





دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی بابل

استانداردهای اعتباربخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان اورژانس کشور

استانداردهای اعتباربخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

نویسندگان:

دکتر حسن نوری ساری، دکتر سیدحمید کمالی، فرزانه مهدیان پور،
سمیرا شصتی، دکتر حمید مهربانی فر، دکتر خورشید وسکویی، دکتر میرسعید رمضانی

همکاران:

دکتر رضا دهقان پور، دکتر محمد سرور، دکتر معصومه عباس آبادی، دکتر سیدحسین موسوی،
دکتر شیوا یوسفیان، دکتر زهرا غفاری، عظیمه سادات جعفری، مجتبی خالدي، فاطمه کشوری،
کارولین آتش زاده، عطیه مبینی، سارا مهران امین، داوود تاران، محمدرضا محمدزاده، علیرضا ایرندگان،
فرشته رضایی، خسرو ذبیحیان، دکتر معصومه عباسی، اسماعیل فراهانی، دکتر مجتبی لهراسبی،
عباس باقری، علیرضا موسوی، پروانه عزتی، زهرا کریمیان، حسن وطنی، سارا عاروان، الهام شمس،
لیلا خیراتی، دکتر سیدحسن حسینی زاده، محسن لعل حسن زاده، امیر صدیقی، سارا علیپور، گلنار مقدمی فرد،
دکتر آرش نوکار، دکتر بابک یکتا پرست، جواد حسن زاده، دکتر زینب محمدی، دکتر رضا معتمدی،
شهرام ملکی جوشاتی، پریسا حسینی شرامین، دکتر یوسف اکبری شهرستانکی، یوسف ناجی

زیر نظر:

دکتر جعفر میعادفر

رئیس سازمان اورژانس کشور



عنوان و نام پدیدآور : استانداردهای اعتباربخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی / نویسندگان حسن نوری ساری، سیدحمید کمالی ... [و دیگران]؛ همکاران معصومه عباس آبادی ... [و دیگران]؛ زیر نظر جعفر میعادفر؛ [برای] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ سازمان اورژانس کشور.

مشخصات نشر : تهران: سپیدبرگ، ۱۴۰۲.

مشخصات ظاهری : ۱۶۰ ص.: مصور، جدول، نمودار.

شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۷۷۲۷-۱۷-۳

وضعیت فهرست نویسی : فیپا

یادداشت : نویسندگان: حسن نوری ساری، سیدحمید کمالی، فرزانه مهدیان پور، سمیرا شصتی، حمید مهربانی فر،

خورشید وسکویی، میرسعید رضانی

یادداشت : همکاران: رضا دهقان پور، محمد سرور، معصومه عباس آبادی، سیدحسین موسوی، شیوا یوسفیان، زهرا

غفاری، عظیمه سادات جعفری، مجتبی خالیدی، فاطمه کشوری، کارولین آبش زاده، عطیه مبینی، سارا

مهران امین، داوود تاران، محمدرضا محمدزاده، علیرضا ایرندگانی، فرشته رضایی، خسرو ذبیحیان، معصومه

عباسی، اسماعیل فراهانی، مجتبی لهراسبی، عباس باقری، علیرضا موسوی، پروانه عزتی، زهرا کریمیان،

حسن وطنی، سارا عاروان، الهام شمس، لیلا خیراتی، سیدحسن حسینی زاده، محسن لعل حسن زاده، امیر

صدیقی، سارا علیپور، گلنار مقدمی فرد، آرش نوکار، بابک یکتاپرست، جواد حسن زاده، زینب محمدی، رضا

معمودی، شهرام ملکی جوشاتی، پریسا حسنی شرامین، یوسف اکبری شهرستانکی، یوسف ناجی

یادداشت : زیر نظر جعفر میعادفر

موضوع : پزشکی اورژانس -- ایران -- اعتباربخشی -- استانداردها

Emergency medicine -- Accreditation -- Standards -- Iran

پزشکی اورژانس -- اعتباربخشی -- استانداردها

Emergency medicine -- Accreditation -- Standards

پزشکی اورژانس -- استانداردها

Emergency medicine -- Standards

شناسه افزوده : نوری ساری، حسن، ۱۳۵۴-

شناسه افزوده : کمالی، سیدحمید، ۱۳۴۷-

شناسه افزوده : میعادفر، جعفر، ۱۳۴۲-

شناسه افزوده : سازمان اورژانس کشور

رده بندی کنگره : RCA۶/۷

رده بندی دیویی : ۶۱۶/۰۲۵

شماره کتاب شناسی ملی : ۹۴۴۵۳۳۴

اطلاعات رکورد کتاب شناسی : فیپا



عنوان : استانداردهای اعتباربخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

نویسندگان : دکتر حسن نوری ساری، دکتر سیدحمید کمالی، فرزانه مهدیان پور، سمیرا شصتی، دکتر حمید مهربانی فر، دکتر خورشید وسکویی، دکتر میرسعید رضائی

همکاران : دکتر رضا دهقان پور، دکتر محمد سرور، دکتر معصومه عباس آبادی، دکتر سیدحسین موسوی، دکتر شیوا یوسفیان، دکتر زهرا غفاری، عظیمه سادات جعفری، مجتبی خالیدی، فاطمه کشوری، کارولین آبش زاده، عطیه مبینی، سارا مهران امین، داوود تاران، محمدرضا محمدزاده، علیرضا ایرندگان، فرشته رضایی، خسرو ذبیحیان، دکتر معصومه عباسی، اسماعیل فراهانی، دکتر مجتبی لهراسبی، عباس باقری، علیرضا موسوی، پروانه عزتی، زهرا کریمیان، حسن وطنی، سارا عاروان، الهام شمس، لیلا خیراتی، دکتر سیدحسن حسینی زاده، محسن لعل حسن زاده، امیر صدیقی، سارا علیپور، گلنار مقدمی فرد، دکتر آرش نوکار، دکتر بابک یکتاپرست، جواد حسن زاده، دکتر زینب محمدی، دکتر رضا معتمدی، شهرام ملکی جوشاتی، پریسا حسنی شرامین، دکتر یوسف اکبری شهرستانکی، یوسف ناجی

زیر نظر : دکتر جعفر میعادفر

ناشر : سپیدبرگ (تلفن تماس: ۰۹۱۲-۵۰۸۰۲۵۵ و ۰۹۳۵-۳۲۵۰۴۳۹)

شمارگان : ۲۰۰ نسخه

نوبت چاپ : اول - زمستان ۱۴۰۲

قیمت : هدیه سازمان اورژانس کشور

لیتوگرافی : رامین

چاپ و صحافی : الفبا

شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۷۷۳۷-۱۷-۳

فهرست مطالب



پیش گفتار.....	۹
مقدمه.....	۱۱
محورهای اعتباربخشی.....	۱۲
دستاوردهای اعتباربخشی.....	۱۲
تاریخچه اعتباربخشی.....	۱۳
در جهان.....	۱۳
در ایران.....	۱۳
تعاریف و واژگان استانداردهای اعتباربخشی ملی.....	۱۳
نحوه ارزیابی.....	۱۴
اعلام نتایج و صدور کارنامه‌ها.....	۱۴
فرایند انجام ارزیابی در یک نگاه.....	۱۵
فصل ۱: محور مدیریت رهبری.....	۱۷
فصل ۲: محور مدیریت خطر حوادث و بلایا.....	۳۷
فصل ۳: محور پدافند غیرعامل.....	۶۱



فصل ۴: بهبود کیفیت و ایمنی.....	۷۱
فصل ۵: محور منابع انسانی.....	۷۹
فصل ۶: محور ارتباطات.....	۹۵
فصل ۷: مدیریت پایگاه.....	۱۰۷
فصل ۸: محور مراقبت‌های عمومی و درمانی.....	۱۲۵
فصل ۹: حوزه فناوری اطلاعات سلامت.....	۱۳۵
فصل ۱۰: کنترل عفونت و بهداشت محیط.....	۱۴۵
فصل ۱۱: محور گیرنده خدمت.....	۱۵۳

پیش‌گفتار



سازمان اورژانس کشور با توجه به نقش سازمانی که در جامعه بر عهده دارد و حتی ثانیه‌ها در آن نقش حیاتی دارند، بی‌شک می‌بایست در زمینه ارائه خدمات و جلب رضایت خداوند و اعتماد و رضایت‌مندی تمامی آحاد جامعه؛ تمام تلاش خود به کار ببندد و تلاش کند ضمن ارتقاء و توسعه خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی در سراسر کشور از طریق آموزش هرچه بیشتر منابع انسانی، افزایش ابزارها، فن‌آوری‌های نوین، لجستیک به‌روز، ارزیابی از طریق به‌کارگیری استانداردهای ملی و ...، سریع‌ترین و باکیفیت‌ترین خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی را به هم‌وطنان عزیز ارائه نماید.

یکی از راه‌های ارزیابی خدمات در حوزه سلامت اعتباربخشی می‌باشد. برنامه اعتباربخشی تحولی عظیم در مدیریت خدمات سلامت کشور است که پیوند مدیریت ارشد با ارائه خدمات مؤثر پیش‌بیمارستانی در ستاد و عملیات را فراهم می‌نماید و به‌عنوان یکی از معتبرترین مدل‌های ارزیابی مبتنی بر کیفیت و ایمنی با برخورداری از مقبولیت جهانی روزافزون در بخش سلامت و هماهنگ با سایر اولویت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان اورژانس کشور در اجرای صحیح و دقیق دستورالعمل‌ها، ایمنی کارکنان/بیماران و مصدومین و منشور حقوق بیمار و همچنین زیرساخت‌های پژوهشی را فراهم می‌آورد.

ارتقاء کیفیت خدمات، راهی جدید برای کسب اطمینان از عملکرد مناسب دانشگاه‌ها و مراکز ارائه‌دهنده خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی را فراسوی دست‌اندرکاران این حوزه قرار داده است.

سازمان اورژانس کشور با استفاده از تجربیات جهانی و ملی در خصوص اعتباربخشی، با تدوین استانداردها و سنجش‌های مبتنی بر دستورالعمل‌ها و ابلاغ آن به دانشگاه‌های سراسر کشور در اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۱ و اجرای ارزیابی‌های جامع اعتباربخشی در نیمه دوم همان سال در دو حوزه ستادی و عملیاتی و ارزیابی اعتباربخشی فراگیر در ۶۲ مرکز و بیش از ۳۲۰۰ پایگاه شهری، جاده‌ای، آموزشی، هوایی و دریایی؛ اولین دور ارزیابی اعتباربخشی فراگیر را به انجام رساند.



در اولین دوره اعتباربخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی مراکز در پنج درجه مختلف به شرح زیر رتبه‌بندی شده است.

- رتبه عالی اخذ بالای ۹۵ درصد میانگین تحقق کل
- رتبه یک برتر اخذ ۸۵ تا ۹۵ درصد میانگین تحقق کل
- درجه یک اخذ ۷۰ تا ۸۵ درصد میانگین تحقق کل
- درجه دو اخذ ۵۰ تا ۷۰ درصد میانگین تحقق کل
- درجه سه اخذ زیر ۵۰ درصد میانگین تحقق کل

که انتظار می‌رود دانشگاه‌ها پس از دریافت کارنامه و رتبه، نسبت به رفع نقاط ضعف و ارتقاء نقاط قوت اهتمام جدی ورزیده و امید است زمینه ارتقاء بهره‌وری و افزایش هرچه بیشتر و بهتر کمی و کیفی خدمات اورژانس پیش بیمارستانی را فراهم آوریم.

در پایان از تلاش‌ها، مساعدت و همکاری تمامی مدیران و معاونین محترم مراکز اورژانس پیش بیمارستانی در سراسر کشور قدردانی نموده و برای همه همکاران مرتبط با برنامه اعتباربخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی در کلیه دانشگاه‌ها، موفقیت و سلامت از خداوند باری تعالی مسئلت می‌نماییم.

امید است تلاش‌های مجموعه اعتباربخشی در اورژانس پیش بیمارستانی زمینه‌ساز ارتقاء هرچه بیشتر کیفیت خدمات اورژانس پیش بیمارستانی به افراد نیازمند خدمات اورژانس پیش بیمارستانی و جامعه عزیز در جای‌جای کشور عزیزمان گردد.

دکتر جعفر میعادفر
رئیس سازمان اورژانس کشور

کیفیت را پایانی نیست
و ما در آغاز راهیم ...

مقدمه



اعتباربخشی فرآیندی است که بر اساس معیارهای استاندارد، درجه اعتبار و رسمیت را به منظور تأیید توانایی انجام خدمات خاصی به یک مرکز اعطا می‌کند. اعتباربخشی از طریق ارزیابی کیفیت فرآیندهای سازمانی و عملکرد آن طبق استانداردهای مکتوب، مصوب، و ابلاغی و منطبق با استانداردها به وسیله افراد مجرب و متخصص انجام می‌شود. ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه‌دهنده خدمات با استانداردهایی که بر بهبود مداوم کیفیت، محور بودن بیمار و بهبود امنیت بیمار و کارکنان تأکید دارد، انجام می‌شود و برای روشن نمودن کیفیت خدمات درمانی پیش‌بیمارستانی و تعیین سیر بهبود عملکرد به کار گرفته می‌شود.

بی‌تردید اعتباربخشی روشی ارزشمند برای جلب اعتماد عمومی و افزایش سطح رضایت‌مندی آحاد جامعه است که با اجرای فرایندهای مبتنی بر استانداردها و نتایج حاصل از آن‌ها به عنوان ابزاری سیستماتیک به یاری سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت می‌آید. تدوین استانداردها و سنجش‌های اعتباربخشی اورژانس پیش‌بیمارستانی بر مبنای متون علمی و با استفاده از تجربیات اعتباربخشی بیمارستانی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و با برگزاری جلسات متعدد و هم‌فکری و هم‌اندیشی و اخذ نظرات محیطی و کارشناسی بالینی و غیر بالینی صاحب‌نظران، به لطف خداوند متعال منتهی به نسخه نهایی قابل ارزیابی در مراکز سراسر کشور گردید.

امیدواریم که با همت و تلاش و پیگیری دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز اورژانس پیش‌بیمارستانی سراسر کشور شاهد ارتقاء مستمر کیفیت خدمات در این حوزه مهم و حیاتی باشیم.

استانداردهای اعتباربخشی ملی اورژانس پیش‌بیمارستانی در ۱۱ محور، ۵۴ استاندارد و ۲۱۳ سنجه به انضمام گام‌های اجرایی و توضیحات برای هر سنجه تدوین شده و از سوی سازمان اورژانس کشور جهت اجرا به مراکز اورژانس پیش‌بیمارستانی سراسر کشور تدوین و ابلاغ گردیده است.



محورهای اعتباربخشی

محورهای تخصصی به شرح ذیل می باشد:

- محور مدیریت و رهبری
- محور مدیریت خطر حوادث و بلایا
- محور پدافند غیر عامل
- محور بهبود کیفیت و ایمنی
- محور منابع انسانی
- محور ارتباطات
- محور مدیریت پایگاه
- محور مراقبتهای عمومی و درمانی
- محور فناوری اطلاعات سلامت
- محور کنترل عفونت و بهداشت محیط
- محور گیرنده خدمت

دستاوردهای اعتباربخشی

- افزایش اعتماد عمومی به کیفیت مراقبت ها و فراهم نمودن آن در دانشگاه ها
- یکنواخت نمودن خدمات ارائه شده در سراسر کشور
- اولویت بندی اقدامات و بهترین تصمیم گیری ها برای آینده سازمان
- آگاهی از آنچه باید انجام شود و آنچه نباید انجام شود
- هدفمند نمودن تخصیص منابع
- دسترسی عادلانه به خدمات با کیفیت
- بهبود مدیریت خطرات احتمالی و کاهش خطر
- تعیین فرایندهای مناسب برای اصلاح فرایندها
- ارائه مشاوره و توصیه حرفه ای، ارتقاء آموزش کارکنان
- شفاف سازی و تفسیر استانداردها
- آمادگی جهت مواجهه با بحران ها
- یافتن نقاط قوت و نقاط قابل بهبود در مراکز اورژانس پیش بیمارستانی
- یافتن چالش های پیش روی سازمان
- کاهش هزینه کرد سازمان و گیرندگان خدمت
- ایجاد نظم، تعهد کاری و حرفه ای



تاریخچه اعتباربخشی

در جهان

- در سال ۱۹۱۷ کالج جراحان آمریکا نسبت به استقرار برنامه استاندارد بیمارستانی به عنوان مبنای تعیین اعتبار مبادرت کرد.
- در سال ۱۹۴۹ کالج جراحان آمریکا با کمک تعدادی از سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت، کمیته مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت بهداشتی (JCAHO) را تشکیل داد.
- در سال ۱۹۹۸ کمیته مشترک بین‌المللی (JCI) به عنوان شاخه‌ای از کمیته مشترک ایالات متحده با مأموریت ارتقاء ایمنی و کیفیت مراقبت بیمار در سراسر دنیا به وجود آمد.
- در سال ۲۰۰۱ کشورهای مختلف به استانداردهای اعتباربخشی روی آوردند. برنامه‌های اعتباربخشی به سمت دولتی شدن پیش رفته و به عنوان روشی در مسیر ارتقاء کیفیت خدمات سلامت به کار گرفته شد.

در ایران

- مطالعات سیستماتیک مدل‌های اعتباربخشی در دنیا در سال ۱۳۸۷ انجام گردید.
- به صورت پایلوت در ۱۰ بیمارستان کشور اجرا شد و میزان اجرایی شدن استانداردها مشخص گردید.
- کتاب استانداردهای اعتباربخشی در سال ۱۳۹۰ ابلاغ گردید.
- دور اول ارزیابی اعتباربخشی بیمارستان‌ها در دی ماه سال ۱۳۹۱ تا شهریور ماه ۱۳۹۲ انجام گردید.
- دور دوم ارزیابی اعتباربخشی بیمارستان‌ها در دی ماه سال ۱۳۹۳ تا مهر ماه ۱۳۹۴ انجام گردید.
- دور سوم ارزیابی اعتباربخشی بیمارستان‌ها در مهر ماه سال ۱۳۹۵ اجرا گردید.
- استانداردهای اعتباربخشی اورژانس پیش بیمارستانی در اردیبهشت سال ۱۴۰۱ تدوین نهایی و ابلاغ گردید.

تعاریف و واژگان استانداردهای اعتباربخشی ملی

استاندارد (Standard)

در لغت به معنای نظم، قاعده و قانون است و چنین تعریف می‌شود: تعیین و تدوین ویژگی‌های لازم در تولید یک محصول یا کالا یا انجام یک خدمت.

استاندارد در واقع حد یا حدود قابل قبول از شاخص یا به عبارت دیگر استاندارد، خط قرمز شاخص می‌باشد.

سنجه (Measure)

سنجه یعنی هر چیزی که قابل اندازه‌گیری و تبدیل کردن به عدد است.

سنجه‌ها ابزارهای اندازه‌گیری هستند که می‌توان برای ارزیابی عملکرد یا پیشرفت سازمان‌ها از آن‌ها استفاده کرد.



نحوه ارزیابی

تکمیل چک لیست‌های الکترونیک از طریق:

- مصاحبه
- مشاهده و بررسی عملکرد
- بررسی مستندات
- نمره‌دهی

بر اساس جدول امتیازدهی پس از جمع‌بندی مستندات، مشاهدات و مصاحبه‌ها و بر اساس ملاک‌های تعیین‌شده در توضیحات، امتیاز مرکز در چک لیست سامانه بین ۰ تا ۵ درج می‌گردد.

غیر قابل ارزیابی: سنجه‌های غیر قابل ارزیابی مواردی هستند که در مأموریت مرکز اورژانس پیش‌بینی نشده‌اند، بدین لحاظ مشمول ارزیابی نمی‌شوند. موارد غیر قابل ارزیابی در سنجه مشخص می‌باشد.

سامانه هوشمند الکترونیک، مجموع امتیاز خام کسب‌شده از هر سنجه را محاسبه می‌نماید و در نهایت درصد تحقق استانداردها بر اساس نمره نهایی و ترازشده هر مرکز نسبت به نمره ترازشده کل، محاسبه گردیده و کارنامه اعتباربخشی صادر می‌شود.

سنجه‌های اعتباربخشی با سه سطح اولویت به شرح ذیل تدوین شده است:

- سنجه‌های سطح ۱: سنجه‌هایی که اهمیت، حساسیت و امکان تحقق آنها بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه فعالیت هر مرکز اورژانس پیش بیمارستانی می‌باشد (رنگ آبی).
- سنجه‌های سطح ۲: سنجه‌هایی که امکان تحقق آنها متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی مراکز می‌باشند (رنگ سبز).
- سنجه‌های سطح ۳: سنجه‌هایی که امکان تحقق آنها پایین‌تر و فراتر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی مراکز می‌باشند (رنگ زرد).

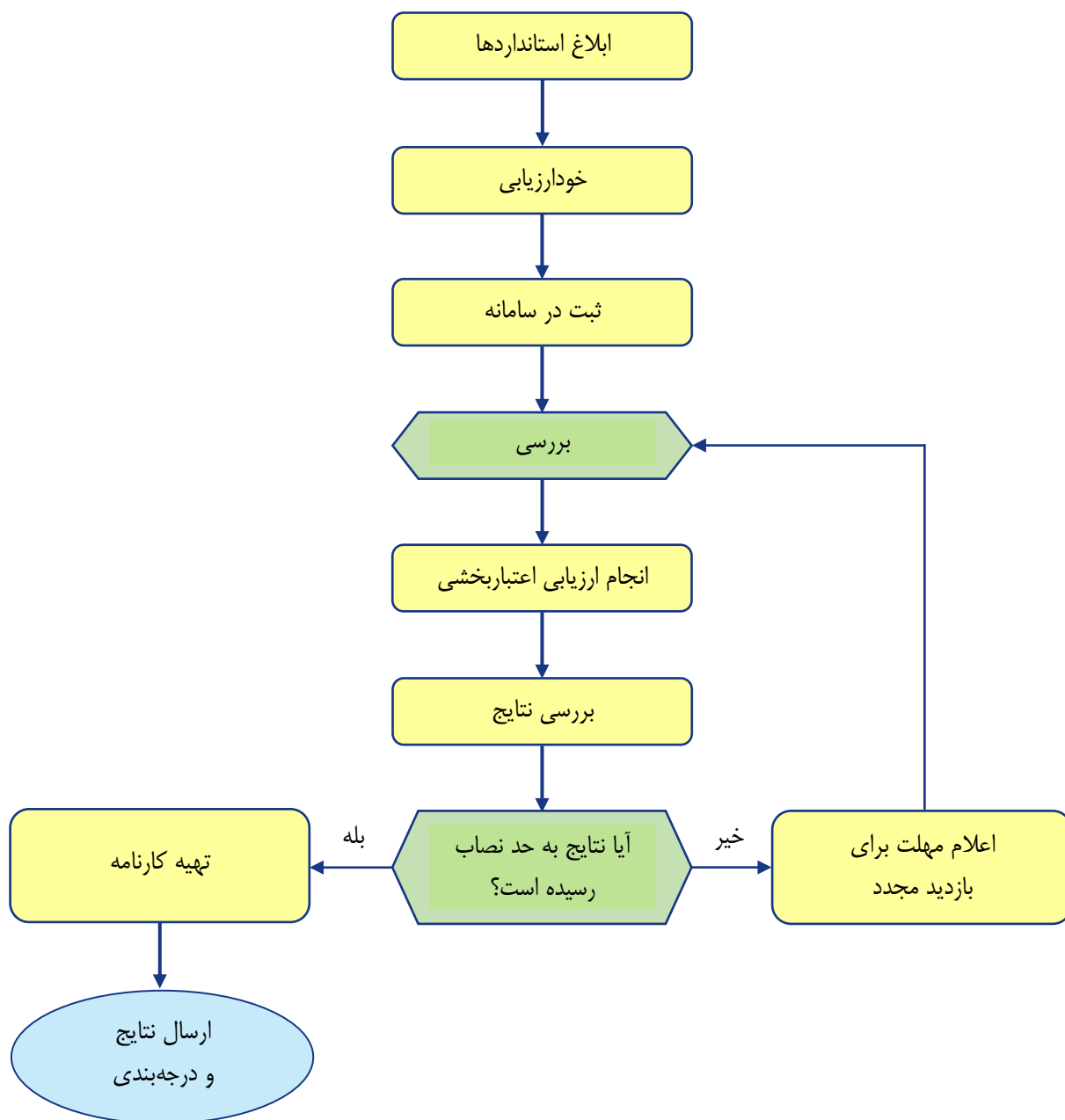
اعلام نتایج و صدور کارنامه‌ها

در نظام اولین دوره اعتباربخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی مراکز در پنج درجه مختلف به شرح زیر رتبه‌بندی شده است.

- درجه عالی اخذ بالای ۹۵ درصد میانگین تحقق کل
- درجه یک برتر اخذ ۸۵ تا ۹۵ درصد میانگین تحقق کل
- درجه یک اخذ ۷۰ تا ۸۵ درصد میانگین تحقق کل
- درجه دو اخذ ۵۰ تا ۷۰ درصد میانگین تحقق کل
- درجه سه اخذ زیر ۵۰ درصد میانگین تحقق کل



فرایند انجام ارزیابی در یک نگاه





ضمن تشکر از خانواده بزرگ اورژانس کشور و تشکر ویژه از همکاران ۸۰ نفره ارزیاب کشوری اعتباربخشی فراگیر که با تعهد و همکاری آنان ارزیابی بیش از ۳۲۰۰ پایگاه و ۶۳ مرکز اورژانس پیش بیمارستانی در تمامی نقاط کشور میسر شد. تلاش‌های شبانه‌روزی این عزیزان که گاهی با شرایط نامساعد آب‌وهوایی و وجود مسیرهای صعب‌العبور در برخی از محورها همراه بود، نقطه عطفی در نظام ارزیابی اعتباربخشی اورژانس پیش بیمارستانی ایجاد کرد. برای همگی آنان، تندرستی و توفیق روزافزون در تمام شئونات زندگی آرزومندیم.

امیدواریم با تلاش‌های مجدانه مراکز اورژانس پیش بیمارستانی کشور در استقرار و اجرای استانداردهای ابلاغی که همانا ارتقاء مستمر کیفیت است، نائل آییم.

در پایان از تمام صاحب‌نظران و اساتید گران‌قدر خواهمشمن‌دیم با ارسال دیدگاه‌ها و نظرات خود ما را در ارتقاء و بازنگری مجموعه حاضر یاری رسانند.

ما برای آنکه ایران گوهری تابان شود،
خون دل‌ها خورده‌ایم ...

فصل ۱



محور مدیریت رهبری

استاندارد ۱		سند استراتژیک مرکز تدوین شده و به صورت دوره‌ای پایش و بازنگری می‌شود.
سنجه یک	سند استراتژیک مرکز هماهنگ با سیاست‌های اصلی تدوین، مصوب، ابلاغ و بازنگری می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	تدوین برنامه استراتژیک مطابق الگوی علمی منتخب، هماهنگ با سیاست‌های اصلی مرکز.	بررسی مستندات
۲	لحاظ موازنه ایمنی بیمار، کاهش زمان و رویکرد بهبود مستمر کیفیت در اهداف کلان و بودجه‌بندی مرکز با هویتی مشخص و مستقل*.	بررسی مستندات
۳	تعیین اهداف عملیاتی / اختصاصی / عینی SMART برای هر یک از سال‌های برنامه استراتژیک مطابق با اهداف کلان و استراتژی‌های تدوین شده**.	بررسی مستندات
۴	آماده‌سازی سند استراتژیک و تصویب و ابلاغ برنامه استراتژیک به واحدها.	بررسی مستندات
۵	در دسترس بودن سند استراتژیک در واحدها (ترجیحا به صورت الکترونیک).	مشاهده
۶	آگاهی کارکنان از قسمت‌های مرتبط با فعالیت خود.	مصاحبه
۷	بازنگری حداقل سالیانه یا اصلاح آن در صورت نیاز در هر مقطع زمان.	بررسی مستندات
توضیحات		سند استراتژیک، مجموعه مستنداتی است که شامل برنامه استراتژیک، ارزیابی و کنترل اجرای استراتژی‌ها، اهداف عملیاتی / عینی / اختصاصی برای سال‌های اجرای برنامه استراتژیک است که به آن برنامه عملیاتی هر سال اضافه می‌شود. این مستندات مهم دارای پیوست‌هایی است که حداقل شامل مطالعات انجام‌شده برای برنامه‌ریزی استراتژیک مطابق با مدل انتخاب شده و تشریح نحوه تدوین برنامه استراتژیک است.



