزی جهت بهبود نقاط ضعف	سرپرستاران- مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	فصلی				برنامه مداخله ای تنظیم شده	۱۱ درصد	100%	100%	
۷	استفاده از نمرات ارزشیابی در انتخاب و انتصاب پرسنل	سرپرستاران- مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سالانه				ارزشیابی انجام شده	۱۱ درصد	50%	70%	
۸	تکمیل مستندات پرسنل جهت دریافت ردیفهای مدیریتی بر اساس نمرات ارزشیابی	سرپرستاران- مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	پایان هر شش ماه یکبار				تعداد ردیفهای اخذ شده جهت پست مدیریتی	۱۱ درصد	50%	60%	
	میانگین												
											۷۵	۸۱,۲۵	

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	۱۴۰۳/۴/۱	۷۵	۱- ارزشیابی پرسنل طبق شرح وظایف مصوب وزارتخانه (۳۶۰ درجه) (خودارزیابی، ارزیابی مافوق، ارزیابی زیرمجموعه، ارزیابی همکار و بیمار) ۲- داشتن برنامه مداخله ای پیرو ارزشیابی ۳۶۰ انجام شده ۳- استفاده از نمرات ارزشیابی در انتخاب و انتصاب پرسنل	۱. انجام ارزشیابی ۳۶۰ درجه پرسنل طبق شرح وظایف ابلاغی ۲. پایش نتایج ارزشیابی ۳۶۰ و ثبت نکات قوت و نیاز به ارتقاء ۳. برنامه ریزی جهت استفاده از نتایج ارزشیابی در انتصاب و انتخاب پرسنل ۴. ارزیابی ردیف های سازمانی (سرپرستار - سوپروایزر) جهت اختصاص به پرسنل

منتخب	۴-تکمیل مستندات پرسنل جهت دریافت ردیفهای مدیریتی بر اساس نمرات ارزشیابی			
۱- انجام ارزشیابی ۳۶۰ درجه جهت پرسنل طبق پروتکل ۲.پایش نتایج ارزشیابی ۳۶۰ و ثبت نکات قوت و ضعف ۳.برنامه ریزی جهت استفاده از نتایج ارزشیابی در انتصاب و انتخاب پرسنل ۴.ارزیابی ردیف های سازمانی (سرپرستار- سوپروایزر) جهت اختصاص به پرسنل منتخب	۱.ارزشیابی پرسنل طبق شرح وظایف مصوب وزارتخانه (۳۶۰ درجه) (خودارزیابی، ارزیابی مافوق،ارزیابی زیرمجموعه، ارزیابی همکار و بیمار) ۲.داشتن برنامه مداخله ای پیرو ارزشیابی ۳۶۰انجام شده ۳.تکمیل مستندات پرسنل جهت دریافت ردیفهای مدیریتی بر اساس نمرات ارزشیابی	۸۱/۲۵	۱۴۰۳/۰۶/۰۱	سه ماهه دوم
				سه ماهه سوم
				سه ماهه چهارم
گانت چارت:				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		G هدف کلان : دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی		کد شناسه : RH-QML-FO-03-06										
		S استراتژی : نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی		تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵										
		O هدف اختصاصی : ارتقا امتیاز محور پیشگیری و کنترل عفونت از ۸۱ به ۸۵ تا پایان سال جاری		تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۱۱/۱۵										
		هدف عملیاتی : ارتقاء رعایت بهداشت دست در ۵ موقعیت از ۵۰٫۹ به ۵۴ تا پایان سال ۱۴۰۳		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۱۱/۲۴										
		شاخص برنامه : میزان رعایت بهداشت دست												
ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	ابلاغ دستورالعمل رعایت بهداشت دست در مراکز بهداشتی درمانی و راهنمای بهداشت دست در مراقبت از بیمار به تمام واحدها	سوپروایزر کنترل عفونت	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود دستورالعمل	۳				
۲	ابلاغ و نصب لیست پروسیجرهایی که نیازمند اسکراب جراحی در کلیه بخشهای درمانی و آندوسکوپی و آنژیوگرافی و اتاق عمل	سوپروایزر کنترل عفونت	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود لیست	۳				
۳	ابلاغ موقعیت های استفاده از دستکش به کلیه بخشهای درمانی	سوپروایزر کنترل عفونت	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود لیست	۳				
۴	نظارت بر نحوه اسکراب صحیح در بخشهای درمانی و اتاق عمل	سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				آموزش های ارایه شده	۶				
۵	نصب سینک برای شستشوی دست در اتاق عمل به تفکیک خانم و آقا	مدیر امور پشتیبانی	سرپرستار اتاق عمل	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود سینک	۲				
۶	نظارت بر نحوه استفاده از دستکش به صورت صحیح	سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				استفاده صحیح از دستکش	۵				

۷	آموزش و توجیه کارکنان در خصوص اهمیت رعایت بهداشت دست	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				آموزش ارائه شده	۶				
۸	فراهم کردن تجهیزات و مواد لازم برای رعایت بهداشت دست مطابق دستورالعمل (یک روشویی به ازای هر ۶ تخت)	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود تجهیزات (روشویی و...)	۴				
۹	وجود هندراب به ازای هر دو تخت در بخشهای درمانی	سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود تجهیزات (هندراب-دیس پنسر)	۱۰				
۱۰	پایش و نظارت بر نحوه عملکرد میزان رعایت بهداشت دست در تمام بخشها و شیفتها	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد پایش های انجام شده	۷				
۱۱	ارائه تشویقی به پرسنلی که بیشترین میزان رعایت بهداشت دست را داشته اند	سوپروایزر کنترل عفونت	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تشویقی	۳				
۱۲	برگزاری تور بهداشت دست در روز جهانی بهداشت دست و روز جهانی شستن دست	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد تورهای برگزار شده	۴				
۱۳	یادآوری مستمر به کارکنان مراقبت بهداشتی درباره اهمیت بهداشت دست و موارد استفاده و دستور العمل های مناسب برای اجرای آن (مثل نصب پوستر-زنگ شستشوی دست-تذکر شفاهی)	سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد پوسترهای نصب شده	۵				
۱۴	نصب روشویی در پیش ورودی اتاق های ایزوله داخلی مردان و داخلی قلب دو	سرپرستاران	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد روشویی های نصب شده	۴				
۱۵	نصب سینک جداگانه در بخشهای نورولوژی مردان، دیالیز و چشمی کردن شیرآب در	سرپرستارای سی یو	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹					۵				

													بخشهای ای سی یو یک، دو و جراحی	
۱۶	بررسی میزان محلول هندراب مصرفی هر شش ماهه یکبار	سوپروایزر کنترل عفونت	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				محاسبه میزان محلول مصرفی	۳				
۱۷	نظارت بر وجود دایمی دستمال کاغذی در کنار روشویی ها و نظافت مناسب جای مایع صابون	سوپروایزر کنترل عفونت	سرپرستاران	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				محاسبه تعداد مصرفی دستمال کاغذی و مایع صابون	۹				
													میانگین	

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل
سه ماهه اول	تیر ماه ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه اول و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	
سه ماهه دوم	مهر ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	
سه ماهه سوم	دی ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	
سه ماهه چهارم	اسفند ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه : RH-QML-FO-03-06				بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیماران				G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت				
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی				S استراتژی :						
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۰۱/۲۰				اجرای راهنمای پیشگیری از زخم فشاری توانمندی سازی رابطین زخم و پرسنل در مدیریت زخم بستر				O هدف اختصاصی :						
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۰۱/۲۴				مدیریت زخم بستر				هدف عملیاتی :						
				کاهش زخم بستر به میزان صفر				شاخص برنامه :						
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
				۲	حضور مسئول کلینیک				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مدیر پرستاری	مدیر پرستاری	ابلاغ جهت مسئول کلینیک زخم	۱
				۵	حضور رابطین				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مسئول کلینیک زخم	مسئول کلینیک زخم	تعیین رابطین زخم در کلیه بخش ها	۲
				۳	حضور پرسنل آقا و خانم در کلینیک				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مدیر پرستاری	مسئول کلینیک زخم	تعیین نیروی خانم و آقا در کلینیک زخم	۳
				۲	تعداد تیم های تشکیل شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	مسئول کلینیک زخم	تشکیل تیم زخم در صورت بروز زخم یا کوتر سوختگی	۴
				۵	تعداد جلسات برگزار شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مسئول کلینیک زخم	مسئول کلینیک زخم	برگزاری جلسات ادواری جهت رابطین	۵
				۱۰	افزایش تعداد روزهای کلینیک				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سوپروایزر کنترل عفونت	مسئول کلینیک زخم	افزایش تعداد روزهای فعالیت کلینیک زخم	۶

۷	بارگذاری اطلاعات کلینیک زخم در سایت بیمارستان	مسئول کلینیک زخم	مسئول کلینیک زخم	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد موارد بارگذاری شده	۲				
۸	آموزش پیشگیری از زخم بستر و پانسمان های نوین به صورت آشنایی	مسئول کلینیک زخم	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد پرسنل آموزش دیده	۱۰				
۹	برنامه ریزی برای بازدید روزانه از بخش ها	مسئول کلینیک زخم	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد بازدیدهای انجام شده	۱۵				
۱۰	بررسی علل بروز زخم های حین بستری و روبه وخامت رفتن زخم های بدو پذیرش و ارائه بازخورد به بخشها	کارشناس هماهنگ کننده - سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد زخم های بررسی شده	۱۰				
۱۱	برنامه ریزی جهت پایش میزان بروز زخم(برادن)	کارشناس هماهنگ کننده	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد پرسنل آموزش دیده	۵				
۱۲	برنامه ریزی جهت ثبت دقیق پانسمان ها و مراقبت از زخم در پرونده زخم بیماران (بستری و سرپایی)	پرستار مراقب بیمار-مسئول کلینیک زخم	مسئول کلینیک زخم	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد پرونده های تشکیل شده	۵				
۱۳	ارسال فرم خطی زخم به صورت روزانه (زخم بستر ایجاد شده در بخش - زخم های روبه وخامت) از بخشهای بستری و ثبت دقیق زخم ها،اکیموزها و	سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				فرم های تکمیل شده	۳				
۱۴	بررسی عوامل پیشگیرانه در بروز زخم بستر و مرتفع نمودن آنها در بخشهای بستری(تعداد کافی تشک مواج،فلو دینگ بیماران، تغییرپوزیشن به موقع و ...)	سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				کاهش میزان درصد زخم بستر	۵				
۱۵	گزارش دهی تعداد بیماران در معرض زخم مطابق دستورالعمل ابلاغی	مدیر پرستاری	کارشناس هماهنگ	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد بیماران در معرض	۳				