مرکز با بررسی سیاست‌ها و اسناد بالادستی خود و با استفاده از یک الگوی شناخته‌شده علمی، اقدام به برنامه‌ریزی استراتژیک می‌نماید (توصیه می‌شود با توجه به توانمندی‌های درون‌سازمانی، روشی مناسب انتخاب شود تا امکان اجرایی کردن آن برای مرکز فراهم گردد). تحلیل وضعیت موجود و پیش‌بینی شرایط آتی مرکز با یکی از روش‌ها و الگوهای شناخته‌شده علمی و در نظر گرفتن انتظارات ذی‌نفعان در تدوین برنامه مدنظر قرار گیرد. استراتژی‌ها و اهداف ابلاغ‌شده از طرف سازمان بالادست در استراتژی‌ها و اهداف کلان مرکز در نظر گرفته شود. ضروری است حداقل به‌طور سالیانه مورد بازنگری قرار گیرد تا در صورتی که تغییرات جدیدی در محیط داخلی یا خارجی مرکز یا تغییری در سیاست‌ها و استراتژی‌های سازمان بالادست اتفاق افتاده، اصلاحات لازم انجام و مجدداً ابلاغ گردد. برای اطلاع واحدها از استراتژی‌ها و اهداف مرکز، برنامه استراتژیک بدون امکان چاپ یا کپی به‌صورت الکترونیکی در دسترس قرار گیرد. * برنامه‌های عملیاتی بهبود کیفیت و ایمنی بیمار الزاماً نبایستی عناوین مزبور را داشته باشند؛ بلکه نتیجه نهایی برنامه‌های عملیاتی بایستی منجر به بهبود کیفیت خدمات و ارتقای ایمنی بیماران باشد. معیار این هم‌خوانی ارتباط موضوع برنامه، اهداف عینی و شاخص برنامه برای دستیابی به اهداف عینی است. ** پنج ویژگی اهداف SMART شامل اختصاصی بودن، قابلیت اندازه‌گیری، قابلیت دستیابی، واقع‌بینانه و زمان‌مند بودن است.		
سنجه دو	برنامه‌های عملیاتی طراحی و اجرا می‌شوند.	
	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
۱	تدوین برنامه عملیاتی برای هر یک از اهداف اختصاصی/ عملیاتی / عینی تعریف‌شده در سند استراتژیک، به‌طور سالیانه و با مشارکت واحدهای مرتبط.	بررسی مستندات
۲	تعیین فعالیت‌های لازم برای دستیابی به هر یک از برنامه عملیاتی.	بررسی مستندات
۳	مشخص کردن مسئول اجرا و دوره زمانی اجرای هر فعالیت، تعیین منابع (شامل منابع مالی، انسانی، اطلاعاتی یا فیزیکی) موردنیاز برای هر فعالیت.	بررسی مستندات
۴	مشخص کردن نحوه پایش اجرای برنامه عملیاتی.	بررسی مستندات
۵	اطلاع کارکنان از برنامه‌های عملیاتی مرتبط با واحد خود.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	برنامه عملیاتی مستنداتی است شامل مجموعه فعالیت‌ها و اقدامات زمان‌بندی‌شده (معمولاً در بازه زمانی یک سال) برای دستیابی به اهداف اختصاصی / عملیاتی / عینی در راستای به‌اجرا درآوردن تصمیمات استراتژیک با بهترین استفاده از منابع موجود (منابع انسانی، فیزیکی، مالی و ...). در تدوین برنامه عملیاتی، امکان در نظر گرفتن تحولات محیطی و اعمال اصلاحات لازم به شرط اینکه اهداف تعیین‌شده حاصل شود، وجود دارد. برنامه عملیاتی شامل اهداف اختصاصی/ عملیاتی / عینی با ویژگی هوشمند بودن است و براساس اهداف کلان و استراتژی‌های مشخص‌شده در برنامه استراتژیک تعیین می‌گردند. برای هر برنامه، مسئول پایش تعیین‌شده که در زمان‌های معین، اجرای فعالیت‌ها را پایش کرده و با اندازه‌گیری شاخص‌های تعیین‌شده، میزان تحقق اهداف اختصاصی / عملیاتی را تعیین و گزارش می‌نماید.	



سنجه سه	میزان پیشرفت و تحقق اهداف برنامه‌های عملیاتی، ارزیابی و بازنگری می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	تدوین حداقل یک شاخص دستیابی به هدف و شاخص پیشرفت فیزیکی برای هر برنامه.	روش ارزیابی بررسی مستندات
۲	اندازه‌گیری شاخص دستیابی به هدف و شاخص پیشرفت فیزیکی به صورت فصلی.	بررسی مستندات
۳	تهیه گزارش‌های پایش، اجرا و دستیابی به هدف در بازه‌های زمانی مشخص و ارائه به مدیریت.	بررسی مستندات
۴	در صورت لزوم اقدام اصلاحی و به‌روزرسانی برنامه‌های عملیاتی براساس نتایج پایش و اندازه‌گیری شاخص‌های مربوط.	بررسی مستندات
توضیحات	در شناسنامه شاخص مسئول پایش و اندازه‌گیری شاخص معرفی می‌شود. برای اطمینان از اجرای صحیح برنامه عملیاتی تدوین شده دو معیار (شاخص) طراحی شود. پایش پیشرفت برنامه عملیاتی / بهبود کیفیت یا درصد تحقق اجرای برنامه‌های پیش‌بینی شده. پایش شاخص‌های تعیین شده برای دستیابی به اهداف اختصاصی برنامه‌ها شاخص تحقق برنامه که بر اساس اهداف اختصاصی در بازه‌های زمانی تعیین شده اندازه‌گیری می‌شود، بیانگر موفقیت برنامه در دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده است؛ به عنوان مثال ده درصد افزایش رضایت‌مندی گیرندگان خدمت. اما شاخص پیشرفت برنامه درصد اجرایی گام‌های برنامه براساس زمان‌بندی تعیین شده است. این معیار موید هم‌خوانی رفتار مجریان با مراحل اجرای برنامه است و الزاماً بیانگر میزان دستیابی به اهداف اختصاصی برنامه نیست. در همان مثال افزایش ده درصدی رضایت‌مندی از طریق ایجاد امکانات و آموزش کارکنان، اگر در گام‌های اجرایی برنامه خرید و ایجاد امکانات مثلاً موتورلانس و آموزش در نظر گرفته شده، صد درصد براساس زمان‌بندی تعیین شده انجام شود؛ الزاماً به معنی ارتقای ده درصدی شاخص برنامه نیست؛ و اگر تغییری در رضایت‌مندی به وجود نیاید پیشرفت برنامه قابل قبول است؛ اما اهداف برنامه محقق نشده‌اند. به عبارت دیگر روش انتخاب شده به درستی اجرا شده اما الزاماً این روش منجر به افزایش ده درصدی رضایت‌مندی نشده است. لذا در هر برنامه توصیه می‌شود به منظور امکان بازنگری‌های به موقع و جلوگیری از اتلاف منابع و زمان به هر دو بعد پایش نحوه اجرا و اندازه‌گیری تحقق برنامه اهتمام شود؛ چراکه در مقاطع پایش و اندازه‌گیری فرصت بازنگری در هر دو بعد میسر می‌شود.	
استاندارد ۲	مرکز از تأمین منابع مالی و مدیریت هزینه‌ها جهت استقرار و استمرار کیفیت خدمات، اطمینان حاصل می‌نماید.	
سنجه یک	منابع و بودجه‌های عملیاتی تخصیصی، مطابق اهداف برنامه‌های مربوط هزینه می‌شوند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	وجود نظام ثبت اطلاعات حسابداری و سامانه اطلاعات حسابداری مناسب.	روش ارزیابی بررسی مستندات و مشاهده
۲	انجام کنترل‌های داخلی حسابداری مطابق با استانداردهای مرتبط.	بررسی مستندات و مصاحبه



۳	هزینه کرد منابع و بودجه‌های عملیاتی تخصیصی مطابق اهداف برنامه‌های ابلاغی مربوط.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	منابع مالی مرکز شامل ردیف‌های بودجه‌ای، کمک‌های برنامه‌ای از طرف سازمان و کمک‌های خیرین است. لازم است نظام ثبات اطلاعات حسابداری متناسب و سامانه اطلاعات حسابداری منطبق با آن نظام به نحوی که اطلاعات رخدادهای مالی براساس عملیات برنامه‌ها را ثبت کند. کنترل داخلی در حسابداری مطابق استانداردهای حسابداری انجام می‌شود. مدیر مالی گزارش‌های تفسیری و تحلیلی ماهانه از رخدادهای مالی و انطباق آن‌ها با برنامه‌های مصوب تهیه کرده و در اختیار مدیریت قرار می‌گیرد. تیم مدیریت و مدیر مالی ضمن بررسی انحراف از بودجه و دلایل آن‌ها اقدامات لازم برای انطباق عملکرد بودجه منطبق با مقدار منابع مالی و بودجه مصوب طراحی و ابلاغ می‌کند. رئیس مرکز مسئولیت هزینه کرد صحیح بودجه و اعتبارات تخصیصی را برعهده دارد.	
سنجه دو	جذب منابع مالی / سرمایه‌ای از محل مشارکت‌های مردمی / مؤسسه‌های خیریه در چارچوب ضوابط مربوط صورت می‌پذیرد.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	روش ارزیابی
۱	تعیین مقدار و سهم کمک‌های خیرین در برنامه گوناگون مرکز در ۵ سال اخیر و هدف‌گذاری برای سال‌های آینده.	بررسی مستندات
۲	تصویب برنامه‌های توسعه‌ای و سایر برنامه‌هایی که تأمین بخشی از منابع مالی آن متکی به خیرین است.	بررسی مستندات
۳	تدوین و اجرای برنامه‌های تبلیغاتی و ترویجی برای جذب خیرین بیشتر و کمک‌های بیشتر از خیرین.	بررسی مستندات
۴	همکاری مؤسسه‌های خیریه به منظور شناسایی نیازهای مددجویان و اولویت‌های توسعه به‌سازی.	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	شناسایی خیرین و ایجاد تعامل و ارتباط مؤثر با آنان جهت جلب مشارکت توسط نمایندگان منتخب استانی.	بررسی مستندات و مصاحبه
۶	تأمین هزینه‌های ساخت و تجهیز پایگاه‌ها با تأیید کمیته مدیریت اجرایی.	بررسی مستندات
۷	تهیه گزارش‌های تحلیلی مالی در تأمین کمک‌های مالی و سرمایه‌ای از سوی خیرین.	بررسی مستندات
۸	اجرا و ابلاغ تفاهم‌نامه با مجمع خیرین سلامت کشور و مجمع خیرین وزارت راه و شهرسازی.	بررسی مستندات
۹	ارسال گزارشات استانی توسط نماینده مرکز به سازمان اورژانس کشور.	بررسی مستندات
توضیحات	لازم است ابتدا مقدار منابع مالی خیرین / مشارکت‌های مردمی و سهم آن‌ها در تأمین سرمایه مرکز در طی چند سال اخیر شناسایی شده و برای سال‌های بعدی هدف‌گذاری شود. اعتبارات مناسب و زمان‌بندی شده برای برنامه‌های توسعه‌ای مرکز که به تصویب مراجع بالا دست ذی‌صلاح رسیده باشد، تهیه می‌شود. برنامه‌های مصوب و زمان‌بندی تأمین مالی برحسب سلايق خیرین شهرستانی / استانی به ایشان اعلام شده و تقاضای همکاری می‌گردد. تمامی رخدادهای مالی در سامانه حسابداری درج شده و مدیر مالی گزارش‌های تفسیری و تحلیلی فصلی در تأمین و مصرف اعتبارات به مجمع خیرین و تیم مدیریت اجرایی ارائه می‌کند. برگزاری جلسات منظم با خیرین و مؤسسات خیریه در مرکز توسط تیم مدیریت اجرایی مرکز	



صورت پذیرد. تعیین نماینده به منظور ایجاد ارتباط دوسویه و تنگاتنگ در هر مرکز جهت پیگیری امور و ارائه گزارش به سازمان الزام می‌باشد. تنظیم و ابلاغ تفاهم‌نامه با مجمع خیرین سلامت کشور و مجمع خیرین وزارت راه و شهرسازی جهت ساخت ۳۰۰ پایگاه اورژانس جاده‌ای خیرساز که مقرر شد ۱۰۰ پایگاه آن در فاز اول و در پایان دوسال تحویل گردد. اخذ گزارشات استانی به صورت فصلی توسط نمایندگان منتخب اورژانس در سراسر کشور و تهیه گزارش مصور و مستندات از ساخت پایگاه‌ها.			
استاندارد ۳		مدیران / مسئولان در انجام وظایف محوله متعهد و پاسخ‌گو هستند.	
سنجه یک	مدیران / مسئولان از دانش و مهارت لازم برای انجام مأموریت‌های محوله برخوردارند.	سطح سنجه: ۲	
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		روش ارزیابی	
۱	وجود گواهی آموزش مدیران.	بررسی مستندات و مشاهده	
۲	نیازسنجی آموزشی در زمینه رهبری و مدیریت برای تمام مسئولان / مدیران سطوح مختلف تیم هدایت و تیم رهبری.	بررسی مستندات و مصاحبه	
۳	گذراندن دوره‌های آموزشی مدیریتی عمومی و اختصاصی متناسب توسط مدیران و مسئولان.	بررسی مستندات	
۴	استفاده از آموزش‌های مدیریتی برای تحلیل اطلاعات و تصمیم‌گیری‌های سازمانی توسط مدیران و مسئولان در رده‌های مختلف.	بررسی مستندات	
توضیحات		آموزش‌های مدیریتی و رهبری در دو دسته عمومی و اختصاصی قرار می‌گیرند. آموزش‌های عمومی آن دسته از آموزش‌ها را شامل می‌شود که برای تمام افراد شاغل در پست‌ها یا نقش‌های مدیریتی / سرپرستی بدون در نظر گرفتن واحد تحت نظرشان نیاز است و آموزش‌های اختصاصی مدیریت و رهبری منظور آموزش‌هایی است که با توجه به مسئولیت فرد موردنیاز است، مستندات و سوابق که نشان‌دهنده استفاده از آموزه‌های مدیریتی در تصمیم‌گیری‌های مهم حوزه مسئولیتی مدیران است ارزیابی می‌شوند. در نیازسنجی آموزشی باید هر دو حیطه دانشی و مهارتی مدنظر باشد و براساس نیازسنجی انجام‌شده و عناوین تصویب‌شده تحت هدایت تیم رهبری، تقویم آموزشی سالیانه تنظیم و مطابق تقویم آموزشی نسبت به برگزاری آموزش‌ها یا گذراندن آموزش‌ها اقدام شود. در مواردی که اثربخشی آموزش برگزارشده تأیید نشود نیاز است اقدام اصلاحی مناسب تعیین و اجرایی شود.	
سنجه دو	مدیر جانشین طبق دستورالعمل ابلاغی سازمان اورژانس کشور فعالیت می‌نماید.	سطح سنجه: ۱	
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		روش ارزیابی	
۱	ابلاغ شرح وظایف مدیر جانشین طبق دستورالعمل سازمان اورژانس کشور.	بررسی مستندات	
۲	حضور منظم مدیر جانشین در شیفت‌های مختلف.	بررسی مستندات و مشاهده	
۳	تعیین افراد به عنوان مدیر جانشین طبق شرایط تعیین شده در دستورالعمل ابلاغی.	بررسی مستندات و مصاحبه	



توضیحات	با عنایت به ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی شبانه‌روزی در اورژانس پیش بیمارستانی و لزوم هدایت و کنترل ناوگان عملیاتی و همچنین حفظ توان ارائه خدمات در طول شبانه‌روز و جلوگیری از وقفه ارائه خدمات، بدین منظور تعیین مدیر جانشین عملیاتی برای اورژانس پیش بیمارستانی امری ضروری بوده و مطابق دستورالعمل شماره ۱۱۵/۴۸۴۰ مورخ ۱۳۹۹/۱۱/۰۸ به مراکز ابلاغ گردیده است.
سنجه سه	هیچ موردی از اختلال / تأخیر در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع مشاهده نمی‌شود.
سطح سنجه: ۱	روش ارزیابی
۱	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی وجود دپو تجهیزات و دارو مصرفی پزشکی و غیرپزشکی
۲	اطمینان از عملکرد صحیح تجهیزات دپو شده
توضیحات	عدم اختلال فرایندی در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع در سوابق عملکرد مرکز و عدم تأخیر زمانی در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع مورد بررسی قرار گیرد. نقطه سفارش و نقطه ذخیره حیاتی برای تک تک اقلام مشخص شود. حداقل موجودی میانگین دو ماه مصرفی باشد. موجودی انبارهای کالا/ملزومات و تجهیزات کنترل و موقع رسیدن به نقطه سفارش موجودی انبارها تکمیل شود. ذخیره دارویی منطبق با مقدار استاندارد تعیین شده در انبار دارویی (تعیین نقطه سفارش و نقطه ذخیره حیاتی برای تک‌تک داروها) تأمین شود. ملزومات و کالاهای مصرفی پزشکی و غیرپزشکی منطبق با مقدار استاندارد تعیین شده در انبار ملزومات موجود باشد. نیروی انسانی ماهر برای نگهداری و تعمیرات فعال برای تأسیسات، آمبولانس و نیز برای دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی تأمین شود. دستگاه‌های جایگزین آماده به کار سالم به تعداد کافی و در دسترس باشند. لوازم و مواد مصرفی تجهیزات و قطعات یدکی آن‌ها به اندازه کافی در انبار باشد. لوازم و مواد مصرفی تجهیزات و قطعات یدکی آمبولانس به اندازه کافی در انبار باشد. وجود نیروی انسانی ماهر و کافی و قابل دسترس برای خدمات پزشکی و غیر پزشکی. خطوط چند لایه ارتباطات.
استاندارد ۴	بر نحوه عقد قراردادهای مالی و معاملاتی و عملکرد پیمانکاران نظارت می‌شود.
سنجه یک	انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی به صورت مدون برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
سطح سنجه: ۱	روش ارزیابی
۱	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی تحلیل ضرورت واگذاری خدمات به پیمانکاران براساس شواهد عینی و صلاح مرکز توسط مدیریت.
۲	مشخص کردن اهداف و انتظارات مرکز از واگذاری خدمات به پیمانکاران.
۳	انتخاب پیمانکاران منطبق بر اهداف، انتظارات، معیارهای کیفی و قوانین و مقررات بالادست.
۴	تعیین معیارهای کیفی تخصصی با مشارکت متخصصین امر در هر مورد واگذاری خدمات و نحوه امتیازدهی به این معیارها.



۵	تنظیم توافق نامه ها و قراردادهای انجام شده.	بررسی مستندات	
۶	تعیین و چگونگی سنجش معیارهای کیفیت موضوع مطروحه یا محصولات حاصل از قرارداد.	بررسی مستندات و مصاحبه	
۷	ارائه خدمات طبق قرارداد، در زمان مشخص درخصوص ساخت پایگاه و تأمین نیروی انسانی و ...	مشاهده و مصاحبه	
توضیحات	درخصوص محل شست و شوی آمبولانس، دفع زباله های بهداشتی، خرید تجهیزات، تعمیرگاه، برون سپاری پایگاه ها، همکاری با سازمان های همکار، ساخت وساز و ... قرارداد الزامی است. تمامی کارکنان مرتبط با برون سپاری و عقد قراردادهای بایستی از روش های انتخاب پیمانکاران آگاهی کامل داشته باشند. نکات مورد توجه در برون سپاری: ♦ انجام برون سپاری خدمات منطبق بر صرفه و صلاح مرکز؛ ♦ اولویت بخشی کیفیت در انتخاب پیمانکاران و ♦ کسب اطمینان از عملکرد پیمانکاران منطبق بر قرارداد منعقد. در تمامی توافق نامه ها و قراردادهای انجام شده، فرد یا واحد سنجش کننده معیارهای تعیین کیفیت خدمات یا محصولات به روشنی مشخص می گردد. حداقل مورد انتظار در قراردادها، شامل تعیین ناظر فنی، نحوه نظارت، پاسخ گویی پیمانکار به ناظر فنی، مکانیزم های جریمه یا فسخ قرارداد و رعایت دقیق الزامات و استانداردهای اعتباربخشی و سایر قوانین و الزامات وزارت بهداشت در تعهدات پیمانکار در متن قرارداد است. در صورت برون سپاری ناظرین فنی قراردادها: توصیه ۱: طراحی نظارت ساختارمند بر عملکرد پیمانکاران با استفاده از چک لیست های تخصصی و به کارگیری ناظر فنی متخصص و مرتبط. توصیه ۲: پیش بینی جریمه های نقدی معین و شرایط لغو قرارداد و اخذ خسارات وارده در صورت عدم رعایت الزامات کیفی و قانونی در مفاد قرارداد منعقد، براساس گزارش ناظر فنی قرارداد.		
	سنجه دو	عملکرد پیمانکاران به طور مستمر نظارت می شود.	
	گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
	۱	* الزام پیمانکار به رعایت دقیق الزامات و استانداردهای اعتباربخشی و سایر قوانین و الزامات وزارت بهداشت در متن قرارداد منعقد.	
	۲	مشخص کردن نحوه نظارت بر عملکرد پیمانکاران در هریک از قراردادهای برون سپاری.	
	۳	پاسخ گویی پیمانکار به ناظر فنی و پیش بینی مکانیزم های جریمه یا فسخ قرارداد در متن قرارداد منعقد.	
	۴	طراحی نظارت ساختارمند و ارزیابی دوره ای عملکرد پیمانکاران با استفاده از چک لیست های تخصصی و به کارگیری ناظر فنی متخصص و مرتبط.	
	۵	تهیه گزارشات تحلیلی حاصل از نتایج پایش توسط ناظرین بر عملکرد پیمانکاران و ارائه به تیم مدیریت و تصمیم گیری درخصوص تداوم رابطه کاری با آنها.	
	۶	پرداخت به موقع و کامل حقوق و مزایا در پایگاه های برون سپاری شده طبق قرارداد.	



۷	ارزیابی سالیانه و مقطعی از انجام تعهدات قراردادهای جهت تصمیم‌گیری در تمدید یا رد قرارداد مجدد.	بررسی مستندات
توضیحات	در صورت برون‌سپاری ناظرین فنی قراردادها: توصیه ۱: طراحی نظارت ساختارمند بر عملکرد پیمانکاران با استفاده از چک‌لیست‌های تخصصی و به‌کارگیری ناظر فنی متخصص و مرتبط. توصیه ۲: پیش‌بینی جریمه‌های نقدی معین و شرایط لغو قرارداد و اخذ خسارات وارده در صورت عدم رعایت الزامات کیفی و قانونی در مفاد قرارداد منعقد، براساس گزارش ناظر فنی قرارداد. * حقوق و مزایای تعیین‌شده در قراردادها مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت می‌گیرد.	
استاندارد ۵	کمیته‌های مرکز براساس ضوابط مربوط و متناسب با شرایط به‌صورت اثربخش فعالیت می‌نمایند.	
سنجه یک	جلسات کمیته‌ها مطابق ضوابط مربوطه و متناسب با ابعاد عملکرد مدیریتی مرکز در راستای روند ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی برگزار می‌گردد.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	روش ارزیابی
۱	تنظیم، تصویب و ابلاغ آیین‌نامه داخلی برای هر یک از کمیته‌ها.	بررسی مستندات
۲	برگزاری جلسات کمیته‌ها مطابق آیین‌نامه مصوب و حداقل برابر دستورالعمل‌های ابلاغی و حداکثر متناسب و براساس ابعاد عملکردی مرکز برای هر کمیته.	بررسی مستندات
۳	تعیین دبیر و اعضای اصلی کمیته‌ها، متناسب با وظایف و تخصص‌های موردنیاز توسط مدیریت.	بررسی مستندات
۴	تعیین دستور کار جلسات کمیته‌ها در راستای اهداف و مأموریت هر کمیته و با توجه به مشکلات واقعی و جاری مرکز.	بررسی مستندات
۵	برگزاری جلسات کمیته‌ها با رعایت آیین‌نامه داخلی و اهداف هر کمیته.	بررسی مستندات
توضیحات	حداقل جلسات مشترک / مستقل مورد انتظار در این استاندارد شامل کمیته‌های ذیل است: ♦ کمیته مدیریت اجرایی؛ ♦ شورای سیاست‌گذاری سلامت در حوادث و بلایا و پدافند غیرعامل؛ ♦ کمیته بهبود کیفیت (بررسی شاخص‌ها، خطا، شکایات)؛ ♦ کمیته تصادفات (براساس ابلاغ دستورالعمل پیش‌گیری از حوادث آمبولانسی) و ♦ کمیته نقل و انتقالات. آیین‌نامه داخلی، مستندات است که برای کنترل کار کمیته/گروه/اداره و نظم‌دهی به رفتار اعضای آن در قبال کمیته/گروه/اداره، تدوین، تصویب و توسط بالاترین مرجع آن گروه/کمیته/اداره یا سازمان، ابلاغ می‌گردد. در صورت ابلاغ دستورالعمل کمیته‌های پیش‌بیمارستانی مبنای تدوین، آیین‌نامه دستورالعمل ابلاغی است و در غیر این صورت با تشخیص تیم مدیریت آیین‌نامه کمیته‌ها تدوین و تصویب می‌شود. رعایت آیین‌نامه داخلی برای تمامی اعضا الزامی است. اجزای آیین‌نامه داخلی کمیته‌ها: ♦ اهداف، رسالت، چارت سازمانی و شرح وظیفه کمیته و نحوه تعیین اعضا و انتخاب دبیر؛ ♦ تعداد اعضا و سمت اعضا (بدون درج اسامی افراد در آیین‌نامه و صرفاً ثبت سمت اعضای موردنیاز تا در صورت تغییر افراد نیاز به ویرایش آیین‌نامه نباشد)؛ ♦ شرح وظایف نقش‌های مختلف که برای کمیته در نظر گرفته شده است؛	



♦ مسئولیت‌ها و اختیارات هر یک از نقش‌ها ازجمله شرح وظیفه و مسئولیت‌ها و اختیارات رییس و دبیر کمیته به‌صورت مجزا؛ ♦ نحوه ارزیابی عملکرد کمیته و نحوه تعامل کمیته با سایر کمیته‌ها و تیم مدیریت و ♦ تبیین «ضوابط برگزاری جلسات» در انتهای آیین‌نامه داخلی. ضوابط برگزاری جلسات شامل مدت و فاصله زمانی برگزاری جلسات، نحوه رسمیت یافتن جلسات، تصویب و تصمیم‌گیری در حوزه وظایف و نحوه پیگیری مصوبات است و با همه ملحق‌ات آن در انتهای آیین‌نامه‌های داخلی کمیته‌ها درج می‌شود. در تدوین آیین‌نامه هر کمیته و نحوه فعالیت آن دقت شود تا عدم مغایرتی با دستورالعمل‌های ابلاغی کمیته‌ها از وزارت بهداشت/ سازمان/ دانشگاه/ دانشکده وجود نداشته باشد.		
سطح سنجه: ۱	مصوبات کمیته شامل راه‌حل‌های واضح، مشخص و قابل اجرا برای حل مشکلات و تحقق نتایج مطلوب است.	سنجه دو
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات و مشاهده	تعیین دستور کار جلسات کمیته‌ها، همسو با مشکلات مرکز در حوزه عملکردی و اهداف هر کمیته.	۱
بررسی مستندات	ارائه گزارش در ابتدای هر جلسه درخصوص اقدامات انجام گرفته و مشکلات رفع شده مطابق مصوبات جلسات پیشین.	۲
مصاحبه و بررسی مستندات	هم‌فکری اعضا و تصویب راه‌حل‌های واضح، کاربردی و مشخص، همسو با دستور کار جلسات و مباحث مطرح شده در جلسه.	۳
بررسی مستندات و مصاحبه	مشخص‌بودن ارتباط بین مصوبات جلسات کمیته و مشکلات شناسایی شده.	۴
بررسی مستندات	تعیین دستور کار جلسه آتی در صورت نیاز.	۵
بررسی مستندات	تهیه صورت‌جلسات با رعایت فرمت ثابت، با تشخیص و طراحی مرکز.	۶
بررسی مستندات و مصاحبه و مشاهده	بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به‌دنبال اجرای مصوبات کمیته‌ها.	۷
	حداقل‌های مورد انتظار فرم صورت‌جلسه کمیته شامل: ♦ تاریخ، ساعت و محل برگزاری جلسه؛ ♦ دستور کار جلسه، فهرست افراد حاضر و غایب؛ ♦ نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبل؛ ♦ شرح مباحث/ مذاکرات مطرح شده در جلسه؛ ♦ مصوبات جلسه، مسئول پیگیری مصوبات، مهلت زمانی اجرای مصوبات و ♦ امضای اعضای حاضر و ذکر اسامی اعضای غایب جلسه. شرح مباحث/ مذاکرات مطرح‌شده در جلسه کمیته باید به‌صورتی درج گردد که علت مصوبات جلسات برای خواننده صورت‌جلسه مشخص شود و از نگارش جمالت کوتاه و غیرشفاف پرهیز شود.	توضیحات