					زخم						کننده		شاخص های حساس به مراقبت پرستاری	
۱۶				۲	وجود آمار و تعداد زخم های ارائه شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس همانگ کننده ایمنی	پرستار مسئول کلینیک زخم	ارسال آمار اقدامات کلینیک به مدیریت پرستاری و دانشگاه	
													مبانگین	

ردیف					تجزیه و تحلیل					گزارش پایش سه ماهه				
سه ماهه اول										پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه اول و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.				
سه ماهه ی دوم										پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.				
سه ماهه ی سوم										پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.				
سه ماهه ی چهارم										پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزش، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

هدف کلان :	دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی	کد شناسه: RH-QML-FO-03-06
استراتژی :	نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی	تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵
هدف اختصاصی :	ارتقا امتیاز سنجه های ایمنی از ۶۶ به ۷۵ امتیاز تا پایان سال جاری	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۲۰
هدف عملیاتی :	ارتقاء درصد تحقق مصوبات بازدید ها از ۷۹,۲۵ به ۸۴ تا پایان سال ارتقاء درصد حضور تیم ایمنی بیمار از ۸۲ به ۹۰ تا پایان سال	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۳/۰۱/۲۴
شاخص برنامه :	درصد تحقق مصوبات بازدید ها درصد حضور تیم ایمنی بیمار	

ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	تنظیم برنامه و برنامه ریزی بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار جهت ایجاد محیط ایمن برای بیمار ان	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود برنامه	۱۰				
۲	انجام بازدید مدیریتی طبق برنامه زمانبندی	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد بازدیدهای انجام شده	۵				
۳	برنامه اصلاحی پیرو بازدید و گزارش به مسئول واحد	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود دستور العمل	۱۲				
۴	گزارش به تیم اجرایی جهت مصوبات اجرا نشده	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد مصوبات اجرا نشده	۸				
۵	کپی از سوالات بازدید مدیریتی و توزیع در بین پرسنل و تکمیل سوالات و بررسی چالش های ایمنی بیمار از دید کارکنان	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد سوالات تکمیل شده	۵				

۶	تایید بر حضور به موقع در زمان بازدید از بخش ها به اعضاء	مسئول ایمنی	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجودبرنامه	۲				
۷	ارسال برنامه به کلیه بخشهای مورد بازدید واعضای تیم بازدیدکننده	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجودبرنامه	۸				
۸	تاکیدمجدد با سرپرستار ومسئول واحد مورد بازدید يك روز قبل جهت حضور تیم	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				میزان آگاهی سرپرستار از بازدید	۵				
۹	نظارت بر حضور تمامی اعضاء در واحد ارزیابی	کارشناس هماهنگ کننده- سرپرستاران - سوپروایزرین	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد بازدیدهای انجام شده	۲				
۱۰	تعیین عوامل مخاطره ساز در مقوله ایمنی (زیرساختی:ساختاری- تجهیزاتی- انسانی و فرایندی)و الویت بندی نمودن مخاطرات بخش ها جهت تسریع در مرتفع نمودن	کارشناس هماهنگ کننده وسرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				عوامل تعیین شده	۱۰				
۱۱	تهیه گزارش بازدید با برنامه عملیاتی و تعیین زمان و تقسیم کار بین اعضاء تیم	کارشناس هماهنگ کننده و مدیر امور پشتیبانی	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد صورت جلسات ثبت شده	۱۰				
۱۲	بررسی مصوبات تجهیزاتی مصوب شده در بازدید مدیریتی در کمیته تجهیزات	مسئول تجهیزات پزشکی	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد صورت جلسات ثبت شده	۱۰				
	میانگین													

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول	تیر ماه ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه اول و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.		

		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	مهر ماه ۱۴۰۳	سه ماهه دوم
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	دی ۱۴۰۳	سه ماهه سوم
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	اسفند ۱۴۰۳	سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

البرز

مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی

دفتر بهبود کیفیت

G هدف کلان :

بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیماران

S استراتژی :

نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی

O هدف اختصاصی :

ارتقا امتیاز سنجه های ایمنی از ۶۶ به ۷۵ امتیاز تا پایان سال ۱۴۰۳

هدف عملیاتی :

کاهش میزان سقوط به میزان صفر تا پایان سال ۱۴۰۳

شاخص برنامه :