سنجه سه	اثربخشی مصوبات کمیته‌ها ارزیابی و در صورت لزوم اقدام اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	اندازه‌گیری و تحلیل شاخص درصد اجرایی‌شدن مصوبات کمیته‌های پیش‌بیمارستانی طبق مهلت زمانی تعیین شده توسط کارشناس بهبود کیفیت با همکاری دبیران کمیته‌ها.	بررسی مستندات
۲	ارزیابی میزان بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای تصمیمات کمیته‌ها توسط مسئول بهبود کیفیت.	بررسی مستندات
۳	ارائه گزارش‌های دوره‌ای (حداقل فصلی) از فعالیت و کیفیت عملکرد کمیته‌ها به تیم مدیریت توسط مسئول بهبود کیفیت.	بررسی مستندات
۴	انجام اقدامات اصلاحی در کمیته‌های توسط تیم مدیریت براساس نتایج سنجش اثربخشی هریک از کمیته‌ها.	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات	ارزیابی عملکرد کمیته‌ها مطابق نحوه ارزیابی درج شده در آیین‌نامه کمیته مربوط صورت می‌پذیرد. مصوبات کمیته‌های پیش‌بیمارستانی قابلیت اجرایی داشته و بایستی در صورت جلسات به‌طور واضح مشخص شده باشد که چه کسی، چه کاری را با استفاده از چه منابعی و در چه مهلت زمانی باید انجام دهد، پی‌گیری می‌کند. منابع مورد نیاز برای اجرای مصوبات توسط مدیریت مرکز تأمین می‌شود.	
استاندارد ۶	بازدیدهای نظارتی به منظور نظارت دقیق و مستمر از اورژانس‌های بیمارستانی و پایگاه‌های ۱۱۵ تحت پوشش و آمبولانس‌های خصوصی انجام می‌شود.	
سنجه یک	بازدید نظارتی از واحدهای مختلف اورژانس مطابق با برنامه انجام و در صورت نیاز اقدام اصلاحی اجرا می‌شود (براساس دستورالعمل عملیات اورژانس پیش‌بیمارستانی ابلاغی سازمان اورژانس کشور).	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	برنامه‌ریزی منظم و مدون بازدیدهای مدیریتی (نام پایگاه/ ... / ستاد، زمان بازدید و ...).	بررسی مستندات
۲	تجزیه و تحلیل بازدیدهای میدانی و چک‌لیست‌ها.	بررسی مستندات
۳	گزارش به مدیران ارشد.	بررسی مستندات
۴	گزارش تفصیلی به واحدهای بازدید شده.	بررسی مستندات
۵	صورت‌جلسات مصوبات اصلاحی بازدیدهای مدیریتی.	بررسی مستندات
۶	قابل ردیابی بودن اقدامات اصلاحی حاصل از بازدیدهای مدیریتی در برنامه بهبود کیفیت.	بررسی مستندات
توضیحات	تمامی جزئیات و روش‌های بازدیدهای نظارتی در تمام سطوح مدیریت بایستی تبیین و ضمن پرهیز از بازدیدهای سلیقه‌ای، به استفاده از روش‌های یکپارچه و اثربخش و با مشارکت مسئول آموزشی و کارشناسان نظارت با برنامه‌ریزی انجام شود. حداقل‌های مورد انتظار در برنامه‌ریزی نظارت بر نحوه ارائه خدمات (دیسپیچ - عملیات): - تعیین و اولویت‌بندی فرایندها، برنامه‌ها و اقدامات نیازمند به نظارت و بازدید مستمر؛ - تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح و ابعاد نظارتی؛	



♦ تهیه ابزار نظارت و تعیین نحوه ارزیابی و نحوه تهیه گزارش نظارت؛ ♦ برنامه زمان‌بندی ارزیابی برای هریک از مسئولان نظارت؛ ♦ تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط؛ ♦ اجرای نظارت با شیوه ارزیابی همه‌جانبه و در تمام سطوح مدیریتی و عملیاتی؛ ♦ طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود براساس نتایج نظارت و ♦ کسب اطمینان از اثربخشی اقدامات اصلاحی / برنامه‌های بهبود اجرا شده در بهبود روند ارائه خدمات و در راستای ایمنی بیمار. جهت کسب اطمینان از ارائه مطلوب خدمات، لازم است علاوه بر انجام نظارت‌های مدون، تیم مدیریت در چارچوب زمان‌بندی معین، بازدیدهای مقطعی و سرزده را در تمام ساعات شبانه نیز توسط تیم مذکور پیش‌بینی شود.	
سنجه دو	نظارت و پایش عملکرد بیمارستان‌های دانشگاهی (آموزشی درمانی) / درمانی) توسط اداره هدایت و پایش مراقبت‌های درمانی دانشگاه (MCMC) انجام می‌گیرد.
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
۱	دسترسی به دستورالعمل ابلاغی.
۲	وجود لیست تعداد بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه به تفکیک دانشگاهی و غیردانشگاهی، درمانی و آموزشی موجود می‌باشد.
۳	پایش تصویری تمام بیمارستان‌های دانشگاهی از طریق دوربین‌های مستقر در اورژانس بیمارستان‌ها.
۴	ثبت مستندات دوربین در سامانه.
۵	نظارت بر روند انتقال و اعزام بین بیمارستانی.
توضیحات	مفاد دستورالعمل به شماره ۴۰۱/۳۵۳۸ د مورخ ۱۳۹۶/۱۱/۱۵ سازمان اورژانس کشور با موضوع دستورالعمل اجرایی استقرار مرکز پایش مراقبت‌های درمانی در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور. دستورالعمل به شماره ۴۰۰/۸۷۹ د مورخ ۱۳۹۸/۱/۲۴ وزارت بهداشت و سازمان اورژانس کشور با موضوع دستورالعمل جامع اعزام و انتقال بیماران بین مراکز درمانی.
سنجه سه	فعالیت آمبولانس خصوصی براساس مجوزهای قانونی تحت کنترل می‌باشد.
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
۱	تأیید اولیه در ارسال مدارک جهت تأسیس و تمدید مراکز آمبولانس خصوصی مطابق با آخرین آیین‌نامه اجرایی و ثبت در سامانه صدور پروانه‌ها.
۲	کنترل پروانه بهره‌برداری معتبر مراکز براساس آخرین دستورالعمل‌ها.
۳	بانک اطلاعاتی به‌روزرسانی‌شده مراکز آمبولانس‌های خصوصی.



۴	نظارت بر عملکرد و تعرفه‌های اخذشده آمبولانس خصوصی.	بررسی مستندات در سامانه الکترونیک نظارت بر مراکز آمبولانس خصوصی
۵	گزارش تحلیلی و در صورت نیاز اقدام اصلاحی و بازخورد به مرکز و نتایج آن.	بررسی مستندات
۶	گزارش فعالیت آمبولانس‌های فاقد مجوز به مراجع ذی‌ربط.	بررسی مستندات
۷	صدور برگه معاینه طبی آمبولانس‌های مجاز مراکز.	بررسی مستندات و مشاهده
۸	برگزاری دوره‌های آموزشی بدو ورود و حین خدمت کارکنان مراکز آمبولانس خصوصی.	بررسی مستندات
۹	انجام بازدیدهای دوره‌ای از مراکز آمبولانس خصوصی.	بررسی مستندات
توضیحات	وجود آخرین آیین‌نامه تأسیس مراکز خدمات آمبولانس خصوصی به شماره ۴۰۱/۳۳۰۹ مورخ ۱۳۹۷/۹/۵ و هم‌چنین آیین‌نامه تأسیس مراکز خدمات آمبولانس هوایی خصوصی به شماره ۱۱۵/۹۲۶ مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۱۲. - در دسترس بودن و آگاهی کارکنان از تعرفه مصوب سال؛ - بررسی چک‌لیست نظارتی مراکز آمبولانس خصوصی و - بررسی مکاتبات و مستندات برخورد با مراکز غیر مجاز.	
استاندارد ۷	تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت مبتنی بر شواهد و دانش روز می‌باشد.	
سنجه ۱	تصمیمات و اقدامات مدیریت نشان‌دهنده استفاده از اطلاعات پردازش شده و شواهد سیستمی است.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/مالک ارزش‌یابی	روش ارزیابی
۱	ایجاد سیستم گزارش‌دهی مناسب برای دریافت گزارش‌های تحلیلی موردنیاز.	مشاهده
۲	نظارت بر عملکرد واحدها براساس گزارش‌های به دست آمده از منابع مختلف.	بررسی مستندات و مشاهده
۳	تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و اطلاعات پردازش شده در تمام سطوح مدیریتی مرکز.	مصاحبه / بررسی مستندات
توضیحات	سیستم گزارش‌دهی مناسب برای دریافت گزارش‌های تحلیلی موردنیاز در زمان‌های مشخص و اطمینان از اینکه تمام واحدها در مسیر پیشرفت/بهبود بایستی به‌صورت هماهنگ حرکت نماید. حداقل گزارش‌های تحلیلی موردنیاز شامل: - گزارش تحلیلی نتایج اندازه‌گیری شاخص‌های عملکردی هر سه ماه یک بار؛ - گزارش تحلیلی رضایت‌سنجی از بیماران / خانواده بیماران هر سه ماه یک بار؛ - گزارش تحلیلی رضایت‌سنجی از کارکنان حداقل هر شش ماه یک بار؛ - گزارش اجرای برنامه‌های عملیاتی/بهبود مرکز و تحقق اهداف تعیین‌شده هر سه ماه یک بار؛ - گزارش ارزیابی فعالیت کمیته‌های مرکز هر سه ماه یک بار؛ - گزارش ارزیابی شاخص‌های عملکردی مربوط به سکت‌های قلبی و مغزی و ... شش ماه یک بار و - گزارش‌های توصیفی و تحلیلی از اجرای برنامه‌های بالادستی ابلاغ شده.	



♦ گزارش تحلیلی MCMC-EOC. ♦ انجام بازدیدهای میدانی تیم رهبری و مدیریت به دو صورت با اعلام قبلی یا به صورت سرزده برای اطمینان از کسب نتایج متوازن ضروری است. همچنین برگزاری جلسات حضوری با رؤسا/مسئولان واحدها، کارکنان و ارباب رجوع و گوش فرادادن به مشکلات، شکایات و پیشنهادات آنها از دیگر راههای کسب اطلاعات و اطمینان از روند و نتایج کار است. ضمن آنکه برای تعیین یک سیستم گزارش دهی مدیریتی، باید مشخص گردد که چه کسی، در چه بازه زمانی، چه اطلاعاتی را به چه صورت گردآوری نموده و به چه فردی گزارش دهد و چه فردی در کدام بازه زمانی تحلیل این اطلاعات را انجام داده و به مسئولان ارشد گزارش نماید.		
سنجه دو	مطابق با دستورالعمل های ابلاغی واحد پژوهش فعال و براساس اولویت ها برنامه ریزی انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزش یابی	روش ارزیابی
۱	وجود دستورالعمل ابلاغی در مرکز.	بررسی مستندات
۲	عملکرد رابط پژوهش براساس شرح وظایف.	بررسی مستندات
۳	تشکیل کمیته پژوهش و اخلاق.	بررسی مستندات
۴	بررسی نیازسنجی پژوهشی از تمامی واحدها.	بررسی مستندات
۵	تعیین اولویت های پژوهشی.	بررسی مستندات
۶	تعیین بودجه در راستای اهداف پژوهشی.	بررسی مستندات
۷	برنامه ریزی جهت اجرا.	بررسی مستندات و مصاحبه
۸	بهره برداری از نتایج پژوهش در ارائه خدمات.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	رابط پژوهشی با ابلاغ رئیس مرکز و شرح وظایف تعیین می شود. در کتابخانه اورژانس فهرستی از اطلاعات کتاب های منتشر شده توسط مرکز در حوزه اورژانس پیش بیمارستانی وجود دارد. ♦ وجود کتابخانه در مرکز؛ ♦ تهیه لیست فهرستی از اطلاعات کتاب های منتشر شده و تطابق با کتاب های موجود؛ ♦ تهیه بانک اطلاعاتی از نخبگان و محققان و ♦ کمیته پژوهش از زیرمجموعه های کمیته اجرایی می باشد.	
سنجه سه	فرایند مستندات سازی و ثبت در سامانه های تجربیات و ایده ها اجرا و پایش می گردد.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزش یابی	روش ارزیابی
۱	تدوین و اجرای فرایند مستندسازی و چگونگی ثبت تجربیات.	بررسی مستندات
۲	آگاهی تمامی کارکنان از فرایند مذکور.	مصاحبه
۳	دریافت پیشنهادات و نظرات کارکنان با حفظ حقوق معنوی پیشنهاددهنده.	بررسی مستندات
۴	بررسی پیشنهادات کارکنان در بازه زمانی معین.	بررسی مستندات
۵	انتخاب پیشنهادات برتر و طرح آن در جلسه تیم مدیریت.	بررسی مستندات



۶	قدردانی از ارائه‌دهندگان پیشنهادات برتر در صورت تأیید تیم مدیریت.	بررسی مستندات
توضیحات	در فرآیند می‌بایست چگونگی ثبت تجربیات مشخص و در دسترس کارکنان قرار گردد (ثبت به صورت الکترونیکی در سامانه است یا به صورت صندوق پیشنهادات، اتوماسیون و ...). ایجاد بستر الکترونیکی در وبسایت برای اخذ پیشنهادات یا حداقل ایجاد صندوق یا واحد متولی اخذ پیشنهادات کارکنان پیشنهاد می‌گردد (یکی از واحدهای بهبود کیفیت یا دفتر رسیدگی به شکایات قابل قبول می‌باشد). رئیس مرکز، مسئول بهبود کیفیت و مسئول واحد منابع انسانی حداقل هر سه ماه یکبار، نحوه قدردانی با تشخیص مرکز است اما حداقل لوح تشویق و قدردانی لازم است.	
سنجه چهار	مرکز در راستای طبابت مبتنی بر شواهد، پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.	سطح سنجه: ۳
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	وجود شواهدی دال بر تمرکز و برنامه‌ریزی تیم مدیریتی به ترویج ارائه خدمات مبتنی بر شواهد در سطح مرکز.	بررسی مستندات
۲	انجام مطالعات مرتبط با ارائه خدمات مبتنی بر شواهد و یکسان‌سازی روش‌های مراقبتی.	بررسی مستندات
۳	برنامه‌ریزی و اجرای استانداردها و گایدلاین‌های ابلاغی وزارت بهداشت و سازمان اورژانس.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	ارزیابی دوره‌ای وضعیت ارائه خدمات از نظر مبتنی بر شواهد بودن و انجام اقدامات برای بهبود وضعیت.	بررسی مستندات
۵	تأیید مراجع ذی‌ربط سازمان اورژانس در خصوص موفقیت و پیشگامی مرکز در زمینه ارائه خدمات مبتنی بر شواهد.	بررسی مستندات
توضیحات	تشکیل کمیته‌های پژوهشی و بررسی مقالات در جهت استفاده از نتایج آن‌ها در ارائه با کیفیت خدمات یکی از راه‌هایی است که نشان‌دهنده مبتنی بر شواهد بودن می‌باشد.	
استاندارد ۸	برنامه‌های آموزشی کارکنان تدوین اجرا و پیگیری می‌گردد.	
سنجه یک	سیاست‌های آموزشی کارکنان ستادی و عملیاتی و توسط مدیریت تدوین و ابلاغ شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	تدوین سیاست‌های آموزشی کارکنان ستادی و عملیاتی.	بررسی مستندات
۲	اطلاع‌رسانی سیاست‌های آموزشی به واحدها.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	آگاهی کارکنان ستادی و عملیاتی از سیاست‌های آموزشی.	مصاحبه / بررسی مستندات
توضیحات	در تدوین سیاست‌های آموزشی کارکنان مواردی شامل گروه‌های هدف برنامه‌های آموزشی، مجری برنامه‌های آموزشی، اولویت‌های آموزشی هر گروه هدف، نحوه نیازسنجی آموزشی، شیوه‌های اجرای برنامه‌های آموزشی، نحوه تأمین منابع موردنیاز و نحوه نظارت بر اجرای برنامه‌های آموزشی مدنظر قرار گیرد. سیاست‌های آموزش کارکنان گروه عملیاتی و ستادی توسط تیم مدیریت (مدیر مرکز، مسئول	



آموزش، مسئول واحدها) تدوین و ابلاغ می‌گردد. ملاک اصلی برنامه‌ریزی آموزشی شرح وظایف و مهارت‌های موردنیاز برای انجام وظایف عمومی و تخصصی مصوب براساس آخرین نسخه کتاب شرح وظایف جامع می‌باشد. گذراندن دوره‌های PHTM و PHCLS یا (ACLS) و تریاژ تلفنی مطابق بسته‌های ابلاغی سازمان اورژانس کشور الزامی می‌باشد.		
سنجه دو	توسعه پایگاه‌های آموزشی براساس آیین‌نامه ابلاغی به‌صورت سالانه صورت گرفته است.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	روش ارزیابی
۱	بررسی نیازسنجی تعداد پایگاه آموزشی منطبق با آیین‌نامه ابلاغی و ثبت در سامانه.	بررسی مستندات
۲	پایگاه‌های آموزشی راه‌اندازی شده است.	بررسی مستندات و مشاهده
۳	تأمین و تجهیز پایگاه آموزشی منطبق با آیین‌نامه.	بررسی مستندات و مشاهده
۴	تأمین مربی آموزشی.	بررسی مستندات
۵	نظارت بر اجرای برنامه‌های آموزشی در پایگاه آموزشی طبق مفاد آیین‌نامه ابلاغی.	بررسی مستندات
۶	اجرای برنامه‌های آموزشی دانشجویان در پایگاه آموزشی طبق مفاد آیین‌نامه ابلاغی صورت گرفته است.	بررسی مستندات
۷	برنامه آموزشی منظم و دوره‌ای برای کارکنان وجود دارد.	بررسی مستندات و مشاهده
۸	آموزش‌هایی براساس اعلام واحد کنترل کیفیت و آموزش انجام می‌شود.	بررسی مستندات
۹	صلاحیت نهایی آموزش‌گیرندگان تعیین و گواهی نامه صادر می‌شود.	بررسی مستندات
توضیحات	آیین‌نامه پایگاه آموزشی به‌عنوان دستورالعمل موارد کلی و جزئی مورد توجه در پایگاه توسط معاونت آموزشی سازمان تهیه و ابلاغ گردیده است. تمامی مراکز موظف هستند نسبت به راه‌اندازی پایگاه‌های آموزشی طبق استانداردهای اعلامی در آیین‌نامه اقدام نمایند و تجهیز پایگاه‌های آموزشی را به‌عنوان یکی از اولویت‌های آموزشی مدنظر قرار دهند. تمامی مراکز موظف به جذب تکنسین‌های عملیاتی علمی و خبره جهت مربیگری در پایگاه‌های آموزشی هستند. مراکز در جانمایی پایگاه‌های آموزشی موارد مهم و کلیدی نظیر پایگاه شهری طبق استانداردهای پایگاه آموزشی را رعایت نموده و همچنین در چینش پایگاه‌های آموزشی دسترسی و فضای فیزیکی لازم را مدنظر قرار می‌دهند. وجود منابع علمی روزآمد اورژانس پیش‌بیمارستانی (ابلاغی سازمان) اعم از کتاب‌ها، پروتکل‌های آفلاین و پوسترهای ابلاغی در پایگاه آموزشی الزامی است. شاخص تأسیس و افزایش پایگاه آموزشی به بیش از ۱ پایگاه: ♦ در مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه با حداقل ۲۰ نفر نیروی عملیاتی یا ۴ پایگاه اورژانس (شهری و جاده‌ای)، تأسیس اولین پایگاه آموزشی الزامی است. ♦ به‌ازای هر ۱۵ پایگاه (شهری - جاده‌ای) یک پایگاه آموزشی فعال اضافه می‌گردد (رعایت اصول مکان‌یابی مناسب جهت دسترسی بهتر ضروری است).	



- ♦ مراکز تحت پوشش دانشگاه‌هایی که رشته فوریت‌های پزشکی را در مقاطع کاردانی یا کارشناسی ناپیوسته دارند موظف به تأسیس حداقل یک پایگاه آموزشی می‌باشند.
 - ♦ وجود تجهیزات آموزشی و کمک آموزشی زیر در پایگاه آموزشی ضروری می‌باشد:
 - ♦ مانکن احیای بالغین و نوزادان؛
 - ♦ مانکن اینتوباسیون؛
 - ♦ دستگاه الکتروشوک؛
 - ♦ جامبک دارویی و CPR کامل (فقط آموزشی)؛
 - ♦ کیف CBRNE؛
 - ♦ کیف تریاژ؛
 - ♦ ست زایمان؛
 - ♦ کیت PPE؛
 - ♦ تجهیزات ثابت‌سازی و انتقال؛
 - ♦ آتل‌های سخت؛
 - ♦ باند و گاز و چسب؛
 - ♦ نوت‌بوک یا کامپیوتر جهت نمایش فیلم و فایل‌های آموزشی؛
 - ♦ دسترسی به اینترنت؛
 - ♦ تخته وایت‌برد و ماژیک؛
 - ♦ کتابخانه (دارای کتب مرجع اورژانس پیش‌بیمارستانی پایه / میانی / پیشرفته، پروتکل‌ها و گایدلاین‌های آموزشی ابلاغی، منابع آموزشی روزآمد)؛
 - ♦ صندلی به تعداد کافی؛
 - ♦ پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های آموزشی ابلاغی از سازمان اورژانس کشور و
 - ♦ منابع علمی معتبر در حوزه فوریت‌های پزشکی.
- آیین‌نامه پایگاه آموزشی توسط معاونت آموزشی سازمان تهیه و ابلاغ گردیده است. تمامی مراکز موظف هستند نسبت به راه‌اندازی پایگاه‌های آموزشی اقدام نموده و برنامه آموزشی مربوط به پرسنل در بدو ورود، آموزش‌های حین خدمت و آموزش دانشجویان در این پایگاه‌ها صورت می‌گیرد.
- آموزش بدو خدمت و حین خدمت: به‌منظور توان‌مندسازی علمی و مهارتی در اقدامات بالینی پیش‌بیمارستانی و آشنایی با فرایند عملیات زمان پیشنهادی برای افرادی که به‌لحاظ مدرک تحصیلی شرایط احراز پست فوریت‌های پزشکی را داشته و درخواست کار به‌عنوان تکنسین فوریت‌های پزشکی در اورژانس ۱۱۵ را ارائه نموده‌اند، ۵ شیفت کاری ۲۴ ساعته یا ۱۲۰ ساعت حضور در پایگاه آموزشی به‌صورت سالانه (برای آموزش بدو خدمت حضور در حداقل ۳۰ عملیات و برای آموزش حین خدمت حضور در حداقل ۲۰ عملیات) می‌باشد. فراگیران این گروه نیز در ابتدا نسبت به شیوه آموزش، ضرورت و نحوه تکمیل لاگ بوک و شیوه ارزش‌یابی پایانی توسط مربی آموزشی توجیه شده و در پایان براساس skill sheet ابلاغی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. با توجه به اهمیت موضوع و جذب نیروهای علمی و کارآمد در سیستم در صورت عدم کسب حد نصاب نمره طبق شیوه‌نامه، کمیته علمی پایگاه آموزشی درخصوص نحوه ادامه همکاری با ایشان تصمیم‌گیری می‌نماید.
- تبصره ۱: در صورت عدم تکمیل مستندات کافی مبنی بر حضور در تعداد عملیات‌های ذکرشده با هماهنگی



مسئول پایگاه و مربی آموزشی شیفت‌های تکمیلی در ماه‌های آینده برنامه‌ریزی می‌شود.
تبصره ۲: در صورت تکمیل مستندات حضور در عملیات اورژانس و زودتر از ۱۲۰ ساعت برای فراگیر، ادامه شیفت‌های کاری (پرسنل عملیاتی) طبق برنامه کشیک‌های تنظیم‌شده خواهد بود.
تبصره ۳: در صورت اعلام مرکز کنترل کیفیت یا واحد آموزش طبق صلاحدید به میزان ساعات آموزشی اضافه می‌شود.

تمامی مراکز موظف به تجهیز پایگاه‌های آموزشی براساس موارد مندرج در آیین‌نامه می‌باشند.
مربی آموزشی می‌بایست دارای مدرک مربیگری باشد.

وظایف مربی آموزشی:

- ♦ برنامه‌ریزی برای تمام فرایندهای آموزشی؛
- ♦ مدیریت کلیه تعاملات لازم در برنامه‌های آموزشی؛
- ♦ ایجاد فضای همکاری و صمیمیت و احترام متقابل و اشاعه فرهنگ نظم و آرامش (عزت نفس)، سرعت و دقت در کار؛
- ♦ اجرای برنامه‌های آموزشی طبق واحدهای درسی دانشجویان جهت دانشجویان کاردانی و کارشناسی ناپیوسته؛
- ♦ اجرای برنامه‌های آموزشی شغلی تئوری و مهارتی جهت تکنسین‌های عملیاتی (آموزش‌های بدو و حین خدمت؛
- ♦ نظارت بر آموزش‌های تئوری و مهارتی ارائه شده به همکاران عملیاتی و دانشجویان؛
- ♦ نظارت بر نحوه تکمیل لاگ‌بوک‌ها و چک‌لیست‌های مهارت (SKILL SHEET)؛
- ♦ پایش و ارزیابی برنامه‌های آموزشی هر گروه؛
- ♦ تعامل مناسب با مسئولین آموزشی سایر پایگاه‌های آموزشی؛
- ♦ ارائه گزارش عملکرد آموزشی پایگاه به ریاست مرکز به صورت ماهانه؛
- ♦ رشد و توسعه توانمندی‌های علمی و مهارتی فردی؛
- ♦ انگیزه‌بخشی و ایجاد روحیه پویایی در روند آموزش پایگاه؛
- ♦ اطلاع‌رسانی و مدیریت برنامه‌های آموزشی؛
- ♦ پیگیری کمبودها و رفع نواقص پایگاه آموزشی و
- ♦ حضور ۲ تکنسین در کنار دانشجو و انجام عملیات به صورت ۳ نفره.

آیین‌نامه پایگاه آموزشی توسط معاونت آموزشی سازمان تهیه و ابلاغ گردیده است و تمامی مراکز موظف هستند نسبت به راه‌اندازی پایگاه‌های آموزشی اقدام نمایند. دانشجویان فوریت‌های پزشکی و سایر رشته‌ها در صورت معرفی‌نامه رسمی از طرف دانشگاه به ریاست مرکز جهت حضور در پایگاه آموزشی به مربی آموزشی معرفی می‌گردند.

نحوه سنجش عملکرد و ارزش‌یابی دانشجو و تکنسین تازه‌کار در پایگاه آموزشی:

به منظور سنجش و ارزش‌یابی عملکرد فراگیران در پایگاه آموزشی فوریت‌های پزشکی دو ابزار طراحی شده است.

الف) ابزار اول دفترچه فعالیت‌های عملی (LOG BOOK) می‌باشد که توسط فراگیر تکمیل شده و در اختیار مربی قرار می‌گیرد.