تعداد سقوط صورت گرفته

 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		G هدف کلان :		بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیماران										
		S استراتژی :		نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی										
		O هدف اختصاصی :		ارتقا امتیاز سنجه های ایمنی از ۶۶ به ۷۵ امتیاز تا پایان سال ۱۴۰۳										
		هدف عملیاتی :		کاهش میزان سقوط به میزان صفر تا پایان سال ۱۴۰۳										
		شاخص برنامه :		تعداد سقوط صورت گرفته										
ردیف	نام فعالیت	مسئول اجرا	مسئول پایش	زمان شروع	زمان پایان	منابع مورد نیاز			شاخص ارزیابی	سهم هر فعالیت از برنامه	میزان پیشرفت برنامه			
						مالی	انسانی	فیزیکی			سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم
۱	اجرائی نمودن پروتکل سقوط در بخش ها و واحدهای پاراکلینیک	سوپروایزرین -سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود پروتکل	۱۰				
۲	کپی چک لیست ایمنی تجهیزات بخش و نظارت بر تکمیل چک لیست توسط کمک بهیاران به صورت روزانه		کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود چک لیست	۵				
۳	نصب برچسب زرد(برچسب زرد با کد F روی دستبندشناسایی بیماران با احتمال خطر سقوط	سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد برگه های نصب شده بر بالین بیمار	۵				
۴	نظارت بر سالم بودن و فیکس بودن محافظ تخت و ترمز تخت ها	سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				بررسی تعداد بدسایدهای بالا	۱۵				
۵	تهیه چارپایه به تعداد تخت بیماران و نظارت بر وجود چارپایه در کنار تخت بیمار	مدیر امور پشتیبانی	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد چارپایه های تهیه شده	۵				

۶	برنامه ریزی جهت ارزیابی معیار سقوط در بیماران در هر شیفت (مورس)	کارشناس هماهنگ کننده	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد اعداد مورس محاسبه شده	۵				
۷	برنامه ریزی جهت بررسی علل بی قراری در بیماران	سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد بیماران بی قرار	۱۰				
۸	اخذ مهار فیزیکی یا شیمیایی بر حسب نیاز بیمار	پرستار مراقب بیمار	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد مهار فیزیکی ثبت شده	۱۰				
۹	پیگیری تعمیر کمر بند روی ویلچر ها و برانکاردها	مدیر امور پشتیبانی	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد ویلچر های دارای کمر بند	۵				
۱۰	تهیه کمر بند برای نصب در کنار بدسایدها، برای جلوگیری از سقوط	مدیر امور پشتیبانی	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد تخت های دارای کمر بند	۵				
۱۱	RCA پرونده ها و آنالیز علل سقوط	دبیر کمیته RCA	دبیر کمیته RCA	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد RCA های انجام شده	۵				
۱۲	برنامه ریزی برای استفاده از واکر جهت استفاده در بیماران با مشکل حرکتی	مدیر امور پشتیبانی	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد واکر تهیه شده	۵				
۱۳	تهیه و نصب هندریل در راهرو و اتاق بستری بیماران بخش داخلی و داخلی قلب	مدیر امور پشتیبانی	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد هندریل نصب شده	۱۰				
۱۴	گزارش دهی تعداد بیماران در معرض سقوط مطابق دستور العمل ابلاغی شاخص های حساس به مراقبت پرستاری	مدیر پرستاری	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد بیماران در معرض سقوط	۵				
	میانگین													

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
------	-------	--------------------	---------------	------------------

		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه اول و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	تیر ماه ۱۴۰۳	سه ماهه اول
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	مهر ۱۴۰۳	سه ماهه دوم
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	دی ۱۴۰۳	سه ماهه سوم
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	اسفند ۱۴۰۳	سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

G هدف کلان :

دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی

S استراتژی :

نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی

O هدف اختصاصی :

ارتقا امتیاز محور پیشگیری و کنترل عفونت از ۶۳ به ۸۵ تا پایان سال ۱۴۰۳

هدف عملیاتی :

بازسازی واحد CSR

شاخص برنامه :

میزان پیشرفت پروژه

کد شناسه :- RH-QML-FO-03-06				دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی				G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت				
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی				S استراتژی :						
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۱/۱۵				ارتقا امتیاز محور پیشگیری و کنترل عفونت از ۶۳ به ۸۵ تا پایان سال ۱۴۰۳				O هدف اختصاصی :						
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۱/۲۰				بازسازی واحد CSR				هدف عملیاتی :						
				میزان پیشرفت پروژه				شاخص برنامه :						
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
				۲۰	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۲/۱	مدیر مرکز	مسئول تاسیسات	تعیین نقشه بازسازی	۱
				۲۰	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۲/۱	رئیس مرکز	کمیته ایمنی	استخراج استانداردهای CSR	۲
				۲۰	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۲/۱	رئیس مرکز	کمیته ایمنی	جداسازی فضاها مطابق استاندارد	۳
				۲۰	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۲/۱	مدیر مرکز	مسئول تاسیسات	ساخت بخش واشینگ مرکزی	۴
				۲۰	مستندات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۲/۱	رئیس مرکز	کمیته ایمنی	تعیین پروتکل های جدید	۵
				میانگین										
پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳														
راهکارهای اصلاحی				تجزیه و تحلیل				گزارش پایش سه ماهه				تاریخ	ردیف	
								پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه اول و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.				تیر ماه	سه ماهه اول	