دفترچه فعالیت‌های عملی (LOG BOOK) دفترچه‌ای است که روند عملکرد فراگیر در زمینه



	فعالیت‌های آموزشی - عملی را ثبت می‌نماید. در پایان دوره اطلاعات موجود در LB جهت تعیین نمرات بخش‌های ارزش‌یابی عملی و حضور و غیاب مورد استفاده قرار می‌گیرد. فراگیر می‌بایست در پایان دوره آموزشی دفترچه تکمیل شده را به همراه پیشنهادات خود به مسئول واحد آموزش مرکز مدیریت اورژانس پیش بیمارستانی و مدیر حوادث ارائه نماید. LOG BOOK شامل فعالیت‌هایی است که انتظار می‌رود فراگیر در پایگاه‌های آموزشی فوریت‌های پزشکی آن‌ها را مشاهده یا اجرا نماید. فراگیر موظف است در هر قسمت چنانچه در مشاهده و انجام مهارت نقشی داشته، از مربی خود بخواهد تا قسمت مربوطه را امضا و مهر نماید. در پایان دوره لاگ بوک توسط فراگیر به مربی تحویل داده می‌شود. نمونه دفترچه فعالیت‌های عملی (LOG BOOK) در پیوست موجود می‌باشد. ب) ابزار دوم دفترچه ارزیابی مهارت در فوریت‌های پزشکی (SKILL SHEET) می‌باشد که توسط مربی تکمیل می‌گردد. فراگیر می‌بایست پس از اتمام دوره آموزشی مورد سنجش قرار گیرد تا به سطح کافی از معلومات و مهارت در حوزه اورژانس پیش بیمارستانی برسد. و ضمناً نمره‌ای واقعی در سطح مهارت‌هایش دریافت کند. این مهم با استفاده از ابزار ارزیابی مهارت در فوریت‌های پزشکی (SKILL SHEET) ممکن خواهد بود. در این ابزار هر مهارت فوریت‌های پزشکی به اجزاء کوچک تر تقسیم شده است و هر جزء دارای نمره می‌باشد. در این روش ارزش‌یابی یک سناریو برای فراگیر قرائت می‌شود و از وی خواسته می‌شود که اقدامات مناسب را بر روی مولاژ انجام دهد، شخص ارزیاب فعالیت‌های کارآموز را مشاهده کرده و با ابزار ارزیابی مهارت مطابقت می‌دهد. در پایان مشخص می‌شود که فراگیر کدام قسمت از یک مهارت را نادرست انجام داده یا از قلم انداخته است و نمره نهایی بدون اعمال سلیقه شخص ارزیاب، برای فراگیر مشخص می‌گردد. نکات مورد توجه در اجرای برنامه آموزشی: ♦ وجود لیست پرسنل عملیاتی (شیفت در گردش حین خدمت) جهت حضور موظف در پایگاه آموزشی؛ ♦ وجود لیست پرسنل عملیاتی (شیفت در گردش بدو خدمت) جهت حضور موظف در پایگاه؛ ♦ وجود لیست حضور و غیاب و ارزیابی پایان دوره برای هر یک از شرکت‌کنندگان در دوره‌های آموزشی حین خدمت و ♦ وجود مستندات مربوط به تکمیل skill shee , Log book همکاران عملیاتی حاضر در پایگاه‌های آموزشی.	
سطح سنجه: ۲	تعامل و هماهنگی با معاونت آموزشی دانشگاه و گروه فوریت‌های پزشکی وجود دارد.	سنجه سه
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات	حضور رئیس اورژانس در جلسات مشترک کاری با گروه فوریت‌های پزشکی و هماهنگی در تربیت دانشجویان.	۱
بررسی مستندات	مشارکت ریاست مرکز و همکاران عملیاتی علمی و توانمند (مربیان آموزشی) در تدریس دروس عملیاتی رشته فوریت‌های پزشکی در دانشگاه.	۲



۳	تعامل مؤثر جهت تدریس دروس عملیاتی با گروه فوریت‌های و حضور مربیان آموزشی از مرکز جهت تدریس در دانشگاه.	بررسی مستندات
۴	برنامه‌ریزی و گزارش به دانشگاه جهت حضور و آموزش دانشجویان فوریت‌های پزشکی در پایگاه‌های آموزشی جهت دوره‌های کارآموزی و کار در عرصه.	بررسی مستندات
مراکز موظف هستند با دانشگاه‌های دارای رشته فوریت‌های پزشکی تعامل نمایند. برگزاری جلسات هماهنگی جهت برنامه‌ریزی آموزشی بین اورژانس و دانشگاه توسط مراکز صورت می‌گیرد. همچنین مراکز موظف هستند گزارش تعاملات با دانشگاه و صورت جلسات را به سازمان منعکس نمایند تمامی تعاملات علمی - آموزشی یا پژوهشی مراکز با دانشگاه علوم پزشکی مکتوب شده و مستندات آن نگهداری می‌گردد. تمامی دانشجویان کاردانی و کارشناسی با معرفی‌نامه رسمی از دانشگاه جهت گذراندن دوره کارآموزی و کارورزی (کار در عرصه) به مرکز اورژانس پیش‌بیمارستانی معرفی می‌گردند. دانشجویان در ابتدای ورود به اورژانس نسبت به شرایط و ضوابط دوره کارآموزی توجیه شده و در مدت کارآموزی توسط مربی آموزشی مورد ارزیابی بالینی قرار می‌گیرند. مراکز موظف هستند گزارش عملکرد دانشجو را به صورت مکتوب و مستدل همراه به نمره کسب شده به دانشگاه اعلام نمایند. در صورتی که دانشجو در دوره کارآموزی نتواند نمره حد نصاب را کسب نماید موضوع کتبا به دانشگاه اعلام می‌گردد. شرایط عمومی پرسنل و فراگیران (دانشجویان) در پایگاه آموزشی فوریت‌های پزشکی: ♦ رعایت نظم در زمان ورود و خروج پایگاه؛ ♦ رعایت اخلاق حرفه‌ای و اصول احترام متقابل؛ ♦ انجام دادن صحیح و به موقع وظایف محوله طبق شرح وظایف ابلاغی سازمان؛ ♦ استفاده مناسب از تجهیزات و رعایت امانت؛ ♦ رعایت پوشش مناسب طبق فرم مصوب (پوشیدن لباس فرم)؛ ♦ رعایت اصول اخلاقی در برخورد با تمامی همکاران، مددجویان و همراهان بیمار و همکاران بیمارستانی ♦ انجام هماهنگی لازم با مربی پایگاه آموزشی درخصوص هر گونه تغییر یا عدم حضور در برنامه آموزشی توسط فراگیران؛ ♦ ارائه معرفی نامه از دانشگاه توسط دانشجو برای حضور در پایگاه آموزشی؛ ♦ ارائه معرفی نامه از سوی ریاست جهت دوره آموزشی پایگاه آموزشی برای آموزش بدو ورود؛ ♦ حضور پرسنل عملیاتی جهت آموزش حین خدمت طبق برنامه اعلامی از سوی معاونت فنی؛ ♦ اهتمام بر فراگیری مهارت‌های بالینی و دانش تئوری در مدت دوره آموزشی؛ ♦ تعامل مناسب با مسئول پایگاه آموزشی و مربیان آموزشی؛ ♦ تحویل دفترچه کارآموزی (LOG BOOK) به واحد آموزش در پایان دوره؛ ♦ همکاری دو جانبه در آموزش بین مربی و فراگیر در تمام زمینه‌ها؛ ♦ لازم است تمامی شرایط مذکور به صورت مکتوب در ابتدای دوره آموزشی در اختیار فراگیر قرار گیرد؛ ♦ با توجه به اینکه مسئولیت حفاظت و نگهداری از تجهیزات آموزشی و کمک آموزشی برعهده مربی آموزشی می‌باشد؛ لذا هرگونه استفاده یا جابه‌جایی در تجهیزات با اجازه ایشان صورت می‌گیرد و ♦ مسائل حقوقی و قانونی مربوط به تمامی کارکنان و دانشجویان در پایگاه آموزشی طبق ضوابط قانونی و شرح وظایف سازمانی مصوب می‌باشد.		توضیحات



واحد روابط عمومی مرکز با برنامه‌های تخصصی و اقدامات مناسب به صورت اثربخش فعالیت می‌نماید.		استاندارد ۹
سطح سنجه: ۱	واحد روابط عمومی دارای تعداد نیروی انسانی و تجهیزات کافی (متناسب با جامعه هدف) می‌باشد.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
مشاهده	تخصیص فضای فیزیکی مستقل متناسب با مساحت کل مرکز.	۱
بررسی مستندات	تخصیص نیرو با مهارت و تخصص مرتبط با حوزه روابط عمومی و اطلاع‌رسانی متناسب با حجم کار در مرکز.	۲
مشاهده	تخصیص تجهیزات اداری و ابزار عمومی و تخصصی متناسب با شرح وظایف واحد (از قبیل رایانه، چاپگر، دوربین عکاسی و ...).	۳
سطح سنجه: ۱	برنامه سالیانه منطبق بر اهداف واحد روابط عمومی تدوین و تصویب گردیده است.	سنجه دو
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات و مصاحبه	نیازسنجی سالانه از همکاران عملیاتی، دیسپچ و ستاد درخصوص نیازمندی‌های اطلاع‌رسانی و چالش‌های مرتبط با این حوزه.	۱
بررسی مستندات و مشاهده	تدوین تقویم مناسبت‌های مذهبی و ملی مرتبط با سازمان اورژانس کشور و سازمان‌های همسو جهت اطلاع‌رسانی و تهیه و انتشار محتوای مناسب.	۲
بررسی مستندات و مشاهده	تدوین برنامه عملیاتی سالیانه (با تفکیک زمان‌بندی فصلی) به‌منظور تولید و انتشار محتوا به‌منظور فرهنگ‌سازی و ارتقای آگاهی شهروندان در زمینه تعامل با اورژانس.	۳
سطح سنجه: ۱	اقدامات اطلاع‌رسانی، فرهنگ‌سازی، مستندات‌سازی و تهیه محتوا انجام و اجرا می‌گردد.	سنجه سه
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات	تعامل مداوم با مسئولین و همکاران سایر واحدها و حضور مستمر در جلسات به‌منظور آگاهی از اولویت‌های مرکز در حوزه اطلاع‌رسانی و تولید محتوا.	۱
بررسی مستندات	برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های فرهنگی و مناسبتی به‌منظور ایجاد شور، نشاط و علاقه سازمانی در بین همکاران.	۲
بررسی مستندات و مشاهده	تعامل با رسانه‌های استانی اعم از تصویری، نوشتاری و مجازی به‌منظور انتشار اخبار و تولیدات فرهنگی و آموزشی مرتبط با فعالیت‌های مرکز.	۳
بررسی مستندات و مشاهده	استفاده از بستر فضای مجازی، تبلیغات محیطی شهری، تبلیغات رسانه‌ای و ... به‌منظور آموزش، فرهنگ‌سازی و ارتقای فرهنگ عمومی در زمینه تعامل با اورژانس در بین شهروندان.	۴
بررسی مستندات و مصاحبه	تعامل هدفمند و دوسویه با روابط عمومی‌های سایر ادارات استان به ویژه سازمان‌های همسو و حضور فعال، پیگیر و مؤثر در جلسات موجود.	۵

فصل ۲



محور مدیریت خطر حوادث و بلایا

استاندارد ۱		سازمان‌دهی برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا در دانشگاه طراحی و اجرا شده است.
سنجه یک	کارگروه / شورای سیاست‌گذاری حوادث و بلایا و پدافند غیرعامل تشکیل شده و به‌صورت فصلی برگزار می‌گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	کارگروه / شورای سیاست‌گذاری حوادث و بلایا و پدافند غیرعامل در سطح دانشگاه، با حضور معاونین دانشگاه و مشارکت فعال اعضاء به‌صورت منظم تشکیل می‌شود.	بررسی مستندات
۲	آیین‌نامه کارگروه، شرح وظایف، نقش‌ها و مسئولیت‌های اعضا مشخص و ابلاغ شده و افراد از آن آگاهی دارند.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	برنامه‌ریزی‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا و پدافند غیرعامل منطبق با شرح وظایف در کارگروه/شورا انجام می‌شود.	بررسی مستندات
۴	منابع موردنیاز جهت اجرای برنامه‌های پیش‌گیری و کاهش خطر، آمادگی، پاسخ و بازیابی در کارگروه/شورا تصویب و تأمین گردیده است.	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	مکانسیم‌هایی جهت اطمینان از اختصاص منابع در زمینه‌های کاهش خطر حوادث، آمادگی، پاسخ، بازسازی و بازتوانی ایجاد شده است.	بررسی مستندات و مصاحبه
۶	جلسات هماهنگی با نهادهای پاسخ به فوریت‌های جامعه نظیر (آتش‌نشانی، پلیس منطقه، هلال‌احمر و ...) تشکیل گردیده است.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات		منطبق با نقشه راه ابلاغی به شماره ۱۱۵/۵۲۸۷ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۷ اعضاء کارگروه / شورا شامل رئیس دانشگاه (رئیس شورا/کارگروه)، رئیس مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های



پزشکی (دبیر) / مسئول پدافند غیرعامل دانشگاه/ معاون درمان/ معاون بهداشت/ معاون توسعه / معاون غذا و دارو / مسئول حراست دانشگاه / مدیر پرستاری / معاون آموزش هم‌چنین نماینده استانداری، نمایندگان سازمان‌های همکار به تشخیص رئیس و دعوت دبیر در جلسات شرکت می‌نمایند. شرح وظایف شورای سیاست‌گذاری سلامت در حوادث و سوانح شامل سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، نظارت، هماهنگی و توسعه در مراحل آمادگی، پاسخ و بازتوانی بحران در سطح دانشگاه در حوزه‌های خدمات پیش‌بیمارستانی، خدمات بهداشتی، خدمات بیمارستانی و خدمات بازتوانی است.		
سنجه دو	مرکز هدایت عملیات بحران (EOC) با امکانات لازم، ایمن و در دسترس در دانشگاه فعال شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	مرکز هدایت عملیات (EOC) دانشگاه در مکانی محافظت‌شده، ایمن و در دسترس قرار دارد.	مشاهده
۲	تمامی امکانات لازم برای مرکز هدایت عملیات فراهم شده و در دسترس است.	مشاهده
۳	EOC از نیروی انسانی کافی و توانمند برخوردار است.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	ارتباط و هماهنگی EOC دانشگاه با EOC وزارت بهداشت، استانداری و سایر سازمان‌های همکار برقرار می‌باشد.	بررسی مستندات، مصاحبه و مشاهده
توضیحات	اتاق EOC در مکانی خارج از منطقه درمان قرار داشته باشد به گونه‌ای که کمترین تأثیر را از شرایط بحرانی دریافت نماید. محل قرارگیری مطمئن و ایمن و در دسترس باشد و از قبل مجهز شود یا باید ترتیبی داده شود که به سرعت اتاق مذکور برای بهره‌برداری فوری تجهیز شود. حداقل تجهیزات و وسایل برای آماده به کار شدن EOC جهت برقراری ارتباطات، مدیریت اطلاعات (اسناد، صفحه مانیتور / صفحه نمایش)، ایمنی و امنیت کارکنان به سهولت در دسترس باشد. EOC باید توسط سیستم مدیریت اطلاعات پشتیبانی شود که این امر موجب حمایت از عملیات بحران می‌شود و داده‌ها را به مدیریت اطلاعات مرکز متصل می‌کند. در شرایط اضطراری خطوط معمول ارتباطی مانند تلفن ثابت و تلفن همراه قطع خواهند شد یا مشغول و غیرقابل استفاده می‌شوند. با توجه به اهمیت برقراری ارتباط جهت فراخوان کارکنان، هماهنگی با سایر مراکز و نهادهای ... لازم است برای این شرایط وسایل ارتباطی جایگزین مانند بی‌سیم، بلندگو، پیک و ... پیش‌بینی شود. ایجاد خطوط HOT Line فی مابین سازمان هواشناسی، پلیس، راه‌آهن، هواپیمایی، اداره کل مدیریت بحران استان، سازمان اورژانس کشور، هلال‌احمر، آتش‌نشانی، سازمان هواشناسی کشور (از طریق لینک اینترنتی، سامانه پیامکی، فکس و اعلام شماره ثابت)، مرکز مدیریت راه‌های کشور (از طریق برقراری لینک دوربین‌ها و معرفی شماره پیامکی و ثابت)، پلیس راهور کشور (از طریق سامانه پیامکی و شماره ثابت)، سازمان محیط زیست و وزارت کشور (از طریق معرفی شماره پیامکی و ثابت)، سازمان پدافند غیرعامل و ... جهت برقراری ارتباط مستمر و ۲۴ ساعته حائز اهمیت است. اهم شرح وظایف EOC: ۱. راه‌اندازی سامانه هشدار سریع؛ ۲. ایجاد هماهنگی جهت اعزام تیم‌های اضطراری در زمان ضرورت؛ ۳. مشاهده روزانه نحوه عملکرد اجزاء اجرایی مراکز فوری و ۴. ایجاد بانک جامع ثبت اطلاعات آماری از حوادث و سوانح.	



سنجه سه	سامانه فرماندهی حادثه (ICS) در سطح دانشگاه، تدوین، ابلاغ افراد از شرح وظایف خود آگاهی دارند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	ساختار مدیریت، هماهنگی و فرماندهی حادثه دانشگاه مبتنی بر NRF تدوین شده است.	بررسی مستندات
۲	تدوین و ابلاغ شرح وظایف افراد در NRF و ICS در سطح دانشگاه، شبکه های بهداشت و درمان و بیمارستان ها صورت گرفته است.	بررسی مستندات
۳	افراد از شرح وظایف و مسئولیت های خود در ICS و NRF آگاهی دارند.	مصاحبه
توضیحات	در راستای اصل وحدت فرماندهی در عملیات پاسخ به حوادث و سوانح، به استناد ابلاغ چارچوب پاسخ ملی به حوادث به شماره ۱۱۵/۳۷۹۸ مورخ ۹۹/۶/۳۰ می بایست «چارچوب پاسخ در سطح دانشگاه (NRF)» تدوین گردد. این چارچوب مفهومی که منعطف و سازگار با برنامه عملیاتی پاسخ است، هدف اصلی تعیین نقش ها، مسئولیت ها و وظایف مدیران ارشد سازمان ها، نهادها و دستگاه های مسئول و همکار حوزه سلامت در شرایط اضطراری را دنبال نموده و یک بستر عملیاتی منسجم، یکپارچه و هماهنگ به منظور تمرکزبخشی به فعالیت های حوزه سلامت در حوادث و سوانح ایجاد می نماید.	
استاندارد ۲	ارزیابی خطر حوادث و بلایا انجام شده و براساس نتایج آن، برنامه ریزی و مدیریت می شود.	
سنجه یک	ارزیابی سالیانه و اولویت بندی مخاطرات و تهدیدات منطقه تحت پوشش دانشگاه انجام شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	عوامل خطر آفرین و تهدیدات پدافندی منطقه تحت پوشش شناسایی شده است.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	امتیازدهی عوامل خطر آفرین و تهدیدات براساس (شدت، احتمال وقوع، میزان آسیب پذیری و دوره بازگشت) صورت گرفته است.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	اولویت بندی عوامل خطر آفرین و تهدیدات برحسب بیشترین امتیازات انجام شده و پنج عامل مهم خطر آفرین و تهدید منطقه تعیین شده اند.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	عوامل خطر آفرین (مخاطره) به پدیده هایی گفته شود که بالقوه آسیب زا هستند و می توانند به آسیب جانی، مالی و محیطی به مردم یا دانشگاه منجر شوند. تهدید: هر عنصر یا وضعیتی که پیش شرط وقوع یک رویداد ناگوار، حادثه یا اضطراب باشد و موجودی منافع، امنیت ملی یا ارزش های حیاتی کشور را به خطر بیاندازد تهدید محسوب می شود. تهدید زیستی: هر گونه رویداد، حادثه طبیعی یا غیر طبیعی که با استفاده از عوامل زیستی موجب تضعیف و نابودی سرمایه های انسانی یا آسیب های اقتصادی از طریق تخریب و نابودی سرمایه های زیستی مانند انسان، محصولات کشاورزی، گیاهان، جانوران، منابع آب، هوا و غذا در کشور گردد، تهدید زیستی محسوب می گردد. تهدید شیمیایی: هر گونه رویداد، حادثه طبیعی یا غیر طبیعی، عمدی، غیر عمدی با استفاده از عوامل یا مواد شیمیایی که موجب نابودی و تضعیف سرمایه های انسانی یا آسیب های اقتصادی از طریق تخریب و نابودی محصولات کشاورزی، گیاهان و جانوران، منابع آب، هوا و غذا، صنایع، زیرساخت ها و محیط زیست در کشور گردند و ثبات و امنیت جامعه را به خطر اندازد. تهدید سایبری: احتمال هرگونه رویدادی که قابلیت وارد کردن ضربه به مأموریت ها، وظایف، تصویر یا اشتهاار دستگاه متولی سرمایه ملی سایبری یا افراد مرتبط، به واسطه یک سامانه اطلاعاتی، از طریق دسترسی	



غیر مجاز، انهدام (تخریب)، افشا، تغییر اطلاعات و ایجاد اختلال یا ممانعت از ارائه خدمات را داتشه باشد، تهدید سایبری گفته می‌شود. تهدید پرتویی: احتمال هرگونه رویداد که با استفاده از عوامل پرتویی موجب تضعیف و نابودی سرمایه‌های انسانی یا آسیب‌های اقتصادی از طریق تخریب و نابودی سرمایه‌های هسته‌ای کشور گردد، تهدید پرتویی محسوب می‌گردد. اولین مرحله در این مسیر شناسایی و اولویت‌بندی عوامل خطرآفرین و تهدیدات است تا مشخص شود دانشگاه بیشتر در معرض چه مخاطراتی قرار دارد. عوامل خطرآفرین در دانشگاه با دو منشأ می‌تواند باشد: ♦ منشأ داخلی: در داخل ساختمان‌های دانشگاه، بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی درمانی، مراکز اورژانس پیش بیمارستانی، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، خوابگاه‌ها و... رخ می‌دهند. (مانند: آتش‌سوزی، قطع برق یا آب، قطع گازهای طبی، قطع سیستم‌های ارتباطی، نشت مواد رادیواکتیو، گروگان‌گیری و ...). ♦ منشأ خارجی: خارج از ساختمان‌های دانشگاه بوده ولی دانشگاه را تحت تأثیر قرار داده و باعث ورود بیش از انتظار مجروحان و مصدومان به مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی می‌شود مانند تصادفات، زلزله، سیل، اپیدمی‌ها و ... مسلم است مخاطرات دانشگاه‌هایی که در شمال کشور هستند با دانشگاه‌هایی که در جنوب یا کرمان قرار دارند یا دانشگاه‌های مرزی، کاملاً متفاوت است و از طرفی آسیب‌پذیری دانشگاه‌ها و ظرفیت آن‌ها نیز متفاوت است لذا برنامه‌های مدیریت خطر دانشگاهی، اختصاصی هر دانشگاه نوشته می‌شود. برای شناسایی و اولویت‌بندی عوامل خطر آفرین (مخاطرات) ابزارهای مختلفی وجود دارند که می‌توان از کتاب «ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و سوانح» و کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستان (FHSI) استفاده نمود. همچنین برای شناسایی مخاطرات داخلی از مشارکت مدیران، مرکز مدیریت فنی دانشگاه و برای شناسایی مخاطرات خارجی از مشارکت سازمان‌های امدادی، هواشناسی و سایر سازمان‌های مرتبط و افراد جامعه و با توجه به موقعیت جغرافیایی دانشگاه، شرایط منطقه، فوریت‌های جامعه، اپیدمی‌ها و سوانحی طبیعی و براساس شواهد علمی و تجربی استفاده گردد. در اولویت‌بندی عوامل خطر آفرین (مخاطرات)، امتیازدهی براساس احتمال وقوع، شدت آسیب، دوره بازگشت (تکرارپذیری) و میزان آسیب‌پذیری است و در کارگروه و با مشارکت اعضاء امتیازدهی صورت می‌گیرد. پس از اعمال ضرایب امتیاز هر مخاطره مشخص و در جدول ثبت می‌شود. پنج مخاطره‌ای که بیشترین امتیازات را کسب کنند به‌عنوان اولویت برنامه‌ریزی دانشگاه قرار می‌گیرند. توصیه: ♦ در کل دانشگاه برای ۵ مخاطره/ تهدید (داخلی و خارجی) اول برنامه‌ریزی نماید؛ ♦ مخاطره آتش‌سوزی به‌دلیل سنجه جداگانه در اعتباربخشی، جزء ۵ مورد مخاطره قرار نگیرد و در دانشگاه‌هایی که با توجه به منطقه جغرافیایی و اقلیمی در معرض بروز اپیدمی‌ها هستند حتماً اپیدمی‌ها جزء ۵ مخاطره اول دانشگاه قرار گیرد.		
سنجه دو	ارزیابی سالیانه ایمنی مراکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث و پایگاه‌های اورژانس در حوادث و سوانح انجام شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ ملاک ارزش‌یابی		
روش ارزیابی	بررسی مستندات و مصاحبه	تیم ارزیابی مراکز و پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی تشکیل شده است.
۱		



۲	ارزیابی ایمنی مراکز و پایگاه‌ها در حیطه‌های سازه‌ای، غیرسازه‌ای به‌صورت سالیانه انجام می‌شود.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	نتایج ارزیابی‌ها و ترسیم کارنامه ارزیابی‌ها در کارگروه/ شورای سیاست‌گذاری حوادث و بلایا و پدافند غیرعامل تحلیل می‌گردد.	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	برنامه اصلاحی در راستای ارزیابی‌های صورت گرفته تهیه می‌شود.	بررسی مستندات و مصاحبه
اعضاء تیم ارزیابی شامل نمایندگان واحدهای معاونت فنی عملیات، تجهیزات پزشکی، ساختمان، تأسیسات، بهبود کیفیت می‌باشند. ایمنی مراکز و پایگاه‌ها عناصر سازه‌ای، غیرسازه‌ای و عملکردی را دربرمی‌گیرد. حیطه ایمنی سازه‌ای شامل اجزایی است که وزن ساختمان را تحمل می‌کنند مثل ستون‌ها، تیرآهن‌ها، صفحات بتون و سقف‌ها می‌باشد. ♦ حیطه ایمنی غیر سازه‌ای شامل اجزایی از سازمان هستند که در تحمل وزن ساختمان نقش ندارند مانند سیستم‌های حیاتی (الکتریکی، ارتباطی، ذخایر آب، سوخت، گازهای پزشکی)، گرمایش، سرمایش و تهویه هوا، تجهیزات اداری، تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی و اجزای معماری هستند. در مراکز و پایگاه‌ها اجزای غیر سازه‌ای ساختمان مانند تابلوها، کمد‌ها و وسایل و تجهیزات پزشکی/ اداری جهت جلوگیری از سقوط یا پرتاب‌شدن در صورت بروز حوادثی مانند زلزله ثابت شده باشند. ♦ حیطه عملکردی شامل اطلاع کارکنان از برنامه‌های حوادث و فوریت‌ها می‌باشد. شرکت در برنامه‌های آموزشی و تمرین‌ها و به‌کارگیری مهارت در زمان بروز حوادث مدنظر است. برای انجام ارزیابی از چک‌لیست ارزیابی ایمنی پایگاه‌ها استفاده شود. ارائه گزارشات ایمن‌سازی، مقاوم‌سازی مراکز پایگاه‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی و اجرای پروژه‌های بهبود عملکرد مراکز در جلسات کارگروه مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. در راستای ارتقای ایمنی مراکز در مواجهه با انواع مخاطرات و به استناد بند چ ماده ۱۳ قانون مدیریت بحران، توسعه پوشش بیمه‌ای مراکز در برابر انواع مخاطرات طبیعی (مانند سیل، زلزله و رانش زمین) و آتش‌سوزی مدنظر قرار گیرد.		
سنجه سه	نتایج ارزیابی ایمنی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی بررسی و اقدامات اصلاحی برنامه‌ریزی می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ ملاک ارزش‌یابی		
۱	نتایج ارزیابی ایمنی بیمارستان‌ها (FHSI) ^۱ و مراکز بهداشتی درمانی (SARA) ^۲ در کارگروه/ شورای سیاست‌گذاری بررسی می‌شود.	روشن ارزیابی بررسی مستندات و مصاحبه
۲	اولویت‌ها و برنامه‌ریزی اقدامات اصلاحی تعیین می‌شود.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	برنامه‌های اصلاحی اجرا می‌شود.	بررسی مستندات و مصاحبه



توضیحات	ارائه گزارشات ایمن سازی، مقاوم سازی مراکز پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی و اجرای پروژه های بهبود عملکرد مراکز در جلسات کارگروه/شورا مورد بحث و بررسی قرار می گیرد. در راستای ارتقای ایمنی مراکز در مواجهه با انواع مخاطرات و به استناد بند چ ماده ۱۳ قانون مدیریت بحران، توسعه پوشش بیمه ای مراکز در برابر انواع مخاطرات طبیعی (مانند سیل، زلزله و رانش زمین) و آتش سوزی مد نظر قرار گیرد.
سنجه چهار	براساس نتایج ارزیابی خطر اولویت ها مشخص و برنامه جامع مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شده است.
سطح سنجه: ۱	روش ارزیابی
۱	گام اجرایی/ملاک ارزش یابی نقشه خطر دانشگاه براساس مخاطرات/تهدیدات اولویت دار منطقه ای ترسیم شده است.
۲	سناریوهای محلی و برنامه ریزی تمرین مرتبط با آن ها تدوین شده است.
۳	برنامه های جامع مدیریت خطر دانشگاه براساس نقشه خطر تدوین شده است و مورد بازبینی سالانه قرار می گیرند.
۴	برنامه ها به صورت منظم و دوره ای مورد پایش قرار می گیرند.
۵	گزارش پایش دوره ای و ارزیابی برنامه های مدیریت خطر دانشگاه در کارگروه /شورا مورد بررسی قرار می گیرد.
توضیحات	برای تدوین برنامه های مدیریت خطر حوادث و بلایا به سؤالات ذیل باید پاسخ دهیم: شایعترین حوادث تهدیدکننده ما چیست و ما باید در برابر چه حوادثی آماده باشیم؟ (ارزیابی عوامل خطرآفرین/تهدیدات). این حوادث چه تأثیری بر مرکز ما دارد؟ آسیب پذیری ها و میزان مواجهه در برابر آن چیست؟ (ارزیابی خطر). برای مقابله با این تأثیرات چه اقدامات پیش گیرانه ای باید انجام دهیم؟ برای آمادگی و پاسخ در برابر این حوادث چه اقداماتی باید انجام دهیم؟ نقشه خطر شامل برآیند سه عنصر (مخاطره، آسیب پذیری و میزان مواجهه) (افراد در معرض خطر) است. بعد از اولویت بندی مخاطرات، بایستی نقشه های مربوط به آسیب پذیری هر مخاطره و میزان افراد در معرض خطر (جمعیت) مشخص شده قرار گرفتن این نقشه ها بر روی هم (با نرم افزاری مثل GIS) نقشه خطر هر مخاطره را مشخص می نماید. ♦ برنامه های جامع مدیریت خطر باید کل چرخه مدیریت خطر حوادث و سوانح را پوشش دهد و شامل برنامه های پیش گیری و کاهش اثر، آمادگی، پاسخ و بازیابی است.
استاندارد ۳	اقدامات پیش گیرانه برای ایمنی و امنیت زیرساخت های حیاتی و محیط مراکز و پایگاه ها برنامه ریزی و انجام می شود.
سنجه یک	اقدامات پیش گیری و کنترل آتش سوزی در مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه برنامه ریزی و اجرا می شوند.
سطح سنجه: ۱	روش ارزیابی
۱	گام اجرایی/ملاک ارزش یابی مکان های خطرآفرین جهت آتش سوزی و اجرای اقدامات پیش گیرانه* شناسایی شده است.
بررسی مستندات، مشاهده و مصاحبه	



مشاهده	خاموش کننده‌های دستی آتش برای مراکز و پایگاه‌ها** تأمین می‌شود.	۲
مشاهده	سیستم اعلام حریق و دتکتورهای حساس به دود/ حرارت آماده و سالم موجود است.	۳
بررسی مستندات، مشاهده	پایش مداوم سیستم ایمنی حریق از طریق بازرسی‌های دوره‌ای منظم انجام می‌گردد.	۴
بررسی مستندات، مصاحبه	آموزش و تمرین مستمر کارکنان برنامه‌ریزی می‌شود.	۵
* شناسایی مکان‌های خطر آفرین جهت آتش‌سوزی سازمان N.F.P.A مکان‌ها را از نظر پتانسیل خطر آتش‌سوزی و استانداردهای خاموش کننده‌ها به سه دسته کم‌خطر، با خطر متوسط و پرخطر به شرح ذیل تقسیم نموده است: (۱) مکان با خطر کم: مکانی است که تنها مقدار کمی مواد قابل احتراق در محل وجود دارد و در نتیجه آتش‌سوزی کوچکی پیش‌بینی خواهد شد. (۲) مکان با خطر متوسط یا معمولی: مکانی است که میزان مواد قابل احتراق در محل به‌طور متوسط باشد و در نتیجه آتش‌سوزی در حد متوسط قابل پیش‌بینی است. (۳) مکان پرخطر: در این مکان‌ها میزان مواد قابل احتراق موجود در آن نسبتاً زیاد است و در نتیجه آتش‌سوزی قابل توجهی پیش‌بینی می‌شود. مکان‌های پرخطر از جهت رعایت استانداردهای مربوط به پیش‌گیری از آتش‌سوزی، توجه بیشتری را می‌طلبد. اقدامات پیش‌گیرانه شامل تعیین و تهیه امکانات لازم و تجهیزات جهت شناسایی سریع و اطفاء حریق، مشخص کردن مکان‌ها و آموزش به کارکنان جهت رعایت ایمنی در این مکان‌ها می‌باشد. در مناطق پرخطر موارد ذیل رعایت گردد: ♦ تابلو و علائم مشخص کردن این مکان‌ها در مرکز نصب شده است. ♦ مخازن واقع شده در محل‌های سرپوشیده باید دارای تکیه گاه محکم بوده و محل از مواد غیر قابل اشتعال ساخته شده باشد. ♦ جایگاه‌های مخازن سوخت باید کاملاً علامت‌گذاری شده، روشنایی خوب و حصارکشی، نظارت کافی و در صورت امکان هشدار امنیتی داشته باشند، اما در عین حال دسترسی به آن‌ها برای کارکنان مسئول آسان باشد. ♦ وسایل یا مایعات قابل اشتعال در مکان‌های ایمن که به‌صورت اختصاصی برای این مواد در نظر گرفته شده است، ذخیره می‌شوند. ♦ منابع تأمین کننده اکسیژن و مخازن ذخیره آن می‌بایست به علت خطر انفجار خارج از ساختمان قرار داشته باشند. جایگاه باید به آسانی در دسترس بوده و در معرض مخاطرات (سیل، منابع حرارتی و سقوط اشیاء و اجسام معلق در هوا) قرار نداشته باشد. ** تعیین تعداد و نوع خاموش کننده‌های دستی بر حسب موقعیت هر بخش/ واحد و نوع آتش‌سوزی که احتمال وقوع دارد (نوع A, B, C, D و E) نوع و اندازه خاموش کننده‌ها متفاوت است. طبق جدول ذیل از خاموش کننده‌های متفاوتی می‌توان استفاده نمود. در هر واحد که احتمال چند نوع آتش‌سوزی وجود دارد، از دو یا چند نوع کپسول استفاده می‌شود.		توضیحات



نوع حریق	نوع سوخت	خاموش کننده
A	مواد قابل احتراقی که پس از سوختن از خود خاکستر برجای می‌گذارند (مثل کاغذ، چوب، پارچه)	آب
B	مایعات قابل اشتعال یا جامداتی که به‌راحتی قابلیت مایع شدن دارند (مثل الکل، استون، بنزین)	پودر و گاز، CO ₂ و کف
C	گازهای مایع و مایعاتی که به‌راحتی به گاز تبدیل می‌شوند (مثل گاز شهری)	پودر و گاز، CO ₂ و کف
D	فلزات اکسیدشونده (نظیر منیزیم، سدیم، پتاسیم)	پودرهای ویژه
E	وسایل الکتریکی و الکترونیکی	CO ₂

تعداد و نوع خاموش کننده‌های دستی مورد نیاز به تفکیک واحدها و فضاهای مختلف، مشخص شده و با تاریخ معتبر و آماده خاموش کردن آتش، در ارتفاع و محلی با دسترسی آسان و در معرض دید نصب شده‌اند.

- ♦ وسایل اطفای حریق باید نزدیک ورودی و خروجی‌های واحد قرار گیرند.
- ♦ فاصله قرارگیری آتش‌سوز برای حریق جامدات ۲۱ متر و حریق مایعات ۱۵ متر می‌باشد.
- ♦ آتش‌سوز باید به آسانی در دسترس باشند فاصله انتهای کپسول از کف ۱/۲ متر باشد.
- ♦ برنامه‌ریزی آموزشی برای کارکنان جهت اطفاء حریق تدوین و اجرا می‌گردد.
- ♦ راهنمای عملکرد سیستم‌های محافظت از آتش سوزی موجود است و نیز نتایج تعمیر و نگهداری کپسول‌ها و شیرهای آتش‌نشانی ثبت شده است.
- ♦ ثبت نتایج تعمیر و نگهداری (شارژ مجدد) کپسول‌های آتش‌نشانی و شیرهای آتش‌نشانی موجود باشد.
- ♦ نقشه محل قرارگیری شیرهای آتش‌نشانی در چندین محل به ویژه در EOC وجود داشته باشد.
- ♦ در کنار تابلو برق‌های مرکز، کپسول CO₂ قرار گیرد.

* وجود سیستم اعلام حریق و دتکتورها

نوع و حساسیت دتکتورها، با توجه به خطر حریق در هر محل تعیین شود. به همین دلیل لازم است در واحدهای مختلف مرکز براساس صلاحدید کارشناس فنی حریق، انتخاب شود. محدوده حفاظتی دتکتورها بستگی به حساسیت آن و تراکم محصولات حریق دارد، به‌طوری که تعیین محدوده مؤثر آن، براساس توصیه‌های سازنده و با آزمایشات کنترل کیفی صورت می‌پذیرد. دتکتورها باید تابع یکی از استانداردهای معتبر بین‌المللی (مثلاً BS و NFPA) یا استاندارد ملی (ISIRI-3706) باشند.

* پایش مداوم سیستم ایمنی حریق

- ♦ تدوین چک‌لیست و کنترل منظم و دوره‌ای خاموش کننده‌ها انجام شود. این ارزیابی‌ها جهت اطمینان از شارژ و آماده استفاده بودن خاموش کننده‌ها تدوین می‌شود و باید در فواصل زمانی منظم تکمیل می‌شود.
- ♦ تاریخ مصرف وسایل اطفای حریق باید به‌صورت دوره‌ای کنترل شود و نتایج تعمیر و نگهداری (شارژ مجدد) کپسول‌های آتش‌نشانی و شیرهای آتش‌نشانی موجود باشد.
- ♦ تعداد کافی از فایرباکس‌ها سالم در محل وجود داشته باشد و نیز باید اطمینان حاصل نمود که این شیرها دارای منبع دائمی آب برای استفاده حین رخداد آتش سوزی هستند.
- ♦ شلنگ‌ها به شیرهای آتش‌نشانی متصل و از طول کافی برخوردار باشند و دارای منابع آب مخصوص



به خود باشند. ♦ شبکه لوله‌های آب، پمپ‌ها و اجزای فرعی، منحصر به شیرهای آتش‌نشانی باشد و اطمینان حاصل شود که به‌صورت دوره‌ای وجود فشار آب کافی کنترل می‌شود. ♦ نقشه محل قرارگیری شیرهای آتش‌نشانی در چندین محل به ویژه در اتاق عملیات فوریت (EOC) وجود دارد.	
سنگه دو	ایمن‌سازی سطوح و دیوارها در مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی و پایگاه‌های اورژانس برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند.
سطح سنگه: ۱	روش ارزیابی
۱	اصول ایمنی سطوح و دیوارها، پنجره‌ها، کف پوش‌ها، درب‌های ورودی و خروجی و ... در مرکز رعایت شده است.
۲	اقدامات ایمنی جهت پیش‌گیری از سقوط کارکنان انجام شده است.
۳	اقدامات ایمنی در محوطه مرکز فراهم گردیده است.
۴	اصول ایمنی وسایل و تجهیزات پزشکی مرکز و مهار کردن تجهیزات رعایت شده است.
۵	آسانسورها فعال، تحت نظارت‌های مستمر ایمنی و فنی بوده و دارای گواهینامه استاندارد/گواهی ایمنی از اداره کل استاندارد است. (در صورت وجود آسانسور).
۶	بازدیدهای دوره‌ای جهت بررسی ایمنی محیط مرکز انجام شده و اقدامات اصلاحی براساس نتایج آن انجام می‌گردد.
توضیحات	جهت جلوگیری از سقوط اجسام و تجهیزات همه آن‌ها به دیوار ثابت شده‌اند. قفسه داروها، کمد‌ها و کابینت‌ها و تابلوها و قاب‌ها تا حد امکان به‌صورت ایمن و استاندارد به دیوارها فیکس شوند و مهار شوند و حتی‌الامکان از قاب‌ها و تابلوهای مقاوم و سبک استفاده شود. تجهیزات نصب شده روی دیوارها به‌صورت ماهانه توسط واحد تأسیسات بازدید و از استحکام آن‌ها اطمینان حاصل می‌گردد. در بازدیدهای دوره‌ای کلیه قسمت‌های مرکز از لحاظ ایمنی کنترل می‌شوند. خطوط انتقال برق (فشار ضعیف و فشار قوی) در محوطه مرکز شناسائی و حریم آن‌ها مشخص شود. در صورت وجود رمپ در ورودی یا در محوطه مرکز، سطوح آن‌ها مشبک شده تا اصطکاک کافی داشته باشند. راه پله‌ها و رمپ‌ها عاری از موانع یا آیت‌هایی است که می‌توانند سقوط کنند و باعث انسداد مسیر شوند. راه پله‌ها و رمپ‌ها باید نرده‌هایی داشته که بتوانند در حداکثر ظرفیت خود به‌صورت ایمن استفاده شوند پله‌هایشان باید سالم (بدون شکستگی لبه پله) باشد و دارای لبه واضح و مشخص باشند یا لبه‌هایی (جهت جلوگیری از سرخوردن، مشخص شدن حد و ارتفاع پله) برای آن‌ها مشخص شده باشد. در محل‌هایی که رمپ در مجاورت دیوار قرار دارد روی سرتاسر دیوار دستگیره در ارتفاع مناسب نصب شده است. کف ساختمان در مقابل آب مقاوم بوده، لیز نباشد، ترک خوردگی یا لق‌شدگی (به‌خصوص در محل‌های مهم و مکان‌های پررفت‌وآمد) نداشته باشند. کف ساختمان نباید ناهموار یا فرورفته باشد زیرا این موارد منجر به سقوط افراد یا واژگونی برانکارد و تجهیزات می‌شوند. در محل‌های که تعداد زیادی از لوله‌های محافظ، کابل یا کف‌های کاذب وجود دارند، تیم ارزیاب می‌بایست مطمئن شوند که کف برای مقاومت در برابر فشارهای



جانبی زمین لرزه توسط بست‌های جانبی تقویت شده‌اند. مناطق ناهموار یا فرورفتگی که منجر به سقوط افراد یا واژگونی تجهیزات شود باید سریعاً برطرف شود. روشنائی کافی در قسمت‌های مختلف مرکز که نیاز به روشنائی جهت تردد و انجام فعالیت دارند، تأمین شود. راهروهای داخلی مرکز مدیریت حوادث، دیسپچ، اداره ارتباطات، EOC و MCMC باید بزرگ و عاری از موانع برای اطمینان از سهولت حرکت کارکنان باشند.		
سنجه سه	پله فرار با علائم راهنمای واضح، دارای نرده و پلکان در همه طبقات بدون هیچ مانع قابل دسترسی است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
روش ارزیابی		
مشاهده	پله فرار در صورت طبقاتی بودن مرکز پیش‌بینی شده است.	۱
مشاهده	نرده پلکان برای تمام راه‌پله‌ها وجود دارد.	۲
مشاهده	در مسیرهای خروج و پلکان‌های اضطراری مانعی وجود ندارد و مسیر خروج و پلکان‌های اضطراری در تمام اوقات شبانه‌روز باز است.	۳
توضیحات	توجه به نکات ذیل در مسیرهای خروج و پله فرار لازم است: ♦ درب‌های ورودی باید عاری از هر گونه مانع بوده و به اندازه کافی برای عبور افراد و کارکنان در شرایط اضطراری عریض باشند. ♦ توصیه می‌شود درب‌ها به سمت خارج باز شوند تا در صورت هجوم جمعیت مانعی در برابر خروج آن‌ها وجود نداشته باشد. ♦ علائم راهنمایی واضح و از نوع شب‌نما به سمت پله فرار از داخل راهروها تا پله فرار در هر واحد نصب شده باشد. ♦ دسترسی به پلکان‌های خارجی در هر طبقه از طریق درب‌های مقاوم در برابر آتش ضربه و دود بند صورت پذیرد. ♦ کف پاگردها و پلکان‌های خارجی با سازه فلزی باید از نوع ورق فلزی آجدار پوشش داده شود. ♦ نصب روشنایی اضطراری در مسیر پله‌های فرار اضطراری در طراحی نقشه‌های تاسیسات برقی پیش‌بینی شود.	
سنجه چهار	انبارها و سوله‌های تحت پوشش مرکز مدیریت حوادث، با شیوه ایمن مدیریت می‌شوند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
روش ارزیابی		
بررسی مستندات، مشاهده	مکان‌یابی مناسب* جهت سوله‌ها انجام شده است.	۱
مشاهده	فضای انبارها و سوله‌ها استاندارد می‌باشد.	۲
مشاهده	انبارش مستقل مواد شیمیایی و قابل اشتعال اجرا شده است.	۳
مشاهده	نکات ایمنی در انبارش مواد مد نظر قرار گرفته است.	۴
توضیحات	* چک‌لیست پیوست نامه ابلاغی شماره ۱۱۵/۱۵۳۰ مورخ ۱۴۰۰/۰۸/۲۴ * توجه به تجهیزات انبارها و سوله‌ها مطابق با چک‌لیست ابلاغی شماره ۱۱۵/۱۵۳۰/د مورخ ۱۴۰۰/۸/۲۴ و ۱۴۰۰/۴۰/۱۴۰۹۸/د مورخ ۹۶/۱۲/۱۸ صورت پذیرد. رعایت استانداردهای فضای فیزیکی انبار، رعایت ایمنی انبار از نظر سرقت، آتش‌سوزی، نگهداری اقلام فاسد	



شدنی، نگهداری مواد قابل انفجار و اشتعال، چیدن اجناس و کالاها و استفاده از ابزار کار مناسب می‌باشد. سایر موارد قابل توجه شامل: ♦ وجود فرایند ذخیره‌سازی اقلام لوازم و ملزومات فنی موردنیاز در شرایط اضطراری؛ ♦ به‌روزرسانی فهرست کلی و موجودی فعلی اقلام لوازم و ملزومات فنی موردنیاز در شرایط اضطراری و توجه به تاریخ انقضای تجهیزات یکبار مصرف پزشکی و اجناس زمان‌دار؛ ♦ ذخیره کافی لوازم و ملزومات فنی برای ۷۲ ساعت؛ ♦ ذخیره‌سازی اقلام محافظت فردی موردنیاز در شرایط اضطراری برای ۷۲ ساعت و به‌روزرسانی لیست اقلام؛ ♦ ذخیره کافی آب و غذا برای ۷۲ ساعت؛ ♦ رعایت اصول ایمنی و دکتورهای هشداردهنده در فضای خارج از انبار و مجهز به وسایل آتش‌نشانی؛ ♦ استفاده از قفسه‌بندی‌های فلزی مستحکم و غیر قابل اشتعال؛ ♦ استفاده از درب فلزی و فاقد شکاف در انبار؛ ♦ سیم‌کشی توکار برق و از داخل لوله‌های مخصوص ضدضربه و اشتعال؛ ♦ استفاده از کلیدها و پریزها و روشنایی‌های ضدجرقه؛ ♦ چیدمان طبقه‌بندی شده و ایمن از جمله نگهداری مواد سوزاننده و اشتعال‌زا در طبقات پایین؛ ♦ استفاده از علائم هشداردهنده ممنوعیت سیگار و سایر موارد ایمنی؛ ♦ کف انبار صاف و فاقد هرگونه لغزندگی باشد؛ ♦ استحکام کافی و زیرسازی مناسب کف انبار از جهت ایمنی در مقابل آتش‌سوزی و زلزله؛ ♦ روشنایی و تهویه مناسب انبار؛ ♦ وجود جعبه کمک‌های اولیه در انبار؛ ♦ استفاده از نرده محافظ در پشت پنجره‌های انبارها؛ ♦ رعایت نکات نگهداری اجزاء غیرسازه‌ای در هنگام زلزله (مانند قفسه‌ها و ...) و تدوین چک‌لیست براساس دستورالعمل انبارش ایمن و بررسی دوره‌ای آن. توجه: لازم است مواد قابل اشتعال در یک انبار امن خارج از ساختمان مرکز نگهداری شده و محل آن با تصویر گرافیکی یا علائم راهنما مشخص گردد.	
استاندارد ۴ برنامه ارزیابی، نگهداری و راهبری ایمن سیستم‌های الکتریکی تدوین شده و اجرا می‌شود.	
سنجه یک	انرژی الکتریکی مستمر با شرایط ایمن برنامه‌ریزی و تأمین می‌شود.
سطح سنجه: ۱	روش ارزیابی
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
۱	ژنراتور/ ژنراتورهای اصلی برق اضطراری، با تعداد، ظرفیت و کارایی متناسب با شرایط مرکز مدیریت حوادث آماده به کار می‌باشد.
۲	پایش عملکرد و آمادگی ژنراتورهای اصلی و پشتیبان و سامانه‌های برق اضطراری انجام می‌گیرد.
توضیحات	
دستگاه‌های دیزل ژنراتور یکی از مهم‌ترین دستگاه‌های مرکز و پایگاه‌ها می‌باشد. تعمیرات و نگهداری دستگاه مهم بوده و وجود شناسنامه برای دستگاه‌ها، ارزیابی براساس چک‌لیست، ثبت سوابق تعمیراتی در شناسنامه و پیش‌بینی برنامه تعمیرات و نگهداری دستگاه‌ها در دستورالعمل الزامی است. هم‌چنین بررسی روزانه ژنراتورها از نظر عملکرد و ایمنی با استفاده از چک‌لیست و اطمینان از صحت عملکرد دستگاه و	



باطری‌ها، بررسی منابع سوخت، الکتروپمپ گازوئیل و اتصال آن به برق اضطراری، اتصال روشنایی اتاق به برق اضطراری، گرمکن‌ها، ثبت ساعت کارکرد و زمان تعویض روغن و فیلترها، بررسی مایع خنک‌کننده و ضدیخ صورت می‌پذیرد. توصیه: از تأمین ذخیره سوخت به میزان کافی (برای یک هفته) برای عملکرد ژنراتورها اطمینان حاصل می‌شود. توصیه: وجود مسیر مناسب ورودی و خروجی هوا، محل مناسب خروجی دودکش. توصیه: وجود تابلو کنترل، راه‌اندازی و قرارگیری در مدار خودکار (چنج‌اور) با رعایت مسایل ایمنی و حفاظتی. * دستورالعمل تأمین برق ایمن در مؤسسات پزشکی شماره ۴۰۲/۲۶۴۳۸ د مورخ ۹۵/۰۹/۰۳.		
سنجه دو	منابع تغذیه بدون وقفه جریان برق جهت تجهیزات اصلی در مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، تأمین شده و استفاده می‌شوند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	منابع تغذیه بدون وقفه جریان برق (UPS) جهت تجهیزات حیاتی تأمین و استفاده می‌شود.	مصاحبه و مشاهده
۲	به‌صورت منظم و دوره‌ای عملکرد دستگاه UPS و فعال‌شدن دستگاه پس از قطع جریان برق مورد بررسی قرار می‌گیرد.	بررسی مستندات، مصاحبه و مشاهده
توضیحات	اغلب دستگاه‌های حساس و مهم موجود در مراکز باید هنگام قطع برق شهر به طریقی از یک منبع تغذیه دیگر استفاده کنند و به کار خود ادامه دهند. سیستم‌هایی مثل سیستم دیسچ (اداره ارتباطات)، EOC، MCMC که از دیزل ژنراتور و مولد برای تولید برق اضطراری استفاده می‌کنند به دلیل اینکه موتور مکانیکی برای راه‌اندازی نیازمند زمان است، دارای تأخیر در وصل برق اضطراری خواهند بود. UPS یک دستگاه ذخیره‌کننده و تأمین‌کننده برق است که قادر است بدون تأخیر بعد از قطع برق شهر و در عرض چند میلی‌ثانیه برق اضطراری را وصل نمایند. این گونه منابع تغذیه اضطراری که معمولاً انرژی خود را از باتری تأمین می‌کنند. * دستورالعمل تأمین برق ایمن در مؤسسات پزشکی شماره ۴۰۲/۲۶۴۳۸ د مورخ ۹۵/۰۹/۰۳.	
استاندارد ۵	برنامه آمادگی دانشگاه در حوادث با مصدومین انبوه، تدوین شده و براساس آن عمل می‌شود.	
سنجه یک	افزایش ظرفیت دانشگاه در حوزه «ضای فیزیکی» برنامه‌ریزی شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	ظرفیت‌ها و منابع موجود در دانشگاه و سازمان‌های همکار شناسایی شده و اطلاعات آن در EOC دانشگاه در دسترس می‌باشد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۲	برنامه افزایش ظرفیت فضای فیزیکی مراکز ارائه‌دهنده خدمات، در EOC موجود بوده و در زمان بروز حوادث، منطبق با آن مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۳	فضای لازم جهت وسایل امدادی (آمبولانس، پد بالگرد و ...) پیش‌بینی می‌شود.	بررسی مستندات، مصاحبه
۴	EOC بر اجرای برنامه افزایش ظرفیت فضای فیزیکی دانشگاه در زمان بروز حوادث، نظارت کامل دارد.	بررسی مستندات، مصاحبه
توضیحات	یک مرکز در صورتی می‌تواند هنگام وقوع حوادث به ارائه خدمات خود ادامه دهد، که بتواند براساس یک برنامه از پیش تدوین و تمرین شده، ظرفیت خود را افزایش دهد. هر برنامه افزایش ظرفیت شامل سه جزء	



اصلی کارکنان (منابع انسانی)، تجهیزات و امکانات (تخصصی و غیرتخصصی مرکزی) و ساختارها (فضای فیزیکی) می‌باشد. برنامه افزایش ظرفیت مرکز می‌تواند با تکیه بر منابع داخلی مرکز یا استفاده از منابع خارجی در قالب انعقاد تفاهم‌نامه‌هایی با سازمان‌ها، مراکز یا سایر مرکز درمانی نزدیک به محل مرکز جهت استفاده از فضا، منابع انسانی یا تجهیزات باشد. که منجر به تفاهم‌نامه‌ها با سازمان‌ها و سایر مراکز جهت افزایش ظرفیت مرکزی می‌شود. نکته بسیار مهم در استفاده از این فضاها، ایمن بودن آن‌ها برای ارائه خدمات است.		
سنجه دو	افزایش ظرفیت دانشگاه و مرکز مدیریت حوادث در حوزه «نیروی انسانی» برنامه‌ریزی شده است.	
	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی
۱	ظرفیت‌های بالقوه نیروی انسانی مرکز مدیریت حوادث، نظیر افرادی که در یک یا چند تخصص مهارت دارند، کارکنان اضافی و جایگزین و افراد بازنشسته شناسایی شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۲	لیست به‌روزرسانی شده از کارکنان و شماره‌های تماس آن‌ها برای فراخوان در EOC دانشگاه موجود می‌باشد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۳	زمینه مشارکت داوطلبین برای کمک در زمان بروز حوادث فراهم می‌باشد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۴	لیست به‌روزرسانی شده از داوطلبین و سازمان‌های مردم‌نهاد واجد صلاحیت و شماره‌های تماس آن‌ها برای فراخوان از طریق EOC موجود می‌باشد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۵	تفاهم‌نامه با سایر مراکز درمانی، نهادهای سازمان‌های همکار برای افزایش ظرفیت منابع انسانی منعقد شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۶	فرایندی برای بسیج سریع منابع انسانی در سطح دانشگاه تعریف شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
برنامه افزایش ظرفیت منابع انسانی: می‌تواند منابع انسانی موردنیاز را از راه‌های مختلف (کارکنان مرکز، کارکنان مراکز همکار، نیروهای داوطلب و ...) تأمین سازد. توصیه‌ها: ♦ فهرست به‌روزرسانی شده اسامی و اطلاعات تماس کارکنان؛ ♦ فرایند فراخوان کارکنان در شرایط اضطراری و ♦ فرایند جبران خدمات نیروی انسانی در شرایط اضطراری.		
سنجه سه	افزایش ظرفیت دانشگاه و مرکز مدیریت حوادث در حوزه «دارو و تجهیزات پزشکی» برنامه‌ریزی شده است.	
	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی
۱	سیستمی جهت پایش و ثبت منابع و تجهیزات مرکز وجود دارد که حداقل شامل تعداد دستگاه‌های حیاتی و ضروری می‌باشد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۲	فهرستی از موجودی تجهیزات موردنیاز در زمان بروز حوادث و محل استقرار آن‌ها	بررسی مستندات، مصاحبه