		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	شهریور ماه	سه ماهه دوم
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	آذر ماه	سه ماهه سوم
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	اسفند ماه	سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

		دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی		کد شناسه :- RH-QML-FO-03-06	
نهادهینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی		تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵			
ارتقا امتیاز سنجه های ایمنی از ۶۶ به ۷۵ امتیاز تا پایان سال جاری		تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۱/۱۵			
افزایش امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۱/۲۰			
امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار ایمنی بیمار					

۵	بازنگری و ابلاغ شرح وظایف مسول ایمنی بیمار به کلیه بخشهای درمانی	ریاست بیمارستان	ریاست بیمارستان	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود ابلاغ	۳				
۶	بازبینی و ابلاغ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	مدیر پرستاری	مدیر پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود نیروی انسانی	۳				
۷	ابلاغ شرح وظایف کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به کلیه بخشهای درمانی	کارشناس هماهنگ کننده	مدیر پرستاری	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود ابلاغ	۳				
۸	شناسایی شرایط تهدید کننده ایمنی و مخاطرات ایمنی بیمار در کلیه بخشهای درمانی با تاکید بر پاندمی کرونا	سرپرستاران و مسئولین واحدها	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود شرایط تهدید کننده ابلاغی از طرف بخشها	۳				
۹	نظارت بر اجرایی شدن راهنماها و دستورالعمل های ایمنی ابلاغی از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (داروهای حیات بخش و ضروری-بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار-راهنمای برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار-راهنمای بهداشت دست در مراقبت از بیمار-راهنمای پیش گیری از اتصالات نادرست کاتترها و لوله ها-راهنمای پیشگیری از زخم فشاری- راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار-راهنمای جراحی ایمن-راهنمای "داروهای با هشدار بالا"- راهنمای داروهای با اسامی واشکال مشابه-	سرپرستاران و مسئولین واحدها	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				میزان درصد اجرایی شدن راهنماها و دستورالعمل های ایمنی	۶				

												راهنمای شناسایی صحیح بیماران-راهنمای تضمین صحت دارویی در فرایند انتقال خدمات-راهنمای جراحی ایمن-الزامات اخذ رضایت آگاهانه و تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی-دستورالعمل استریلیزاسیون فوری-دستورالعمل پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی (VTE)
۱۰				۳	تعداد بازپدیدهای انجام شده			۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	تدوین برنامه زمان بندی بازدید مدیریت ایمنی بیمار در سال جاری
۱۱				۵	تعداد کمیته های برگزار شده			۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مسئول بهبود کیفیت	کارشناس هماهنگ کننده	مشارکت و حضور مستمر در کمیته مرگ و میر به منظور ارزیابی و بررسی مصوبات
۱۲				۵	تعداد برگه های رضایت آگاهانه تکمیل شده			۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	سرپرستاران	پایش فرایند رضایت آگاهانه در بخشهای بالینی طبق دستورالعمل ابلاغی
۱۳				۳	وجود دستبندشناسایی			۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	سرپرستاران	پایش فرایند شناسایی بیمار طبق پروتکل و ابلاغیه وزارت بهداشت در بخش های بالینی ، پارکلینیکی و...
۱۴				۳	تعداد اقلام خریداری شده					کارشناس هماهنگ کننده	سرپرستاران	پایش ملزومات و تجهیزات مرتبط با ایمنی بیمار : ۱. لیبل شناسایی بیمار (f/s/...) ۲. برچسب های دارویی (قرمز- زرد) ۳. برچسب دستبند شناسایی بیمار ۴. تعمیر کمر بند ایمنی

												۵. و سایر	
۱۵	پایش و ممیزی بالینی فرایند استفاده از خط هات لاین به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات، کانال های ارتباطی آزاد	سوپروایزر آزمایشگاه	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				وجود خط یکطرفه	۳			
۱۶	پایش و ممیزی بالینی فرایند چک لیست جراحی ایمن در بخش اتاق عمل	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد چک لیست های تکمیل شده	۳			
۱۷	نظارت بر اجرای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت (IPC)	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد برنامه های اجرایی شده	۳			
۱۸	هماهنگی و مکاتبه با تیم اجرایی و معاونت توسعه جهت بازسازی واحد CSR	سوپروایزر کنترل عفونت و مدیر پشتیبانی	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				نامه و مستندات پیگیری	۲			
۱۹	تدوین برنامه ارزیابی فرایندهای استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات ، با تاکید بر بخش اتاق عمل و استفاده از ترالی های حمل وسایل استریل	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				تعداد ارزیابی ها	۳			
۲۰	نظارت بر فرایند دارودهی و وجود داروهای حیاتی در تمامی اوقات شبانه روز	سوپروایزر بالینی و ناظر دارویی	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				میزان درصد اصول صحیح دارودهی	۵			
۲۱	نظارت بر تفکیک پسماند ها از مبدأ و رعایت کد بندی رنگی	مسئول بهداشت محیط	مسئول بهداشت محیط	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹				میزان درصد رعایت تفکیک پسماندها	۵			