مصاحبه	مستند شده است.	
بررسی مستندات، مصاحبه و مشاهده	منابع جایگزین تجهیزات پزشکی و سایر منابع در زمان حوادث پیش‌بینی شده، در دسترس و آماده به کار هستند.	۳
بررسی مستندات، مصاحبه و مشاهده	منابع جایگزین برای سوخت مورد نیاز عملکرد ساختمان‌ها، ژنراتورها و سرویس‌های حمل و نقل ضروری فراهم می‌گردد.	۴
بررسی مستندات، مصاحبه و مشاهده	آمبولانس‌ها، وسایل نقلیه و تجهیزات مورد نیاز برای انتقال بیماران در زمان حوادث پیش‌بینی شده‌اند.	۵
مصاحبه و مشاهده	بیمارستان‌های سیار متناسب با شدت حادثه و وضعیت مرکز پیش‌بینی و فراخوان می‌گردد.	۶
مصاحبه و مشاهده	دارو و تجهیزات حفاظت فردی.	۷
بررسی مستندات، مصاحبه	فرایند تأمین و جایگزینی منابع و تجهیزات مورد نیاز در مرحله پاسخ و بازیابی از طریق دسترسی به انبارها و سوله‌های بحران تدوین شده و اجرایی می‌شود.	۸
بررسی مستندات، مصاحبه	فرایندی برای بسیج سریع منابع اضافی (دارو، تجهیزات و کالاهای) در سطح دانشگاه وجود دارد.	۹
بررسی مستندات، مصاحبه	تفاهم‌نامه‌ها با مراکز خصوصی، نهادهای سازمان‌های همکار برای افزایش ظرفیت تجهیزات، ناوگان حمل و نقل و ... منعقد شده است.	۱۰
برنامه افزایش ظرفیت در حوزه تجهیزات: مرکز برنامه‌ای را برای استفاده از منابع و تجهیزات از انبارهای موجود در مرکز یا از طریق تفاهم‌نامه‌هایی که با مراکز و نهادهای همکار برای تأمین مواد و تجهیزات منعقد ساخته است، تدوین کند. در این برنامه، علاوه بر تأمین نیازهای تخصصی، نحوه تأمین مواد مصرفی و همچنین مواد غذایی نیز مشخص شده است. * مکان نگهداری منابع و تجهیزات می‌تواند سوله‌های بحران یا انبارهای دانشگاه باشد. تجهیزات سوله بحران طی نامه شماره ۴۰۹۸/۴۰۱/د مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۱۸ ابلاغ گردیده است.		توضیحات
سطح سنجه: ۱	تقویت سامانه‌های رصد و پایش، سامانه هشدار اولیه برای مخاطرات اولویت‌دار و تهدیدات پدافندی طراحی و استقرار یافته است.	سنجه چهار
روش ارزش‌یابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات، مصاحبه و مشاهده	هماهنگی‌های لازم با سازمان‌های همکار و پایشگر به عمل می‌آید.	۱
بررسی مستندات، مصاحبه و مشاهده	فرایند اعلام هشدار تدوین شده است.	۲
بررسی مستندات، مصاحبه و مشاهده	فرایند برقراری ارتباط با سایر مراکز و سازمان‌ها در شرایط اضطراری موجود می‌باشد.	۳
مصاحبه	کارکنان واحد EOC از دستورالعمل‌های رصد و پایش و هشدار اولیه مطلع هستند.	۴
بررسی مستندات، مصاحبه	اعلام هشدار در سطح دانشگاه توسط مرکز هدایت عملیات دانشگاه (EOC) و منطبق با دستورالعمل سطح‌بندی صورت می‌گیرد.	۵
* اولین قسمت از برنامه پاسخ به حوادث و سوانح، سامانه هشدار اولیه است و به گونه‌ای عمل می‌کند که آمادگی پاسخ دانشگاه به حادثه را با قابلیت‌های در دسترس به بالاترین سطح برساند و جمعیت در معرض		توضیحات



خطر پیش از مواجهه با حادثه از آن آگاه می‌شوند. EOC فهرست منابع خبری معتبر همراه با شماره تماس با آن‌ها را تدوین نموده و فهرست موارد قابل گزارش به EOC براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت به تمام واحدها ابلاغ نموده است. ۱. کارکنان درخصوص موارد قابل گزارش به EOC دانشگاه و وزارت آموزش‌های لازم را دیده‌اند. ۲. مسئولین EOC فلوچارت نحوه اطلاع‌رسانی و دریافت خبر از مراجع بالاتر براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت تدوین نموده و به اعضای سامانه فرماندهی حادثه ابلاغ می‌نمایند. ۳. اعضای سامانه فرماندهی حادثه درخصوص سامانه هشدار اولیه، سطح‌بندی حوادث و نحوه ارتباط با مراجع بالاتر آموزش‌های لازم را دیده‌اند. ۴. فرم‌های اطلاعات تماس سایر مراکز و سازمان‌ها به‌روز شده است. ۵. فرایند جایگزین ارتباطی شرایط اضطراری برای ارتباط با مراکز تعریف و به‌کارگیری شده است. ۶. وسایل و تجهیزات کافی برای انجام برنامه ارتباطی جایگزین به تعداد و کیفیت مناسب وجود دارد. ۷. سامانه ارتباطی اصلی و جایگزین شرایط اضطراری حداقل ماهی یک بار چک می‌شود. ۸. سامانه هشدار سریع به موقع و مؤثر برای مخاطرات آب و هوای مهم منطقه وجود دارد.		
سنجه پنج	آموزش و تمرین‌های شبیه‌سازی شده حوادث با تدوین سناریو، برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	نیازسنجی جهت آموزش‌های عمومی کلیه کارکنان (بدو ورود و حین خدمت) در زمینه مدیریت خطر حوادث به‌صورت سالیانه و طبق برنامه انجام می‌شود.	روشن ارزیابی بررسی مستندات، مصاحبه
۲	آموزش‌های تخصصی برای کارکنانی که در کنترل حوادث نقش کلیدی دارند، برحسب شرح وظایف و مسئولیت‌های آن‌ها داده می‌شود.	بررسی مستندات، مصاحبه
۳	برای کارکنان بالینی منتخب (تیم) دوره‌های آموزشی تخصصی رفع آلودگی CBRN و نحوه مراقبت از این بیماران برگزار شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۴	برای داوطلبین دوره‌های آموزشی متناسب با نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان برگزار می‌شود.	بررسی مستندات، مصاحبه
۵	جلسات هماهنگی با نهادهای پاسخ به حوادث به‌منظور اجرای تمرین‌های عملیاتی مشترک برگزار می‌شود.	بررسی مستندات، مصاحبه
۶	براساس نتایج ارزیابی خطر و سناریو محتمل حوادث، تمرین دورمیزی حداقل دو بار در سال انجام می‌گیرد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۷	براساس نتایج ارزیابی خطر و سناریو محتمل سوانح تمرین عملیاتی حداقل یک بار در سال انجام می‌گیرد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۸	ارزیابی تمرین‌ها براساس چک‌لیست‌های ابلاغی مدنظر قرار می‌گیرد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۹	نتایج پایش تمرین‌های برگزارشده، نقاط قوت و ضعف و اثربخشی آموزش‌های ارائه‌شده اعلام می‌گردد.	بررسی مستندات، مصاحبه



برگزاری تمرین‌ها به منظور سنجش میزان آمادگی، هماهنگی و تکرار آموخته‌ها برای کسب مهارت و بررسی میزان درستی سیاست‌ها و برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا به کار می‌رود. برای انجام تمرین‌ها نیاز به سناریو است. سناریو متن و داستانی است که در آن وقایعی توصیف می‌شود که به دنبال وقوع حوادث و بلایا باعث اختلال در عملکرد سازمان می‌شود. بهتر است سناریوها براساس نتایج ارزیابی خطر و محتمل‌ترین حادثه تدوین گردند. در سناریو حداقل باید به توصیف ویژگی و آثار حادثه فرضی (نوع، زمان وقوع، ابعاد، پیچیدگی، محدوده، آثار و پیامدهای حادثه و امکانات موجود و روش پاسخ به حادثه) اشاره شده باشد. تمرین‌ها در قالب تمرین‌های دورمیزی و تمرین مشق (دریل) می‌باشد. تمرین دور میزی: افراد اصلی مسئول در انجام یک کار دور هم جمع می‌شوند و به بررسی یک سناریو می‌پردازند. این کار معمولاً برای بررسی برنامه‌ها، سیاست‌ها و روش‌ها به کار می‌رود (ویژه اعضای کارگروه/شورای سیاست‌گذاری حوادث و بلایا و پدافند غیرعامل). تمرین مشق (دریل) طرح هماهنگ و نظارت شده‌ای است که برای بررسی یک فعالیت معین طراحی شده است. به عنوان مثال: - تمرین تریاژ در حوادث با مصدومین انبوه؛ - تمرین فعال‌سازی سامانه مدیریت حوادث و بلایا در مرکز؛ - تمرین فعال‌سازی سامانه هشدار سریع؛ - تمرین استفاده از وسایل حفاظت فردی (PPE) در حوادث شیمیایی، هسته‌ای و بیولوژیکی؛ - تمرین آلودگی‌زدایی مصدومین در حوادث شیمیایی، هسته‌ای و بیولوژیکی؛ - تمرین حفظ ایمنی و امنیت مرکز، کارکنان و بیماران در زمان وقوع حوادث و بلایا و - تمرین تخلیه اضطراری. توصیه‌ها - برای تدوین سناریو از کتاب سناریوهای پایه ملی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در حوادث و بلایا می‌توان استفاده نمود. - در حین برگزاری تمرین لازم است مستندات مربوط به اجرای آن (فیلم، عکس، صورتجلسه و ...) جمع‌آوری و سپس تحلیل شوند. - برای بررسی نقاط قوت و ضعف تمرین لازم است فرد/ افرادی در حین برگزاری تمرین اجرای صحیح آن را منطبق با سناریو کنترل نمایند که می‌تواند با کمک چک‌لیست از قبل طراحی شده این کار انجام شود. - دبیر کمیته موظف به ارائه گزارش از روند برگزاری تمرین و نقاط قوت و ضعف اجرای آن در کمیته می‌باشد. - دستورالعمل مرتبط: نامه ابلاغ برنامه ملی تمرین نظام سلامت در حوادث و بلایا به شماره ۴۰۱/۱۹۷/د مورخ ۹۸/۰۱/۲۶.	توضیحات
برنامه پاسخ دانشگاه در حوادث با مصدومین انبوه، تدوین شده و براساس آن عمل می‌شود.	استاندارد ۶
نحوه فعال‌سازی برنامه پاسخ در زمان حوادث منطبق با سطح حادثه برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.	سنجه یک
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	روش ارزیابی
دستورالعمل «فعال‌سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث» تدوین شده و اعضای سامانه فرماندهی حادثه و کارکنان مرتبط از نحوه فعال‌سازی آگاهی دارند.	۱



۲	فعال سازی سامانه پاسخ به حوادث و سوانح مطابق بخش نامه های ابلاغ شده صورت گرفته است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۴	نحوه ارتباطات مرکز هدایت عملیات دانشگاه (EOC) با مرکز هدایت عملیات وزارت بهداشت براساس NRF و دستورالعمل سطح بندی تعیین شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۵	فرایند فراخوان کارکنان براساس دستورالعمل فعال سازی تدوین و اجرا می شود.	بررسی مستندات، مصاحبه
توضیحات	سطح بندی حوادث طی نامه شماره ۴۰۱/۱۷۲۴/د مورخ ۹۷/۰۵/۱۴ ابلاغ شده است. ♦ دستورالعمل «فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث» تدوین شده و اعضاء سامانه فرماندهی حادثه و کارکنان مرتبط از نحوه فعال سازی آگاهی دارند. ♦ شاخص های شروع پاسخ فوریت و فرد مسئول در مرکز مشخص شده است. ♦ فرایند فراخوان کارکنان براساس سطح فعال سازی انجام می شود. ♦ دستورالعمل مرتبط: نامه ابلاغ چارچوب ملی پاسخ به حوادث (NRF). (ابلاغ چارچوب پاسخ ملی به حوادث به شماره ۱۱۵/۳۷۹۸ مورخ ۹۹/۶/۳۰)	
سنجه دو	فرایندی برای ارزیابی سریع نیازهای سلامت وجود دارد.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزش یابی	روش ارزیابی
۱	فرایندی برای ارزیابی سریع منطقه ای (اطلاعات اولیه حادثه، وضعیت موجود خدمات سلامت و نیاز به منابع) و اطلاع افراد و تیم ها ترسیم شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۲	ارزیابی سریع حوادث با اعزام تیم های چند تخصصی مشترک انجام می شود.	بررسی مستندات، مصاحبه
۳	کارکنان آموزش دیده و تأمین منابع ضروری برای انجام ارزیابی سریع فراهم می باشد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۴	برنامه سریع عملیات مشترک (IAP) براساس گزارش تیم ارزیابی سریع تدوین شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۵	وسایل امدادی از نزدیک ترین واحد عملیات به محل حادثه اعزام می گردد.	بررسی مستندات، مصاحبه
توضیحات	اولین اقدام پس از تأیید خبر وقوع یک حادثه و فراخوان کارکنان ارزیابی سریع می باشد. هدف از آن تأیید وقوع حادثه و بررسی آسیب ها و نیازها می باشد. ماهیت آن یک کار تیمی است و اطلاعات حاصل از ارزیابی سریع در تدوین تهیه برنامه سریع عملیات مشترک استفاده می شوند. هدف از انجام ارزیابی سریع مشترک، صرفه جویی در وقت و منابع است. IAP مکتوبی دینامیک است که در آن اهداف مدیریت پاسخ حادثه و تاکتیک های لازم برای تحقق اهداف بیان می شوند و بسته به تغییرات نیازها و منابع فیلد عملیاتی مورد بازبینی قرار می گیرد. IAP بیان می کند که برای پاسخ به یک حادثه چه اقداماتی توسط چه کسانی و در چه زمانی انجام گردد. مکان تدوین IAP، EOC دانشگاه خواهد بود و مسئول تدوین آن مدیر بخش برنامه ریزی در سامانه فرماندهی حادثه است. زمان تدوین IAP به محض دریافت اولین گزارش وضعیت از منطقه آسیب دیده می باشد که بایستی مورد توجه مسئولین مربوطه قرار گیرد.	



سنجه دو	فرایندی برای ارزیابی سریع نیازهای سلامت وجود دارد.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزش یابی	روش ارزیابی
۱	فرآیندی برای ارزیابی سریع منطقه ای (اطلاعات اولیه حادثه، وضعیت موجود خدمات سلامت و نیاز به منابع) و اطلاع افراد و تیم هاترسیم شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۲	ارزیابی سریع حوادث با اعزام تیم های چند تخصصی مشترک انجام می شود.	بررسی مستندات، مصاحبه
۳	کارکنان آموزش دیده و تأمین منابع ضروری برای انجام ارزیابی سریع فراهم می باشد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۴	برنامه سریع عملیات مشترک (IAP) براساس گزارش تیم ارزیابی سریع تدوین شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۵	وسایل امدادی از نزدیکترین واحد عملیات به محل حادثه اعزام می گردد.	بررسی مستندات، مصاحبه
توضیحات	اولین اقدام پس از تأیید خبر وقوع یک حادثه و فراخوان کارکنان ارزیابی سریع می باشد. هدف از آن تأیید وقوع حادثه و بررسی آسیب ها و نیازها می باشد. ماهیت آن یک کار تیمی است و اطلاعات حاصل از ارزیابی سریع در تدوین تهیه برنامه سریع عملیات مشترک استفاده می شوند. هدف از انجام ارزیابی سریع مشترک، صرفه جویی در وقت و منابع است. IAP (مکتوبی دینامیک است که در آن اهداف مدیریت پاسخ حادثه و تاکتیک های لازم برای تحقق اهداف بیان می شوند و بسته به تغییرات نیازها و منابع فیلد عملیاتی مورد بازبینی قرار می گیرد. IAP بیان می کند که برای پاسخ به یک حادثه چه اقداماتی توسط چه کسانی و در چه زمانی انجام گردد. مکان تدوین IAP، EOC دانشگاه خواهد بود و مسئول تدوین آن مدیر بخش برنامه ریزی در سامانه فرماندهی حادثه است. زمان تدوین IAP به محض دریافت اولین گزارش وضعیت از منطقه آسیب دیده می باشد که بایستی مورد توجه مسئولین مربوطه قرار گیرد.	
سنجه سه	مدیریت مصدومین در حوادث انبوه منطبق با برنامه EOP دانشگاه انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزش یابی	روش ارزیابی
۱	برنامه اورژانس پیش بیمارستانی (برای هدایت، مدیریت در صحنه، انتقال و تخلیه (منطبق با حوادث مصدومین انبوه وجود دارد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۲	سیستم تریاژ در صحنه به صورت استاندارد و منطبق با دستورالعمل مرتبط اجرا می شود.	بررسی مستندات، مصاحبه
۳	انتقال مصدومین به مراکز درمانی با هدایت EOC انجام می گردد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۴	اطمینان از تعیین نحوه پذیرش، شناسایی، تعیین هویت و رهگیری مصدومین و ثبت اطلاعات مصدومین ورودی به مراکز درمانی وجود دارد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۵	فرآیندی برای شناسایی قربانیان و ردگیری افراد گمشده ترسیم شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه



۶	فرایند نحوه انتقال مصدومین به مراکز دیگر یا ترخیص جهت مراقبت در منزل تدوین شده و در EOC موجود است.	بررسی مستندات، مصاحبه
توضیحات	فرایند تریاژ در حوادث با مصدومین انبوه منطبق با کتاب «تریاز بیمارستانی در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه (۱۳۹۸)» انجام گیرد.	
سنجه چهار	مدیریت اطلاعات (جمع آوری، بررسی و تحلیل، انتشار اطلاعات) در زمان بروز حوادث صورت پذیرد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	سیستمی جهت پایش وضعیت مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی و پیش بیمارستانی، که حداقل شامل: تعداد مراکز به تفکیک نوع مرکز، تعداد تخت، نوع وابستگی، ضریب اشغال تخت، جمعیت تحت پوشش منطقه، تعداد ناوگان آمبولانس و جمعیت آسیب پذیر و ... موجود و در دسترس می باشد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۲	پروتکل و خط مشی جهت جمع آوری، مدیریت، تحلیل و انتشار داده های ضروری در شرایط اضطراری وجود دارد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۳	نحوه گزارش دهی و اطلاع رسانی به مسئولین درون و برون سازمانی در سطح محلی / استانی / کشوری براساس NRF تدوین و اجرا می شود.	بررسی مستندات، مصاحبه
۴	مسئولیت و اختیارات مرتبط با مدیریت اطلاعات (براساس شرح وظایف ابلاغی ارشد روابط عمومی در NRF) تعریف و اجرا می شود.	بررسی مستندات، مصاحبه
توضیحات	برای نگهداری و انتقال ایمن گزارش ها و سایر اطلاعات حیاتی، در برنامه پاسخ دانشگاه چه تدابیری اتخاذ شده است. همچنین باید فرایندهایی برای اطمینان از تداوم و یکپارچگی نگهداری گزارش ها، دسترسی به اطلاعات در زمان لازم و ذخیره ایمن اطلاعات محرمانه وجود داشته باشد. توجه ویژه ای باید به امنیت دسترسی به اطلاعات الکترونیکی توسط افراد واجد شرایط مبذول گردد. برخی آمار و گزارشات مانند اطلاعات درمانی معمولاً ارزش قانونی دارند و ممکن است در مسائل قانونی مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین محرمانه بودن اطلاعات بایستی توسط کلیه مسئولین و افراد خصوصاً در فاز پاسخ مورد توجه قرار گیرد. فرایندها و روش های جایگزین برای سیستم های الکترونیکی در شرایط بحران و سوانح باید وجود داشته باشد.	
سنجه پنج	مدیریت کارکنان و داوطلبین در زمان بروز حوادث انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	استخدام و آموزش نیروهای اضافی برطبق نیازهای پیش بینی شده (مانند کارکنان بازنشسته، کارکنان مازاد نظامی، افراد مرتبط دانشگاهی/دانشجویان و افراد داوطلب) انجام می گردد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۲	فرایندی برای تأمین سریع کارکنان مراقبت های سلامت (کارکنان پزشکی داوطلب) دارای گواهینامه کار در شرایط اورژانسی مطابق با سیاست های مرکز و مقامات بهداشتی تدوین شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۳	لیست بروزرسانی شده از داوطلبین واجد صلاحیت و شماره های تماس آنها برای فراخوان، موجود است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۴	برای داوطلبین دوره های آموزشی متناسب با نقش ها و مسئولیت های آنان برگزار می شود.	بررسی مستندات، مصاحبه



۵	بیمه مسئولیت برای داوطلبین پیش‌بینی شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۶	نظارت بر حضور و غیاب کارکنان در حین حوادث صورت می‌گیرد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۷	نحوه نظارت بر عملکرد کارکنان در حین فوریت‌ها تعیین شده است. (به‌طور مثال نظارت مستقیم، مشاوره یا با بازبینی پرونده‌های پزشکی)	بررسی مستندات، مصاحبه
۸	نحوه نظارت بر عملکرد داوطلبین در حین فوریت‌ها تعیین شده است. (به‌طور مثال نظارت مستقیم، مشاوره یا با بازبینی پرونده‌های پزشکی)	بررسی مستندات، مصاحبه
توضیحات	در هنگام وقوع حوادث و سوانح، سازمان‌های مردم‌نهاد و داوطلبین به‌عنوان مجری، کاتالیزور و شریک سازمان‌های دولتی متولی پاسخ عمل می‌کنند تا بتوانند به‌منظور ارائه کالاهای و خدمات به افرادی که به‌دلیل مواجهه با حادثه، تحت تأثیر قرار گرفته‌اند، منابع کافی و لازم را بسیج کنند. داوطلبین و سازمان‌های مردم‌نهاد می‌توانند با ایجاد سطح مقبولیت بالا در جامعه، تأثیر قابل توجهی در به‌حداقل رساندن صدمات اقتصادی، اجتماعی - اخلاقی، جسمی و فیزیولوژیکی به جمعیت متأثر از حوادث داشته باشند. این گروه‌ها و سازمان‌های مردمی می‌توانند، منابع اضافی (مالی، انسانی و مواد و تجهیزات) را به سیستم مدیریت بحران اضافه کنند و با استفاده از امکانات و ظرفیت‌های خود مسئولیت تأمین و توزیع غذا، آموزش، خدمات بهداشتی اولیه و حیاتی، خدمات پیش‌بیمارستانی و تخصصی بیمارستانی و سایر خدمات در راستای تأمین نیازهای افراد تحت تأثیر را در جریان حوادث برعهده گیرند. لذا ضروری است در چارچوب دستورالعمل مشارکت‌های مردمی و براساس الگوی مدیریت بحران جامعه محور نسبت به استفاده بهینه از توان داوطلبان علاقمند به مشارکت در کارکردهای کاهش خطرپذیری و مدیریت سوانح اقدام گردد. مهم‌ترین اقداماتی که در راستای مدیریت داوطلبین باید مورد توجه قرار گیرد عبارتند از: ♦ تعریف فرایند در خواست کمک مردمی و داوطلبین؛ ♦ فهرست داوطلبین آرایه خدمت در شرایط اضطراری؛ ♦ برگزاری جلسات هماهنگی یا آموزش داوطلبان حداقل هر ۳ ماه یک بار و ♦ فرایند نحوه شناسایی افراد داوطلب در شرایط اضطراری. آیین‌نامه مشارکت‌های مردمی و داوطلبین طی نامه شماره ۱۱۵/۴۷۸۶ مورخ ۱۳۹۹/۱۱/۱ ابلاغ گردیده است.	
سنجه شش	مدیریت ارتباطات خطر در زمان حوادث پیش‌بینی و برنامه‌ریزی شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	خطامشی برای اطلاع‌رسانی همگانی در شرایط اضطراری وجود دارد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۲	فرد سخنگو و انجام اطلاع‌رسانی همگانی با هماهنگی فرمانده حادثه تعیین شده است.*	بررسی مستندات، مصاحبه
۳	اطلاعات مرتبط با اقدامات آمادگی، پاسخ، بازتوانی و بازسازی به‌طور منظم به مردم و رسانه در شرایط اضطراری اطلاع داده می‌شود.	بررسی مستندات، مصاحبه



۴	فردمسئول، محتویات و نوع اطلاع‌رسانی را با هماهنگی فرمانده حادثه مرکز انجام می‌دهد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۵	فرایند هماهنگی جهت اطمینان از تداوم اطلاعات تأمین شده توسط ذی‌نفعان به پاسخ‌دهندگان وجود دارد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۶	خط‌مشی جهت ارتباطات اطلاعات خطر توسط ذی‌نفعان به پاسخ‌دهندگان وجود دارد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۷	اطلاع‌رسانی درخصوص خطرات خاص و اقدامات پیش‌گیرانه برای پاسخ‌دهندگان درگیر در عملیات اضطراری انجام شده و به‌طور منظم بروزرسانی می‌گردد.	بررسی مستندات، مصاحبه
توضیحات	* طبق شرح وظایف ابلاغی ارشد روابط عمومی در NRF اطلاع‌رسانی خطر به مردم و کارکنان از ارکان مهم مدیریت بحران است. ازطرفی انتشار خبر حوادث و خطرات احتمالی نباید به‌گونه‌ای باشد تا مردم و کارکنان دچار هراس و وحشت شوند و از طرف دیگر محدودیت خبررسانی نباید منجر به عدم اطلاع مردم از خطرات احتمالی و مواجهه تعداد بیشتر مردم با آن گردد. بر همین اساس نیاز است برنامه اطلاع‌رسانی برای جمع‌آوری مؤثر اطلاعات، تحلیل و جمع‌بندی و انتشار مناسب اخبار از طریق رسانه‌ها تهیه گردد.	
سنجه هفت	جهت ایجاد ایمنی و امنیت در زمان ازدحام مصدومین و مراجعین برنامه‌ریزی و انجام شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	جلسات هماهنگی با سازمان‌های نظامی و انتظامی برگزار شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۲	مسیرهای ورودی و خروجی مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی و محدودیت دسترسی به ساختمانها مشخص شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۳	برنامه‌ریزی جهت کنترل ازدحام مراجعه‌کنندگان صورت می‌گیرد.	بررسی مستندات، مصاحبه
توضیحات	فرایندهایی برای تضمین امنیت کارکنان و مرکز (مثل کنترل اولیه نقاط دسترسی، مناطق تریاژ، سایر مناطق عبور بیماران، ترافیک، پارکینگ، مرکز هماهنگی بحران) در شرایط اضطراری وجود دارد. همچنین این فرایندها اعلام هشدار و پاسخ به تهدیدات امنیتی را نیز در بر می‌گیرد. این تهدیدات ممکن است شامل خشونت و حمله به‌طور مستقیم به خود مرکز یا ناآرامی جامعه در مجاورت مرکز باشد و مرکز، کارکنان و بیماران و عملکرد بیمارستان را تحت تأثیر قرار دهد. کارکنان امنیتی و سایر کارکنان در مناطق کلیدی برای شرایط اضطراری آموزش داده شده‌اند و این فرایندها مورد آزمایش قرار می‌گیرد.	
توجه به ایمنی کارکنان نیز در حین انجام عملیات یکی از موارد مهم در برنامه‌ریزی برای سوانح می‌باشد. با توجه به اینکه اقدامات نظارتی برای اغلب موارد تهدیدکننده در محیط مانند مواد خطرناک توسط واحد بهداشت محیط انجام می‌پذیرد توصیه می‌شود این واحد مسئولیت مدیریت ایمنی عملیات را انجام دهد و در مواردی مانند بحث‌های پزشکی که در تخصص کارشناسان این واحد نمی‌باشد از سایر واحدها مانند اورژانس پیش‌بیمارستانی کمک گرفته شود. این کارکرد درخصوص مخاطرات طبیعی مانند زلزله، سیل و امثالهم نیز کاربرد دارد و باید کارکنان را از آن‌ها ایمن نگاه داشت.		
* براساس وظایف ابلاغی قانون مدیریت بحران سایر دستگاه‌ها		