				۳	میزان رعایت بهداشت دست				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سوپروایزر کنترل عفونت - سرپرستاران	سوپروایزر کنترل عفونت - سرپرستاران	پایش مستمر فرایند رعایت بهداشت دست و نظارت بر وجود هندراب و مایع صابون و بررسی امکانات شستشوی دست	۲۲
				۲	میزان استفاده از وسایل یکبار مصرف				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سوپروایزر کنترل عفونت - سرپرستاران	سرپرستاران مسئول واحد	مدیریت تجهیزات و ملزومات یکبار مصرف در بخش های بالینی و پاراکلینیک بیمارستان	۲۳
				۲	وجود راهنما				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سوپروایزر کنترل عفونت - سرپرستاران	سرپرستاران	نظارت بر اجرایی شدن دستورالعمل فرآوری مجدد وسایل پزشکی طبق دستورالعمل ابلاغیه وزارت بهداشت	۲۴
				۲	تعداد دستگاههای کابیر شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	مسئول تجهیزات پزشکی	بازبینی لیست تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب به منظور ارائه خدمات و تعیین بخش پشتیبان	۲۵
				۲	تعداد دستگاههای کالیر شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مسئول تجهیزات پزشکی	مسئول تجهیزات پزشکی	تدوین برنامه زمان بندی کالیبراسیون تجهیزات بخش هابر اساس دستورالعمل ابلاغی در سال جاری	۲۶
				۲	میزان درصد رعایت استوارد شیپ آنتی بیوتیکی				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سوپروایزر کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت - سرپرستاران	پایش مستمر آنتی بیوتیک پروفیلاکسی و استوارد شیپ آنتی بیوتیکی	۲۷
				۳	تعداد خطاهای گزارش شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	کارشناس هماهنگ کننده - سرپرستاران	پایش مستمر استوارد شیپ آنتی بیوتیکی	۲۸

۲۹	بررسی انتظارات و اقدامات مدیریت در راستای ایمنی بیمار و بررسی حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	کارشناس هماهنگ کننده- سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹			درصد تحقق مصوبات بازدیدهای مدیریتی	۳				
۳۰	تکمیل و تجزیه و تحلیل اطلاعات پرسشنامه فرهنگ ایمنی	سرپرستاران	کارشناس هماهنگ کننده	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹			تعداد پرسشنامه های تکمیل شده	۱				
	میانگین												
پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳													
ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه		تجزیه و تحلیل		راهکارهای اصلاحی							
سه ماهه اول	تیر ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه اول و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.											
سه ماهه دوم	مهر ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.											
سه ماهه سوم	دی ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.											
سه ماهه چهارم	اسفند ۱۴۰۳	پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.											

کد شناسه : RH-QML-FO-03-06				بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیماران										G هدف کلان :		دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی										S استراتژی :		
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۱/۱۵				ارتقا امتیاز محور مدیریت تجهیزات پزشکی از ۶۰ به ۷۵ تا پایان سال جاری										O هدف اختصاصی :		
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۳/۱/۲۰				کاهش درصد خرابی تجهیزات به میزان ۴ درصد نسبت به سال قبل										هدف عملیاتی :		
				میزان ثبت درخواست تعمیر تجهیزات پزشکی در نرم افزار										شاخص برنامه :		
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف		
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی								
				۲۰	تعداد بازدید				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مهندس تجهیزات پزشکی	مهندس تجهیزات پزشکی	بازدید دوره ایی از تجهیزات پزشکی	۱		
				۱۰	تعداد بازدید				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مهندس تجهیزات پزشکی	مهندس تجهیزات پزشکی	هماهنگی جهت بازدیدهای دوره ایی دستگاه ها از طرف شرکت ها و اخذ پیش فاکتور برای دستگاههای که نیاز به تعمیر دارند	۲		
				۲۰	وجود لیست				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	مهندس تجهیزات پزشکی و	بازنگری لیست تجهیزات ضروری	۳		

												کارشناس هماهنگ کننده	وبخش های پشتیبانی	
				۱۰	عدم وجود بخش ویژه به عنوان پشتیبان				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	مهندس تجهیزات پزشکی و کارشناس هماهنگ کننده	عدم تعیین بخشهای ویژه و اورژانس به عنوان بخش پشتیبان	۴
				۲۰	میزان آگاهی پرسنل				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	سرپرستاران	آگاهی پرسنل از لیست تجهیزات ضروری	۵
				۱۰	تعداد تجهیزات کالیبره شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	کارشناس هماهنگ کننده	مهندس تجهیزات پزشکی و سرپرستاران	نظارت بر کالیبراسیون سالانه تجهیزات پزشکی	۶
				۲۰	تعداد کلاس های آموزشی برگزار شده				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	سوپروایزر آموزشی	سوپروایزر آموزشی-مهندس تجهیزات پزشکی	آموزش کاربری صحیح و ایمن تجهیزات پزشکی	۷
				۵	وجود نحوه کاربری و ایمنی تجهیزات				۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	مهندس تجهیزات پزشکی و کارشناس هماهنگ کننده	مهندس تجهیزات پزشکی و کارشناس هماهنگ کننده-سرپرستاران	وجود نحوه کاربری و ایمنی تجهیزات به صورت سیستمی در تمام بخشها	۸
														میانگین

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳													
راهکارهای اصلاحی						تجزیه و تحلیل					گزارش پایش سه ماهه		تاریخ
											پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه اول و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.		تیر ماه ۱۴۰۳
													سه ماهه اول

		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه دوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	مهر ۱۴۰۳	سه ماهه دوم
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه سوم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	دی ۱۴۰۳	سه ماهه سوم
		پیرو پایش کمی برنامه عملیاتی در سه ماهه چهارم و کسب امتیاز آیتم های نیازمند ارتقاء تعیین شد.	اسفند ۱۴۰۳	سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه : RH-QML-FO-03-05				دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی					G هدف کلان :		 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت			
تاریخ تهیه : ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی					S استراتژی :					
تاریخ بازنگری : 1403/02/24				ارتقا امتیاز محور مدیریت دارویی از ۶۹ به ۸۰ تا پایان سال 1403					O هدف اختصاصی :					
تاریخ ابلاغ : 1403/02/24				کاهش میزان داروهای مرجوعی به میزان ۲ درصد نسبت به سال گذشته					هدف عملیاتی :					
				میزان داروهای مرجوعی					شاخص برنامه :					
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
	۱۰	۱۰		۱۰	دستورالعمل ابلاغ شده	*	*		۱۴۰۳/۰۱/۲۷	۱۴۰۳/۰۱/۰۱	بهبود کیفیت	ناظر دارویی	ابلاغ دستورالعمل مرجوعی داروها به بخش ها و منشی ها	۱
	۱۰	۱۰		۱۰	فلوچارت ابلاغ شده	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	ناظر دارویی	بازنگری و ابلاغ فلوچارت مرجوعی بخش ها	۲
	۱۰	۱۰		۱۰	چک لیست ارزیابی		*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	ناظر دارویی	ارزیابی و ممیزی بخش ها و نظارت بر نحوه ی مرجوع نمودن داروها در سیستم HIS	۳
	۱۰	۱۰		۱۰	حضور بموقع پزشکان در ویزیت		*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	رئیس مرکز معاون درمان	ابلاغ فرایند مرجوعی دارویی و ضرورت نقش پزشکان بر بالین بیمار و تجویز داروهای مورد نیاز بیمار	۵

۶	تعیین ساعات مشخصی جهت تحویل دارو به بخش ها در راستای کاهش درصد مرجوعی ها	دفتر پرستاری سوپروایزر داروخانه	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	ساعت مشخص	۱۰	۱۰	۱۰
۷	تصحیح موجودی کاذب در سیستم HIS توسط داروخانه	سوپروایزر داروخانه مسئول انبار داروخانه	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	نرم افزار داروخانه	۱۰	۱۰	۱۰
۸	اجرای طرح اتواستاپ مصرف داروهای پرهزینه و آنتی بیوتیک های استراتژیک	ناظر دارویی فناوری اطلاعات معاون درمان	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	ملزومات سیستمیک و آموزش های لازم	۱۵	۱۵	۱۵
۹	ارزیابی سه ماهه میانگین درصد مرجوعی داروهای درخواستی	ناظر دارویی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	میانگین درصد مرجوعی داروهای درخواستی	۱۵	۱۵	۱۵
	میانگین							۱۰۰	۱۰۰	

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
------	-------	--------------------	---------------	------------------

				سه ماهه اول
				سه ماهه دوم
				سه ماهه سوم
				سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه: RH-QML-FO-03-06	دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی	G هدف کلان:
تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵	نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی	S استراتژی:
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴	ارتقا امتیاز محور مدیریت دارویی	O هدف اختصاصی:
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴	افزایش میزان آگاهی پرسنل از فرآیندهای جاری داروخانه	هدف عملیاتی:
	مجموع امتیازات کسب شده	شاخص برنامه:

میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
				۲۰	کتابچه پرسنل جدیدالورود	*	*		۱۴۰۳/۹/۳۰	۱۴۰۳/۴/۱	بهبود کیفیت	مسئول فنی	تدوین کتابچه جدیدالورود: - فرایند مرجوعی دارو	۱
				۲۰	میزان آگاهی پرسنل	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	مسئول فنی	نیاز سنجی آموزشی	۲
				۲۰	جدول زمان بندی	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	مسئول فنی	تدوین برنامه ی آموزشی داروخانه	۳

۴	برگزاری دوره های آموزشی بر طبق برنامه ی آموزش	مسئول فنی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	برگزاری دوره های آموزشی	۲۰				
۵	ارزیابی ۳ ماهه ی پرسنل داروخانه از نظر میزان آگاهی	مسئول فنی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	سوالات طراحی شده	۲۰				
	میانگین												
پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳													
ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه			تجزیه و تحلیل			راهکارهای اصلاحی					
سه ماهه اول													
سه ماهه دوم													
سه ماهه سوم													
سه ماهه چهارم													