سطح سنجه: ۱	کارکردهای اختصاصی معاونت‌های بهداشت، درمان و غذا و دارو منطبق با برنامه EOP تدوین گردیده است.	سنجه هشت
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات، مصاحبه	کارکردهای اختصاصی معاونت بهداشت (مدیریت بیماری‌های واگیر و غیر واگیر، بهداشت محیط، تغذیه، حمایت‌های روانی اجتماعی، آموزش سلامت، سلامت خانواده و جمعیت) منطبق با برنامه EOP تدوین گردیده است.	۱
بررسی مستندات، مصاحبه	کارکردهای اختصاصی معاونت درمان (عملیات پاسخ بیمارستانی و خدمات آزمایشگاهی) منطبق با برنامه EOP تدوین گردیده است.	۲
بررسی مستندات، مصاحبه	کارکردهای اختصاصی معاونت غذا و دارو (عملیات پاسخ دارویی) منطبق با برنامه EOP تدوین گردیده است.	۳
		توضیحات
سطح سنجه: ۱	مدیریت اجساد بیماران برنامه‌ریزی شده است.	سنجه نه
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات، مصاحبه	فرایند مدیریت اجساد شامل شناسایی، پذیرش، نگهداری و ترخیص متوفیان از سرد خانه ترسیم شده است.	۱
بررسی مستندات، مصاحبه	برنامه افزایش ظرفیت برای پذیرش اجساد شامل ایجاد سرد خانه موقت، قرارداد با سایر مراکز تدوین شده است.	۲
	منطبق با دستورالعمل EOP.	توضیحات
برنامه بازیابی پس از حوادث و سوانح پیش‌بینی شده و براساس آن عمل می‌شود.		
سنجه یک	بازگشت به وضعیت عادی در دانشگاه منطبق با دستورالعمل‌ها اجرا می‌شود.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات، مصاحبه	فرایند غیرفعال‌سازی سامانه‌ها و بازگشت به وضعیت عادی تبیین شده است.	۱
بررسی مستندات، مصاحبه	فرایندهای برنامه بازیابی تدوین و به واحدهای مرتبط ابلاغ گردیده است.	۲
مرکز دارای یک برنامه بازیابی واحد با درنظرگرفتن تمامی مخاطرات، به‌صورت مستند می‌باشد که طبق فرایند مشخصی، بازبینی و به‌روزرسانی می‌شود و فعالیت‌هایی را که باید برای بازگرداندن عملکرد مرکز به شرایط عادی انجام گیرد را مشخص کرده باشد. برنامه بازیابی باید بتواند موارد زیر را فراهم نماید: تداوم و بازیابی خدمات بیماران، نیازهای بازیابی کارکنان، جایگزینی مجدد ذخایر و تجهیزات. همچنین فرایند اولویت‌بندی ارزیابی و بازسازی اجزای سازه‌ای و غیر سازه‌ای مرکز که در زمان بحران آسیب دیده‌اند طراحی شده باشد. برنامه بازیابی مرکز مثل برنامه پاسخ باید مرتبط با تداوم خدمات مرکز باشد. نکته مهم درخصوص غیر فعال‌سازی اینست که توقف برنامه صرفاً با هماهنگی فرمانده حادثه مرکز با EOC دانشگاه و براساس شرایط و وضعیت حادثه صورت می‌گیرد و از طریق مرکز پیام با کدهای مربوطه اعلام می‌شود. هم‌چنین پس از اتمام عملیات و توقف برنامه، اعضای سامانه فرماندهی حادثه موظف می‌باشند ظرف ۷۲ ساعت، گزارش کاملی از عملیات و فعالیت‌های صورت گرفته، مشکلات و پیشنهادات خود را آماده و به کمیته مدیریت خطر حوادث و سوانحی مرکز ارسال نمایند چنانچه برای بازتوانی کارکنان، برنامه توجیهی		
		توضیحات



لازم باشد، این برنامه اجرا شود. برنامه بازبایی شامل ارزیابی خسارات مرکز و منابع ازدست رفته و جایگزینی آنها، تأمین نیازهای حمایتی بیماران، کارکنان و خانواده‌های آنهاست. فرایندهایی برای ارائه خدمات مربوط به حمایت‌های روانی، برای بیماران، خانواده آن‌ها و کارکنان در شرایط بحران وجود دارد. تیم ارزیاب باید برنامه‌های مربوطه را بازبینی و اطمینان حاصل نمایند که کارکنان آموزش دیده‌اند و مرکز منابع کافی برای اجرای برنامه در اختیار دارد. توصیه‌ها: تعریف فرایند تدوین گزارش آسیب‌های وارده به مرکز و برنامه عملیاتی؛ تعریف فرایند تدوین جبران خسارات به سازه یا لوازم و تجهیزات مرکز؛ تعریف فرایند جایگزینی کارکنان فوت شده یا آسیب‌دیده؛ تعریف فرایند حمایت از کارکنان آسیب‌دیده جسمی؛ تعریف فرایند حمایت روانی - اجتماعی از کارکنان آسیب‌دیده و ایجاد فرصت توسعه مرکز در فاز بازبایی.		
سنجه دو	برآورد خسارات، تلفات و هزینه‌های ناشی از حادثه، ثبت دقیق اطلاعات و مستندسازی هزینه‌های مربوط به حادثه انجام می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	برآورد خسارات، تلفات و هزینه‌های ناشی از حادثه، ثبت دقیق اطلاعات و مستندسازی هزینه‌های مربوط به حادثه انجام می‌شود	روشن ارزیابی بررسی مستندات، مصاحبه
۱	منابع و هزینه‌های لازم برای اجرای برنامه‌های بازبایی مدیریت خطر حوادث و سوانح در سطوح ملی و محلی تخصیص داده شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۳	بخش سلامت‌ساز و کارهای تأمین مالی شامل بازبایی سریع و اثربخش خسارات و آسیب‌ها دارد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۴	برنامه ثبت و ردیابی هزینه‌ها در شرایط اضطرار تدوین شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۵	بر هزینه کرد منابع برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و سوانح نظارت می‌شود.	بررسی مستندات، مصاحبه
توضیحات	ثبت دقیق اطلاعات و مستندسازی هزینه‌های مربوط به حادثه به منظور برآورد خسارات می‌بایست انجام پذیرد. تخصیص منابع لازم صورت پذیرد و ردیابی هزینه‌ها مورد توجه قرار گیرد.	
سنجه دو	برآورد خسارات، تلفات و هزینه‌های ناشی از حادثه، ثبت دقیق اطلاعات و مستندسازی هزینه‌های مربوط به حادثه انجام می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	برآورد خسارات، تلفات و هزینه‌های ناشی از حادثه، ثبت دقیق اطلاعات و مستندسازی هزینه‌های مربوط به حادثه انجام می‌شود	روشن ارزیابی بررسی مستندات، مصاحبه
۱	منابع و هزینه‌های لازم برای اجرای برنامه‌های بازبایی مدیریت خطر حوادث و سوانح در سطوح ملی و محلی تخصیص داده شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۳	بخش سلامت‌ساز و کارهای تأمین مالی شامل بازبایی سریع و اثربخش خسارات و آسیب‌ها دارد.	بررسی مستندات، مصاحبه



۴	برنامه ثبت و ردیابی هزینه‌ها در شرایط اضطرار تدوین شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۵	بر هزینه کرد منابع برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و سوانح نظارت می‌شود.	بررسی مستندات، مصاحبه
توضیحات	ثبت دقیق اطلاعات و مستندسازی هزینه‌های مربوط به حادثه به منظور برآورد خسارات می‌بایست انجام پذیرد. تخصیص منابع لازم صورت پذیرد و ردیابی هزینه‌ها مورد توجه قرار گیرد.	
سنجه سه	نیازهای خدمات حمایتی سلامت جسمی و روانی مصدومین و کارکنان برنامه‌ریزی و تأمین می‌گردد.	سطح سنجه: ۲
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	برنامه ریزی‌های لازم جهت تشویق و حمایت کارکنان نظام سلامت، که در مدیریت حوادث مشارکت نموده‌اند، صورت پذیرفته است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۲	نظام سلامت خدمات افراد مشارکت‌کننده در مدیریت حادثه (کارکنان/داوطلبین) مورد تشویق و حمایت قرار می‌دهد و از آن‌ها حمایت می‌شود.	بررسی مستندات، مصاحبه
۳	بیمه مسئولیت برای کارکنان پیش‌بینی شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۴	برنامه‌هایی برای مراقبت از خانواده کارکنان (مانند مراقبت از اطفال، مراقبت از بیماران و اعضای معلول خانواده) برای افزایش تاب‌آوری کارکنان جهت فراخوان مجدد و انجام ساعات کار طولانی تر ایجاد شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
۵	پایش وضعیت جسمی و روانی کارکنان درگیر در حوادث و سوانح به‌صورت دوره‌ای انجام می‌شود.	بررسی مستندات، مصاحبه
۶	برنامه‌های کوتاه مدت و بلند مدت برای اصلاح آسیب‌های جسمی و روانی کارکنان تدوین و اجرا می‌شود.	بررسی مستندات، مصاحبه
توضیحات		
سنجه چهار	گزارش عملکرد پس از حوادث، بررسی و تحلیل شده و درس آموخته‌ها نیز مستند می‌شود.	سطح سنجه: ۲
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	برنامه ریزی‌های لازم جهت برگزاری جلسات نظام سلامت با سازمان‌های همکار به‌منظور تحلیل حوادث داخلی و خارجی صورت پذیرد.	بررسی مستندات، مصاحبه
۲	نواقص برنامه و اجرای آن تعیین شده، بازنگری برنامه‌ها و اجرای اقدامات اصلاحی براساس آن انجام می‌شود.	بررسی مستندات، مصاحبه
۳	درس آموخته‌ها مستند شده است.	بررسی مستندات، مصاحبه
توضیحات	تحلیل عملکرد می‌تواند منجر به تغییر در برنامه، بازنگری سامانه فرماندهی حادثه، -اصلاح پروتکل‌ها و گایدلاین‌ها و اصلاح سیاست‌ها شود.	

فصل ۳



محور پدافند غیرعامل

برنامه‌های پیش‌گیری و کاهش اثر تهدیدات پدافندی تدوین و اجرا شده است.		استاندارد ۱
سطح سنجه: ۱	ارزیابی آسیب‌پذیری واحدهای کلیدی در حوزه‌های تحت پوشش دانشگاه انجام شده است.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات و مصاحبه	آسیب‌پذیری‌های مرکز هدایت عملیات (EOC) دانشگاه شناسایی شده‌اند.	۱
بررسی مستندات و مصاحبه	آسیب‌پذیری‌های مرکز ارتباطات (تریاز و دیسپچ) شناسایی شده‌اند.	۲
بررسی مستندات و مصاحبه	آسیب‌پذیری‌های مرکز پایش مراقبت‌های درمانی (MCMC) دانشگاه شناسایی شده‌اند.	۳
بررسی مستندات و مصاحبه	آسیب‌پذیری‌های پایگاه اورژانس هوایی شناسایی شده‌اند.	۴
به دستورالعمل نظام فنی و اجرایی پدافند غیرعامل مراکز ثقل کشور مراجعه گردد.		توضیحات
سطح سنجه: ۱	اقدامات پیش‌گیرانه برای ارتقای امنیتی در تهدیدات سایبری، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند.	سنجه دو
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات و مصاحبه	ارزیابی سامانه‌های نرم‌افزارهای در حال استفاده در دانشگاه انجام شده است.	۱



۲	ارزیابی امنیتی تجهیزات سخت افزاری شبکه‌های مورد استفاده در دانشگاه انجام شده است.	بررسی مستندات مصاحبه
۳	فرایند شناسایی، تحلیل و اطلاع‌رسانی تهدیدات سایبری در دانشگاه انجام شده است.	بررسی مستندات مصاحبه
۴	آموزش اصول امنیت سایبری به کارکنان تخصصی مرکز فناوری اطلاعات (IT) دانشگاه ارائه شده است.	بررسی مستندات مصاحبه
۵	خدمات سایبری دانشگاه، توسط شرکت‌های واجد صلاحیت صورت گرفته است.	بررسی مستندات مصاحبه
۶	جهت ارتقای امنیت سایبری، از فایروال و آنتی‌ویروس (بومی) به‌روزرسانی شده استفاده می‌شود.	بررسی مستندات مصاحبه
توضیحات	لیست شرکت‌های دارای صلاحیت پدافند سایبری توسط کمیته پدافند غیرعامل به دانشگاه‌ها/ دانشکده‌ها ابلاغ شده است. شماره ۱۲۵/۸۲ مورخ ۱۴۰۰/۱۲/۲۱؛ سند راهبردی پدافند سایبری کشور ۱۶۰/۱/۵۸۵ مورخ ۱۳۹۴/۰۳/۲۱ و تدوین ملاحظات پدافند غیر عامل در طراحی و ساخت مراکز داده.	
سنجه سه	اقدامات پیش‌گیرانه به‌منظور ارتقای امنیت کالبدی، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند.	
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	برنامه‌های لازم به‌منظور تعریف و کنترل دسترسی‌ها انجام شده است.	مستندات / مصاحبه
۲	تقویت موانع فیزیکی به‌منظور حفاظت از زیرساخت‌های دانشگاه انجام شده است.	مشاهده / مصاحبه
۳	دسترسی افراد غیر مسئول به مرکز ارتباطات (واحد دیسپچ، تریاژ و ...) در دانشگاه تحت کنترل است.	مشاهده / مصاحبه
۴	دسترسی افراد غیر مسئول به مرکز هدایت و پایش مراقبت‌های درمانی (MCMC) در دانشگاه تحت کنترل است.	مشاهده / مصاحبه
۵	دسترسی افراد غیر مسئول به مرکز هدایت عملیات (EOC) در دانشگاه تحت کنترل است.	مشاهده / مصاحبه
توضیحات	تدوین ملاحظات پدافند غیرعامل در طراحی و ساخت مراکز داده (ابلاغی سازمان پدافند غیرعامل کشور)	
سنجه چهار	اقدامات پیش‌گیرانه جهت ارتقای امنیت محل ذخایر استراتژیک (مانند آب، مواد غذایی، دارو، واکسن، خون، فرآورده‌های خونی و سوخت) برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند.	
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	تهیه و تأمین ذخایر استراتژیک از شرکت‌های واجد صلاحیت صورت می‌گیرد.	مشاهده / بررسی مستندات
۲	سطح دسترسی افراد به محل نگهداری ذخایر استراتژیک طبقه‌بندی شده و تحت نظارت می‌باشد.	مشاهده / مصاحبه
۳	پایش مستمر کیفیت ذخایر استراتژیک به‌صورت دوره‌ای انجام می‌شود.	مشاهده / بررسی مستندات
۴	محل نگهداری ذخایر استراتژیک از نظر ایمنی در برابر حریق، قطع برق، فساد مواد و دسترسی جانداران موزی تحت نظارت می‌باشد.	مشاهده / مصاحبه



توضیحات	منبع: کتاب تهدید زیستی و سلامت غذایی - ۱۳۹۰ باربای راسکو به الزامات و ملاحظات پدافند غیرعامل در مراکز بهداشتی - درمانی شهری مراجعه گردد (خانه بهداشت، اورژانس، درمانگاه، مجتمع درمانی، آزمایشگاه‌ها و رادیولوژی)
استاندارد ۲	سازماندهی جهت ارتقای آمادگی در برابر تهدیدات پدافندی انجام شده است.
سنجه یک	افزایش ظرفیت فضای فیزیکی مرتبط با تهدیدات پدافندی صورت گرفته است.
روش ارزیابی	گام اجرایی/مالک ارزشیابی
مشاهده / مصاحبه	۱ چند منظوره سازی فضاهای فیزیکی مورد استفاده در مراکز تحت پوشش دانشگاه صورت گرفته است.
مشاهده / مصاحبه	۲ تأمین فضای آلودگی زدایی اولیه/ثانویه در اورژانس‌های پیش بیمارستانی و بیمارستانی صورت گرفته است.
مشاهده / مصاحبه	۳ فضای مناسب جهت تریاژ بیماران/مصدومین ناشی از حوادث مواد خطرناک (CBRNE) تأمین شده است.
مشاهده / مصاحبه	۴ فضای بستری ایزوله جهت بیماران/مصدومین ناشی از حوادث مواد خطرناک (CBRNE) تأمین شده است.
توضیحات	به دستورالعمل الزامات و ملاحظات پدافند غیرعامل بیمارستان مراجعه گردد. به الزامات و ملاحظات پدافند غیرعامل دانشگاه‌ها، مراکز آموزشی و پژوهشی پزشکی مراجعه شود.
سنجه دو	دارو و تجهیزات مورد نیاز جهت پاسخ به تهدیدات پدافندی تأمین شده است.
روش ارزیابی	گام اجرایی/مالک ارزشیابی
مشاهده / مصاحبه	۱ تجهیزات مورد نیاز جهت شناسایی عوامل شیمیایی/زیستی/پرتویی، تأمین شده است.
مشاهده / مصاحبه	۲ تجهیزات حفاظت فردی (PPE) مورد نیاز کارکنان نظام سلامت، متناسب با نوع تهدید تأمین شده است.
مشاهده / مصاحبه	۳ تجهیزات مورد نیاز جهت آلودگی زدایی بیماران/مصدومین ناشی از حوادث مواد خطرناک (CBRNE) تأمین شده است.
مشاهده / بررسی مستندات	۴ داروهای مورد نیاز جهت خنثی سازی و پاسخ به اثرات سلامتی مواد خطرناک (CBRNE) تأمین شده است.
مشاهده / بررسی مستندات	۵ برنامه ریزی مناسب جهت تأمین خون و فرآورده‌های خونی صورت گرفته است.
مشاهده / مصاحبه	۶ ایمنی و امنیت محل ذخیره خون و فرآورده‌های تأمین و تحت کنترل می‌باشد.
مشاهده / بررسی مستندات	۷ نحوه تأمین واکسن مورد نیاز جهت پیش گیری بیماری‌های ناشی از تهدیدات زیستی مشخص و تفاهم‌نامه مناسب منعقد گردیده است.
مشاهده / مصاحبه	۸ تجهیزات مناسب جهت حفظ زنجیره سرمای واکسن و داروهای یخچالی تهیه شده است.
مشاهده / بررسی مستندات	۹ ارزیابی دوره‌ای تجهیزات، از نظر کیفیت توسط تیم متخصص صورت می‌گیرد.
توضیحات	نظام عملیاتی پدافند زیستی کشور شماره ۱۶۰/۱/۲۱۸۳ مورخ ۱۴۰۰/۰۸/۱۱ تجهیزات ♦ برانکارد ایزوله مصدومین عفونی؛



♦ ونتیلاتور پرتابل؛ ♦ کپسول رفع آلودگی؛ ♦ TLD؛ ♦ دستگاه نمونه بردار عوامل زیستی به روش کشت میکروبی؛ ♦ کیت آشکارسازی عوامل شیمیایی؛ ♦ کیت تشخیص سریع عوامل بیولوژیک؛ ♦ امکانات دوزیمتر پرتویی؛ ♦ کیت حفاظت فردی پیش بیمارستانی و عملیاتی؛ ♦ لباس فشار مثبت زیستی با دید پانوراما؛ ♦ تجهیزات CBRNE؛ ♦ ماسک فیلتردار؛ ♦ دستکش و روکش پوتین و ♦ لباس NBC. داروهای CBRNE ♦ آمپول استنشاقی ایزو آمیل نیتريت: جهت درمان مسمومیت‌های سیانیدی و عوامل خون؛ ♦ آمپول هیدروکسی کوبالامین: جهت درمان مسمومیت با سیانید؛ ♦ آمپول آتروپین سولفات: جهت درمان مسمومیت و آلودگی عواملی نظیر حشره کش‌ها؛ ♦ کامبومیل: جهت درمان مسمومیت با عوامل اعصاب و ارگانوفسفره؛ ♦ آکسومیل: جهت درمان مسمومیت با عوامل اعصاب و ارگانوفسفره؛ ♦ پرالیدوکسیم: جهت درمان مسمومیت با ارگانو فسفره و حشره کش‌ها؛ ♦ پرومیل: حفاظت از پوست در برابر نفوذ عوامل شیمیایی؛ ♦ آترومیل: جهت درمان مسمومیت با عوامل اعصاب؛ ♦ دکومیل: پودر رفع آلودگی لباس و تجهیزات؛ ♦ دکودرم: پودر رفع آلودگی از پوست؛ ♦ شارکول فعال: جهت درمان مسمومیت‌ها و اوور دوز؛ ♦ قرص یدید پتاسیم: حوادث پرتویی؛ ♦ قرص آبی پروس: حوادث پرتویی؛ ♦ قرص سدیم کلرید: مواقع بروز هیپوناترمی نظیر دهیدراسیون؛ ♦ ویال بی کریئات سدیم: مواقع بروز هیپوناترمی نظیر دهیدراسیون و مسمومیت با باریتورات‌ها و سالیسیلات‌ها؛ ♦ ژل کلسیم: محافظت پوست در مقابل سوختگی؛ ♦ قرص سیپروفلوکساسین و قرص لووفلوکساسین: آنتی باکتریال؛ ♦ کپسول داکسی سایکلین: آنتی باکتریال؛ ♦ کپسول ریباورین: آنتی وایرال؛ ♦ کپسول تامی فلو: آنتی وایرال؛ ♦ آمپول دیازپام: آرام بخش و ♦ آمپول اندانسترون: جهت جلوگیری از تهوع و استفراغ با عوامل شیمیایی و پرتوی.	
---	--



سنگه سه	تیم‌های واکنش سریع جهت پاسخ به حوادث CBRNE تشکیل شده است.	سطح سنگه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	تیم پاسخ به حوادث CBRNE براساس دستورالعمل ابلاغی تشکیل شده است.	بررسی مستندات
۲	اعضای تیم پاسخ به حوادث CBRNE براساس شاخص‌های مصوب، انتخاب شده‌اند.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	شرح وظایف اعضای تیم پاسخ به حوادث CBRNE قبل، حین و پس از اعزام تهیه و ابلاغ شده است.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	ابلاغ اعضای تیم پاسخ به حوادث CBRNE توسط مقام مسئول صادر شده است.	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	تجهیزات انفرادی موردنیاز اعضای تیم، تهیه و تحویل شده است.	بررسی مستندات و مصاحبه
۶	بیمه حوادث و مسئولیت حرفه‌ای اعضای تیم به‌روز می‌باشد.	بررسی مستندات و مصاحبه
۷	آموزش‌های لازم جهت افزایش دانش و مهارت عملیاتی اعضای تیم، ارائه شده است.	بررسی مستندات و مصاحبه
۸	نحوه استفاده از دارو، تجهیزات شناسایی و تجهیزات حفاظت فردی به اعضای تیم آموزش داده شده است.	بررسی مستندات و مصاحبه
۹	حداقل یک تمرین (رزمایش) عملیاتی در طول سال، جهت حفظ توانمندی اعضای تیم انجام می‌شود.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	دستورالعمل‌های ابلاغ شده پدافند شیمیایی ♦ شیوه‌نامه تشخیص و درمان مسمومیت با آرسنیک - تابستان ۹۷؛ ♦ شیوه‌نامه تشخیص و درمان عوامل کنترل‌کننده شورش یا اشک‌آور - تابستان ۹۷؛ ♦ شیوه‌نامه برخورد با بیماران آلوده شده به سم ریسین - زمستان ۹۶؛ ♦ شیوه‌نامه برخورد پزشکی با حادثه شیمیایی اسید هیدروفلوریک - مرداد ۹۶؛ ♦ شیوه‌نامه برخورد پزشکی با مسمومیت حاد متانول - پاییز ۹۷؛ ♦ شیوه‌نامه تشخیص و درمان مسمومیت با قارچ‌های سمی خوراکی گروه سیکلو پپتید - بهار ۹۷؛ ♦ شیوه‌نامه تشخیص و درمان مسمومیت با گاز آرسین - پاییز ۹۶؛ ♦ شیوه‌نامه تشخیص و درمان مسمومیت با عامل خردل - زمستان ۹۶؛ ♦ شیوه‌نامه تشخیص و درمان مسمومیت با گاز منو اکسید کربن - شهریور ۹۶؛ ♦ شیوه‌نامه تشخیص و درمان مسمومیت با سدیم فلوئورو استات - زمستان ۹۶؛ ♦ شیوه‌نامه درمان مسمومیت با سیانید و مدیریت پزشکی حوادث دسته جمعی با سم سیانید - پاییز ۹۶؛ ♦ شیوه‌نامه تشخیص و درمان مسمومیت با گاز کلرین - مرداد ۹۶؛ ♦ دستورالعمل‌های ابلاغ شده پدافند پرتوی؛ ♦ دستورالعمل پاسخ پزشکی پیش‌بیمارستانی در حوادث پرتوی و هسته‌ای؛ ♦ دستورالعمل پاسخ پزشکی بیمارستانی مصدومین حوادث پرتوی و ♦ مجموعه راهنمای برنامه‌ریزی، توزیع و مصرف ید پایدار.	