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

کد شناسه: RH-QML-FO-03-06				دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی					G هدف کلان:		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت			
تاریخ تهیه: ۹۵/۰۹/۱۵				نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی					S استراتژی:					
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴				ارتقا امتیاز محور مدیریت دارویی					O هدف اختصاصی:					
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴				کسب امتیاز کامل از استانداردهای محور دارو و درمان در طی خودارزیابی					هدف عملیاتی:					
				درصد امتیاز کسب شده در طی خودارزیابی					شاخص برنامه:					
میزان پیشرفت برنامه				سهم هر فعالیت از برنامه	شاخص ارزیابی	منابع مورد نیاز			زمان پایان	زمان شروع	مسئول پایش	مسئول اجرا	نام فعالیت	ردیف
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			مالی	انسانی	فیزیکی						
	۱۰	۱۰		۱۰	جلسه		*		هر شش ماه	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	متخصص داروسازی بالینی	تشکیل جلسه کارگروه تلفیق دارویی	۱
	۱۰	۱۰		۱۰	بخش داخلی	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	متخصص داروسازی بالینی	انتخاب بخش داخلی به عنوان پایلوت انجام تلفیق دارویی	۲
	15	15		۱۵	بیمار انتخاب شده	*	*		۱۴۰۳/۱۲/۲۹	۱۴۰۳/۱/۱	بهبود کیفیت	متخصص داروسازی بالینی	انتخاب بیمار براساس سن، نوع بیماری، تعداد و نوع دارو	۳

				سه ماهه سوم
				سه ماهه چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		G هدف کلان :		دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی											
		S استراتژی :		نهادینه کردن برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی											
		O هدف اختصاصی :		ارتقا امتیاز محور مدیریت دارویی											
		هدف عملیاتی :		تامین داروهای خارج از فارماکوپه											
		شاخص برنامه :		تعداد داروهای تامین شده خارج از فارماکوپه											

۴	تایید فرم خارج از فارماکوپه	رئیس مرکز، پزشک بیمار، ناظر دارویی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	تایید فرم	۱۵	۱۵	۱۵
۵	ارائه فرم خارج از فارماکوپه به داروخانه	منشی بخش	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	ارائه فرم تکمیل شده	۱۰	۱۰	۱۰
۶	تهیه دارو طی مدت ۴۸ تا ۷۲ ساعت	مسئول سفارش دارویی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	دارو تهیه شده	۱۵	۱۵	۱۵
۷	بایگانی فرم خارج از فارماکوپه	مسئول فنی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*		ایجاد بایگانی	۱۵	۱۵	۱۵
	میانگین										۱۰۰

پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳

ردیف	تاریخ	گزارش پایش سه ماهه	تجزیه و تحلیل	راهکارهای اصلاحی
سه ماهه اول				
سه ماهه دوم				
سه ماهه				

				سوم
				سه ماهه
				چهارم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی البرز
مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی
دفتر بهبود کیفیت

 دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی دفتر بهبود کیفیت		G هدف کلان :		دستیابی به رتبه یک برتر اعتباربخشی درمانی									
		S استراتژی :		نهادینه کردن برنامه های بهبود کیفیت و اعتباربخشی									
		O هدف اختصاصی :		ارتقا امتیاز محور مدیریت دارویی از ۶۱ به ۸۰ تا پایان سال ۱۴۰۳									
		هدف عملیاتی :		کسب امتیاز کامل مدیریت دارویی در طی فرایند خودارزیابی									
		شاخص برنامه :		میزان امتیاز کسب شده در طی خودارزیابی									

۴	سفارش داروهای استراتژیک بر اساس لیست انباردار به شرکت های دارویی	مسئول سفارش داروی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	وجود آمار	۱۰	۱۰	۱۰
۵	اعلام کسری در صورت عدم تهیه ی دارو به هر دلیل به ناظر دارویی بیمارستان	مسئول سفارش داروی بیمارستان	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	وجود آمار، گزارش	۱۰	۱۰	۱۰
۶	بررسی علت کسری دارویی	ناظر دارویی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	بررسی موجودی شرکت های دارویی	۱۵	۱۵	۱۵
۷	انجام اقدامات و مکاتبات لازم جهت تهیه دارو	ناظر دارویی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	مکاتبه و پیگیری	۱۵	۱۵	۱۵
۸	اعلام کسری دارو در صورت عدم تهیه دارو به معاون درمان مرکز	ناظر دارویی	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	مکاتبه	۱۰	۱۰	۱۰
۹	اعلام جایگزین دارو	معاون درمان	بهبود کیفیت	۱۴۰۳/۱/۱	۱۴۰۳/۱۲/۲۹	*	*	نامه ی ادرای	۱۰	۱۰	۱۰

		۱۰۰	۱۰۰		میانگین	
پایش برنامه عملیاتی ۱۴۰۳						
راهکارهای اصلاحی	تجزیه و تحلیل	گزارش پایش سه ماهه	تاریخ	ردیف		
				سه ماهه اول		
		گزارش کسری دیپیریدامول به معاونت غذا و دارو	۱۴۰۳/۰۶/۱۷	سه ماهه دوم		
				سه ماهه سوم		
				سه ماهه چهارم		