استاندارد ۳		
مدیریت صحیح بیمار/مصدومین متأثر از حوادث CBRNE منطبق بر برنامه پاسخ (EOP) صورت می گیرد.		
سنجه یک	اطلاعات صحیح حادثه، توسط واحد ارتباطات صورت گرفته است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	اطلاعات اولیه حادثه از فرد/ افراد/ منابع تماس گیرنده، دریافت می گردد.	بررسی مستندات / مصاحبه
۲	نزدیک ترین واحد عملیاتی فوریت های پزشکی، به محل حادثه اعزام می شود.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	اطلاعات مؤثق درخصوص حادثه، از اولین تیم حاضر در محل دریافت می شود.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	گزارش اولیه وقوع حادثه، از طریق دیسپچ به مرکز هدایت عملیات (EOC) ارسال می شود.	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	تیم تخصصی پاسخ به حوادث CBRNE با هماهنگی EOC به محل حادثه اعزام می شود.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات: مصوبه نظام مصون سازی و عملیات پدافند شیمیایی کشور شماره ۱۶۰۱۱/۱/۲۱۲۲، مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۱۸.		
سنجه دو	مدیریت صحیح صحنه توسط تیم اعزامی صورت می گیرد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	ارزیابی ایمنی صحنه توسط سرپرست اولین تیم حاضر در صحنه، صورت می گیرد.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	برآورد اولیه مکانیسم آسیب و تعداد بیمار/ان /مصدومین صورت می گیرد.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	درخواست به موقع منابع و کمک از سازمان های همکار و پشتیبان با توجه به نوع حادثه صورت می گیرد.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	گزارش اولیه حادثه به مرکز اعزام جهت آگاه سازی مرکز هدایت عملیات (EOC) ارائه می گردد.	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	منطقه بندی حادثه (داغ، گرم، سرد) جهت ارائه خدمات مناسب صورت می گیرد.	بررسی مستندات و مصاحبه
۶	جانمایی فضا جهت انجام تریاژ بیمار/ان /مصدومین انجام می شود.	بررسی مستندات و مصاحبه
سنجه سه	فعال سازی تیم پاسخ به حوادث CBRNE مطابق با دستورالعمل های ابلاغی اجرا می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	تیم پاسخ به حوادث CBRNE براساس اعلام نیاز محل حادثه و تأیید مدیر EOC، فراخوان می شود.	مستندات / مصاحبه
۲	تیم پاسخ به حوادث CBRNE با تجهیزات انفرادی به محل حادثه اعزام می شود.	مستندات / مصاحبه
۳	تجهیزات و منابع مورد نیاز تیم توسط مرکز هدایت عملیات (EOC) به محل حادثه ارسال می شود.	مستندات / مصاحبه



سطح سنجه: ۱	عملکرد تیم پاسخ به حوادث CBRNE براساس نیازهای موجود در صحنه صورت می گیرد.	سنجه چهار
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش یابی	
بررسی مستندات و مصاحبه	سامانه فرماندهی حادثه ICS توسط سرپرست تیم پاسخ به حوادث CBRNE در محل حادثه مستقر می شود.	۱
بررسی مستندات و مصاحبه	محدودسازی منطقه عملیات با استفاده از نوارهای خطر متناسب با نوع حادثه صورت می گیرد.	۲
بررسی مستندات و مصاحبه	پیش بینی ساز و کار هدایت بیمار از منطقه داغ به منطقه گرم جهت انجام تریاژ و آلودگی زدایی اولیه صورت می گیرد.	۳
بررسی مستندات و مصاحبه	محل آلودگی زدایی اولیه با رعایت ایمنی و حفظ حریم خصوصی، در منطقه گرم مشخص می شود.	۴
بررسی مستندات و مصاحبه	محل تریاژ اولیه با رعایت ایمنی و حفظ حریم خصوصی، در منطقه گرم مشخص می شود.	۵
بررسی مستندات و مصاحبه	اقدامات حیاتی پایه مورد نیاز جهت حفظ جان بیماران/ مصدومین در منطقه گرم انجام می شود.	۶
ساز و کار لازم جهت خدمت رسانی به بیماران CBRNE (تماس با EMS - اعزام از سوی دیسپچ) به محل حادثه وجود دارد. برنامه کشیک آنکالی مدیران و کارشناسان سامانه در دسترس EOC اورژانس قرار دارد و ماهانه بروزرسانی شود. چارت سامانه ICS در معرض دید کارکنان در محل مناسب قرار دارد. تکنسین فوریت های پزشکی آموزش دیده، مورد نیاز جهت امداد رسانی به بیماران حوادث CBRNE وجود دارد. برنامه نوبت کاری تیم واکنش سریع، در محلی مناسب و قابل رویت، بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی تیم واکنش سریع، خارج از لیست نوبت شبانه روزی باشد، برنامه ریزی لازم صورت پذیرد. آمبولانس تجهیز شده و اعزام نیروی متخصص آموزش دیده، متناسب برای خدمت رسانی براساس تعداد و نوع مصدومین پیش بینی شده است (امکانات لازم جهت افزایش ظرفیت پذیرش وجود دارد). زیر ساخت های ایمن سازی تکنسین های فوریت های پزشکی در خصوص آسیب های ناشی از مصدومین (آسیب های پرتویی و شیمیایی و بیولوژیک و...) پیش بینی شده است. پیش بینی اعزام و استقرار اورژانسی تیم های واکنش سریع در صورت وجود تعداد زیادی مصدوم CBRNE. ایجاد نظام های گزارش فوری موارد غیر معمول بیماری های نوپدید توسط اعضای تیم واکنش سریع ملاحظات ویژه در پذیرش مصدومین خاص (سالمندان، زنان باردار و کودکان) و افراد دارای شرایط خاص (افراد معلول و کم توان ذهنی) در نظر گرفته شده است.		
سطح سنجه: ۱	آلودگی زدایی با رعایت ضوابط مربوطه انجام می شود.	سنجه پنج
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش یابی	
مستندات / مصاحبه	تخصیص فیزیکی مناسب جهت آلودگی زدایی براساس تعداد و نوع مصدومین انجام می شود.	۱



۲	زیرساخت مناسب جهت دفع و امحای فاضلاب ناشی از آلودگی‌زدایی پیش‌بینی شده است.	مستندات / مصاحبه
۳	روش مناسب جهت پایش ورود و خروج بیماران / مصدومین به محل آلودگی‌زدایی وجود دارد.	مستندات / مصاحبه
۴	روش آلودگی‌زدایی براساس نوع ماده انتخاب می‌شود.	مستندات / مصاحبه
۵	محل آلودگی‌زدایی بیماران خانم و آقا جهت رعایت حریم خصوص بیماران / مصدومین جداسازی می‌شود.	مستندات / مصاحبه
۶	امکانات مناسب جهت دفع زباله‌های عفونی در منطقه آلودگی‌زدایی پیش‌بینی شده است.	مستندات / مصاحبه
۷	حمایت روانی بیماران / مصدومین در زمان آلودگی‌زدایی انجام می‌شود.	مستندات / مصاحبه
فرایند رفع آلودگی هسته‌ای ♦ خارج کردن لباس‌های رو و شست‌وشوی سریع پوست و موی آلوده، باعث پاکسازی ۹۵٪ آلودگی می‌شود. ♦ محلول هیپوکلریت سدیم ۰/۵ درصد که برای رفع عوامل شیمیایی به کار می‌رود، باعث رفع آلودگی پرتوی نیز می‌شود. ♦ استفاده از محلول هیپوکلریت سدیم ۰/۵ درصد برای شست‌وشوی انواع زخم‌ها. ♦ برای شست‌وشوی چشم‌ها از مقادیر فراوان آب، نرمال سالین یا محلول‌های چشمی توصیه می‌شوند. فرایند رفع آلودگی شیمیایی ♦ خارج کردن لباس‌های آلوده و آلودگی‌زدایی مجدد (شست‌وشوی پوست با آب فراوان). ♦ برای شست‌وشو بهتر است از آب و صابون یا محلول هیپوکلریت سدیم ۰/۵ درصد استفاده شود. ♦ رفع آلودگی چشم‌ها با جریان آب ملایم یا هیپوکلریت سدیم ۰/۵ درصد به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه. ♦ عدم تحریک بیمار به استفراغ (در صورت وجود استفراغ بیمار به سمت جلو یا به پهلو چپ متمایل شود و سر در وضعیت رو به پایین). ♦ رفع آلودگی پرسنل خط اول باید با آب و صابون و برس‌های نرم صورت گرفته و همواره در جهت روبه پایین باشد (از سمت سر به طرف پا). احتیاطات: ♦ اطمینان از رفع آلودگی مناطق چین خورده البسه فراموش نشود. ♦ خروج البسه محافظ همواره از سمت سر به پایین باشد و از خروج آن از سر به شدت اجتناب گردد. ♦ تمامی البسه محافظتی بعد از خروج در کیسه‌های استاندارد پلی اتیلن نگهداری شوند. ♦ آلودگی‌زدایی مصدومین باید بعد از خروج‌شان از مکان آلوده و ورود به دالان آلودگی‌زدایی صورت گیرد. ♦ همه البسه خارج شده (حداقل تا لباس‌های زیر) در کیسه‌های نشاندار استاندارد قرار گیرد. ♦ شست‌وشوی کامل با آب و صابون و خشک کردن بدن صورت گیرد. باید مراقب بود تا از آسیب به پوست بیماران جلوگیری شده و زخم‌های باز پوشانیده شوند. ♦ بدن بیماران برای جلوگیری از شوک ناشی از دست‌دادن حرارت گرم نگاه داشته شده و به سمت منطقه‌ای که درمان‌های طبی اورژانس انجام خواهد گرفت حرکت داده شوند. ♦ پسماندها و زباله‌های واحد رفع آلودگی باید جمع‌آوری و در ظروف مخصوص و جدا از زباله‌های بیمارستانی نگهداری گردند و طبق پروتکل دفع گردد.		



سرنج شش		فرایند انتقال بیماران به مراکز درمانی منطبق با دستورالعمل‌ها انجام می‌گردد.	سطح سرنج: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		روش ارزیابی	
۱	بیماران / مصدومین جهت انتقال به مراکز درمانی از کوری‌دور ایمن به منطقه سرد جابه‌جا می‌شوند.	بررسی مستندات و مصاحبه	
۲	مرکز درمانی مناسب با هماهنگی EOC و MCMC انتخاب می‌شود.	بررسی مستندات و مصاحبه	
۳	اطلاع‌رسانی مناسب به مرکز درمانی جهت آمادگی برای پذیرش بیماران / مصدومین صورت می‌گیرد.	بررسی مستندات و مصاحبه	
۴	پایش علایم حیاتی و مراقبت‌های لازم طبق پروتکل‌های ابلاغی در مسیر انتقال انجام می‌گردد.	بررسی مستندات و مصاحبه	
۵	بیماران / مصدومین به مراکز درمانی تحویل و مستندات‌سازی انجام می‌شود.	بررسی مستندات و مصاحبه	
سرنج هفت		مدیریت اجساد طبق دستورالعمل صورت می‌گیرد.	سطح سرنج: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		روش ارزیابی	
۱	فرایند تشخیص هویت درگذشتگان حادثه انجام می‌شود.	بررسی مستندات و مصاحبه	
۲	ثبت اطلاعات مربوط به آسیب‌های وارده به درگذشتگان انجام می‌شود.	بررسی مستندات و مصاحبه	
۳	درگذشتگان حادثه پس از ثبت مشخصات در پوشش مخصوص قرار داده می‌شوند.	بررسی مستندات و مصاحبه	
توضیحات		اصول بهداشت فردی که باید انجام شود: ♦ دست‌ها پس از انجام کار تا آرنج با آب گرم و صابون شسته و گندزدایی (هالامید یا دکونکس، نانوسیل، الکل، بتادین و ...) شود. ♦ استحمام پس از پایان شیفت کاری و استفاده از وسایل حفاظت فردی (لباس، عینک، ماسک و ...) مناسب صورت پذیرد.	
استاندارد ۴		برنامه بازیابی سامانه مدیریت حادثه طبق دستورالعمل اجرا می‌شود.	سطح سرنج: ۱
سرنج یک		فرایند بازگشت به وضعیت بهتر از قبل منطبق با دستورالعمل‌های ابلاغی اجرا می‌شود.	روش ارزیابی
۱	مواد مناسب جهت آلودگی‌زدایی تجهیزات و آمبولانس تهیه شده است.	مشاهده	
۲	مکان مناسب جهت آلودگی‌زدایی تجهیزات و آمبولانس تأمین شده است.	مشاهده	
۳	آلودگی‌زدایی <u>تجهیزات</u> پس از اتمام مأموریت انجام می‌شود.	بررسی مستندات، مصاحبه / مشاهده	
۴	آلودگی‌زدایی <u>آمبولانس</u> حمل بیماران آلوده پس از اتمام مأموریت انجام می‌شود.	بررسی مستندات، مصاحبه / مشاهده	
۵	فضا و امکانات موردنیاز جهت آلودگی‌زدایی اعضای تیم پاسخ تأمین شده است.	مشاهده	
۶	آلودگی‌زدایی اعضای تیم پاسخ دارای مواجهه، پس از اتمام مأموریت انجام می‌شود.	مصاحبه / مشاهده	



سنجه دو		ارزیابی و برآورد خسارت‌های ناشی از حادثه انجام می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی			
۱	برآورد و ثبت خسارات مالی ناشی از حادثه انجام می‌شود.	بررسی مستندات	روش ارزیابی
۲	ثبت هزینه‌های حادثه و فرآیند پاسخ طبق دستورالعمل انجام می‌شود.	بررسی مستندات	
۳	برآورد خسارت وارد شده به تجهیزات، آمبولانس و امکانات بیمارستانی انجام می‌شود.	بررسی مستندات	
سنجه سه		نیازهای حمایتی کارکنان (مالی، جسمی و روانی) بلافاصله پس از شروع عملیات پاسخ و منطبق بر برنامه بازیابی سریع اجرا می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی			
۱	حمایت روانی تیم واکنش سریع بعد از حادثه.	بررسی مستندات و مصاحبه	روش ارزیابی
۲	حمایت مالی تیم واکنش سریع بعد از حادثه و ارائه مزایای ویژه برای تک تک اعضای تیم.	بررسی مستندات و مصاحبه	
۳	درمان و حمایت جسمی اعضای تیم واکنش سریع در صورت بروز تلفات و صدمات جانی.	بررسی مستندات و مصاحبه	
۴	پایش مستمر کارکنان دارای مواجهه با مواد خطرناک از نظر عوارض سلامتی انجام می‌شود.	بررسی مستندات و مصاحبه	
سنجه چهار		فرآیند غیرفعال‌سازی عملیات پاسخ منطبق بر برنامه بازیابی صورت می‌گیرد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی			
۱	فرآیند غیرفعال‌سازی سامانه‌ها و بازگشت به وضعیت عادی تبیین شده است.	بررسی مستندات و مصاحبه	روش ارزیابی
۲	برنامه بازیابی و جایگزینی مجدد منابع و تجهیزات اجرا می‌شود.	بررسی مستندات و مصاحبه	
۳	اجزای سازه‌ای و غیرسازه‌ای آسیب‌دیده در تهدیدات پدافندی ارزیابی و جهت بازیابی مشخص می‌شوند.	بررسی مستندات و مصاحبه	
سنجه پنج		تدوین درس آموخته‌های مدیریت حوادث و تهدیدات براساس واقعیت‌های موجود صورت می‌گیرند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی			
۱	ارزیابی و بررسی عملکرد فرایند مدیریت تهدیدات انجام می‌شود.	بررسی مستندات و مصاحبه	روش ارزیابی
۲	نقاط ضعف و قوت فرایند مدیریت تهدیدات شناسایی می‌شود.	بررسی مستندات و مصاحبه	
۳	برنامه‌های اصلاحی در راستای ارتقای عملکرد فرایند مدیریت تهدیدات تدوین می‌شود.	بررسی مستندات و مصاحبه	
۴	درس آموخته‌های فرایند مدیریت تهدیدات جهت انتقال تجربه نگاشته می‌شود.	بررسی مستندات و مصاحبه	

فصل ۴



بهبود کیفیت و ایمنی

فرآیندهای و شاخص‌های مرکز شناسایی، پایش و به‌صورت مستمر مدیریت می‌شود.		استاندارد ۱
سطح سنجه: ۱	فرآیندهای اصلی مرکز شناسایی، تصویب، بازنگری و ابلاغ شده است و در واحدهای مرتبط، کارکنان از آن‌ها آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات	شناسایی و مکتوب کردن فرایندهای اصلی.	۱
بررسی مستندات	تدوین شناسنامه فرایندها.	۲
بررسی مستندات	تصویب و ابلاغ فرایندها.	۳
بررسی مستندات و مصاحبه	دسترسی و آگاهی کارکنان به فرایندها.	۴
فرایند مجموعه‌ای از فعالیت‌های متوالی و مرتبط به‌هم است که برای تولید محصول یا ارائه خدمت یا دستیابی به نتایج برنامه‌ریزی شده انجام می‌گیرد. فرایند بایستی شروع و خاتمه مشخص داشته و ضمن تعریف ورودی‌ها و خروجی‌ها و تعیین متولی و صاحبان فرایند، ساختار شفاف برای عملکرد ارائه نماید. اجزا فرایند شامل ورودی‌ها، خروجی‌ها، منابع، متولی فرایند و صاحبان فرایند می‌شود. هر یک از گام‌های فرایندهای اصلی می‌تواند شامل یک یا چند فرایند فرعی باشد. فرایندها می‌توانند به‌صورت فلوچارت یا نگارش انشایی (الگوریتم) تدوین شوند.		توضیحات



فلوچارت یا نقشه فرآیند یا نمودار فرآیند کار: نموداری است که توالی مراحل که در یک فرآیند برای اجرای کار درست انجام می شود را نشان می دهد. از طریق مشاهده فلوچارت می توان تصویری کلی از فرآیند به دست آورد و فهمید که یک فرآیند چگونه کار می کند و مشکلات کیفیتی در کجا روی می دهد. طراحی شماتیک فلوچارت: برای ایجاد ادبیات مشترک بین افراد و فهم فلوچارت ترسیم شده از اشکال هندسی قراردادی استفاده می شود؛ بیضی (شروع و پایان فرآیند)، مستطیل (انجام یک فعالیت)، لوزی (نشان دادن یک تصمیم گیری) و از علامت فلش برای نشان دادن مسیر جریان فرآیند استفاده می شود. نگارش انشائی (الگوریتم): هر دستورالعملی که مراحل انجام کاری را با زبانی دقیق و با جزئیات کافی بیان نماید به طوری که ترتیب مراحل و شروع و خاتمه عملیات در آن کاملاً مشخص شده باشد. * فرآیندهای عملیات اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ۱۱۵/۱۱۸۰ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹ ابلاغ شده است.		
سنجه دو	شاخص های عملکردی ستادی و عملیاتی بر مبنای اصول SPC تدوین شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	مسئول بهبود کیفیت، مسئول آمار و مسئولین اورژانس شهرستان دوره SPC را گذرانده اند.	بررسی مستندات
۲	تهیه فهرست شاخص های مدیریتی و عملیاتی، تعیین اولویت.	بررسی مستندات
۳	تدوین شناسنامه شاخص ها.	بررسی مستندات
۴	اندازه گیری شاخص ها در بازه زمانی معین.	بررسی مستندات
۵	نظارت بر روند اندازه گیری و پایش شاخص ها.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	تحلیل داده بر مبنای اصول SPC برنامه بهبود کیفیت می بایست انجام گردد. سازمان مانند یک سیستم است. برای سنجش عملکرد یک سازمان می بایستی برای هر یک از اجزاء سیستم یک سری شاخص تعریف نمود که این شاخص های برای اندازه گیری میزان دستیابی به آرمان ها یا اهداف از قبل تعیین کننده در یک سازمان مورد استفاده قرار می گیرد. شاخص های سنجش فرآیندها می توانند به صورت شاخص های ساختاری، فرآیندی یا پیامدی باشند. شاخص های ساختاری یا درون دای: آنچه به عنوان زیرساخت ضروری برای فعالیت مطلوب و ارتقای سلامت مطرح است که شامل منابع نیروی انسانی، منابع تجهیزاتی، منابع مالی ... و خواهد بود و بدون آن ها امکان طراحی و اجرای برنامه ها و تأمین اهداف وجود ندارد، در این گروه از شاخص ها جای می گیرد. تعداد تماس ها با ۱۱۵، تعداد آمبولانس فعال و پشتیبان، تعداد کارکنان دیسپچ و پایگاه ها و ... شاخص های فرآیندی: برای پایش فعالیت های در حال اجرا استفاده می شود و نحوه ارائه خدمات، روش ها و برنامه هایی که برای دستیابی به اهداف سازمانی به کار گرفته شود را پایش می کند. شاخص های میانگین زمانی، اغلب شاخص های فرآیندی هستند. میانگین زمانی رسیدن بر بالین بیمار در مأموریت شهری/ جاده ای، مدت زمان توقف آمبولانس در بیمارستان. شاخص های پیامدی: شاخص هایی که نتایج فعالیت ها را نشان می دهد. شاخص های رضایت مندی و ایمنی	



	بیمار حداقل شامل میزان رضایت‌مندی بیماران، میزان CPR موفق، درصد پوشش سکتة مغزی اورژانس (کد سما ۷۲۴)، درصد پوشش سکتة قلبی اورژانس (کد ۲۴۷)، میزان پوشش بالگرد، درصد تماس‌های منجر به اعزام، درصد اخذ امضاء تعیین نوع شاخص‌ها برای هر فرآیند به وضعیت موجود سازمان، مطالبات سازمان‌های بالادستی، هدف از ارتقای فرآیند و ... بستگی دارد و می‌تواند برای هر فرآیند از سه نوع شاخص هم باشد. نکته مهم در تدوین شاخص‌ها این است که باید توازن بین شاخص‌های ساختاری، فرآیندی یا پیامدی در سازمان وجود داشته باشد. البته مفهوم توازن از منظر تعداد شاخص‌ها نیست بلکه منظور توجه به توازن در تعیین شاخص‌ها در هر سه حیطه ساختاری، فرآیندی و پیامدی است. به نحوی که مرکز صرفاً بر یک حیطه متمرکز نشود. شناسنامه شاخص: برای یکسان‌سازی مفاهیم و کسب اطلاعات دقیق لازم است برای هر شاخص شناسنامه تدوین شود که حداقل در آن نوع شاخص، نحوه اندازه‌گیری، بازه زمانی اندازه‌گیری، فرد مسئول جمع‌آوری شاخص، نحوه گزارش‌دهی واحدهای مرتبط مشخص شده باشد. در شناسنامه شاخص مسئول پایش و اندازه‌گیری شاخص معرفی می‌شود. برای اینکه کیفیت خدمات ارائه شده در تمامی ابعاد بررسی شود توصیه می‌شود، حداقل شاخص‌های عملکردی در حیطه‌های ذیل تدوین شود. ♦ ایمنی: میزان خطاهای که منجر به حادثه ناگوار، صدمات و ... برای بیمار می‌شود مانند تعداد نیدل استیک گزارش شده. ♦ به‌موقع‌بودن خدمات: انجام خدمات در زمان مناسب مانند بررسی زمان‌ها (نظیر متوسط زمان ماندگاری آمبولانس در بیمارستان). ♦ اثربخشی: انجام خدمات مؤثر مبتنی بر شواهد معتبر مانند میزان CPR موفق. ♦ عدالت: انجام خدمات به بیماران بدون توجه به جنسیت، نژاد، سن، قومیت و ... متناسب با نوع و شدت نیازهای ایشان مانند تعداد پایگاه‌های افزایش یافته. ♦ بیمارمحوری: میزان رضایت‌مندی بیمار از نحوه ارائه خدمات مانند میزان رضایت‌مندی گیرنده خدمت ایمنی: میزان خطاهای که منجر به حادثه ناگوار، صدمات و ... برای بیمار می‌شود مانند تعداد نیدل استیک گزارش شده. ♦ به‌موقع‌بودن خدمات: انجام خدمات در زمان مناسب مانند بررسی زمان‌ها (نظیر متوسط زمان ماندگاری آمبولانس در بیمارستان). ♦ اثربخشی: انجام خدمات مؤثر مبتنی بر شواهد معتبر مانند میزان CPR موفق. ♦ عدالت: انجام خدمات به بیماران بدون توجه به جنسیت، نژاد، سن، قومیت و ... متناسب با نوع و شدت نیازهای ایشان مانند تعداد پایگاه‌های افزایش یافته. ♦ بیمارمحوری: میزان رضایت‌مندی بیمار از نحوه ارائه خدمات مانند میزان رضایت‌مندی گیرنده خدمت.	
سطح سنجه: ۱	نتایج حاصل از پایش شاخص‌های مدیریتی و عملکردی تحلیل و در صورت لازم اقدام اصلاحی انجام می‌شود.	سنجه سه
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات	گزارش نتایج شاخص / شاخص‌های برنامه‌ای به کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط مسئول مربوط بر مبنای اصول SPC*.	۱



۲	بررسی و تحلیل نتایج شاخص / شاخص‌های برنامه‌ای در جلسات کمیته پایش و سنجش کیفیت.	بررسی مستندات
۳	تهیه گزارش تحلیلی نتایج شاخص / شاخص‌های برنامه‌ای و در صورت لزوم پیشنهادات اصلاحی با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت.	بررسی مستندات
۴	برنامه‌ریزی تیم مدیریت جهت انجام اقدامات اصلاحی جهت بازنگری برنامه و به‌منظور تحقق اهداف آن.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	صاحبان فرآیند و در صورت ضرورت برنامه بهبود کیفیت به‌منظور رفع موانع پیشرفت برنامه توسط تیم مدیریت اجرایی، تدوین و ابلاغ می‌شود.	
استاندارد ۲	عملکرد تیم مدیریتی بیانگر تعهد به اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار است.	
سنجه یک	مشکلات جاری و فرصت‌های بهبود، شناسایی و اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت مرتبط اجرا می‌شود.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی	
۱	شناسایی مشکلات و فرصت‌های بهبود توسط مسئولان پایگاه / واحدها با همکاری کارکنان مرتبط.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	الویت‌بندی مشکلات و فرصت‌های بهبود و برنامه‌ریزی برای اقدام اصلاحی توسط مسئولان پایگاه / واحدها با همکاری کارکنان مرتبط.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	جمع‌آوری ایده‌های مناسب برای فرصت‌های بهبود پیش‌بینی شده و انتخاب ایده‌های کاربردی برای اجرا.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	اجرای ایده‌ها و ارزیابی مؤثر بودن آن‌ها و در صورت نیاز ارائه پیشنهادات و اقدامات اصلاحی یا برنامه‌های بهبود.	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	بررسی مجدد اثربخشی اقدام اصلاحی توسط مسئول واحد / بخش در بازه زمانی معین.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	اقدام اصلاحی مستقیم زمانی مورد انتظار است که مسئول پایگاه / واحد بدون نیاز به منابع برون‌بخشی صرفاً یک مشکل فرآیندی را بازبینی و حل مشکل می‌نماید. برنامه بهبود مستندات است که برای دستیابی به اهداف کیفیتی معین و به‌صورت یک برنامه اجرایی با فعالیت‌ها، زمان‌بندی، منابع و مجریان مشخص طراحی و تدوین می‌شود. همچنین مانند برنامه عملیاتی باید پایش و ارزیابی شود تا اطمینان حاصل شود که مرکز به اهداف تعیین شده دست پیدا کرده است. برنامه بهبود کیفیت در پایگاه‌ها / واحدها زمانی تدوین خواهد شد که حل مشکلات مطرح شده نیاز به منابع انسانی مالی و تجهیزاتی دارد و با اجرای اقدامات اصلاحی توسط مسئول بخش امکان رفع مشکل وجود نداشته باشد. برنامه بهبود کیفیت با مشارکت مسئول / مسئولین مرتبط و همکاری واحد بهبود کیفیت تدوین به تصویب تیم مدیریت اجرایی می‌رسد. تعداد برنامه‌های بهبود ملاک امتیازدهی نیست. بلکه نحوه شناسایی و حل مشکلات پایگاه‌ها / واحدها حائز اهمیت است.	



فرصت بهبود عبارت است از هر وضعیت، موقعیت و شرایطی که امکان ایجاد ارزش/ منفعت/ بهبود برای سازمان داشته باشد. این فرصت می‌تواند با اضافه‌شدن ایده مناسب یا منابع لازم تبدیل به ارزش/ منفعت/ بهبود گردد. برای اینکه بتوان از فرصت‌های بهبود پیش آمده استفاده بهینه کرد، لازم است در ابتدا این فرصت‌ها را شناسایی نمود و سپس با طراحی و ارائه ایده‌های کاربردی یا برنامه‌های اجرایی، آن را به یک بهبود بالفعل در سیستم/ سازمان تبدیل نمود. ضروری است سوابق مربوط به شناسایی مشکلات، فرصت‌های بهبود و ایده‌های کاربردی اجرا شده و نتایج اجرا به صورت جمع‌بندی شده نگهداری شود. چرا که درس از گذشته یکی از شیوه‌های مهم و اثربخش در مدیریت چالش‌های تجربه شده است.	
سنجه دو	اقدامات برنامه‌ریزی شده‌ای برای پیش‌گیری از خطاهای پزشکی اجرا می‌شود
	سطح سنجه: ۱
	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی «ارزیابی پیش‌گیرانه خطاهای پزشکی».
۲	شناسایی فرآیندهای پرخطر در مرکز.
۳	تحلیل ارزیابی خطر، اولویت‌بندی خطرات.
۴	انجام مداخلات اصلاحی برای حذف کاهش خطرات.
برای ارزیابی پیش‌گیرانه خطر روش‌های HFMEA / FMEA / 3Rs توصیه می‌شوند. روش ارزیابی احتمال خطر 3Rs شامل شناسایی احتمال خطرات، تحلیل احتمال خطرات، تعیین مداخلات متناسب برای حذف/کنترل احتمال خطرات است. لازم به ذکر است پایش مستمر نتایج حاصله برعهده مسئول مربوط و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می‌نماید.	
سنجه سه	وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت، شناسایی و مدیریت می‌شوند.
	سطح سنجه: ۱
	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی نحوه گزارش وقایع ناخواسته.
۲	اقدامات مربوط به ترویج فرهنگ ایمنی به منظور افزایش گزارش‌دهی وقایع ناخواسته.
۳	بررسی و تحلیل مستمر نتایج و روند گزارش‌دهی وقایع ناخواسته، تحلیل علل ریشه‌ای وقایع ناخواسته.
۴	طراحی و اجرای برنامه/مداخلات اصلاحی جهت جلوگیری از رخداد وقایع مشابه.
۵	اطلاع‌رسانی/ بازخورد اقدامات اصلاحی به گزارش‌کنندگان.
۶	به مشارکت گذاشتن درس‌های آموخته‌شده با سایر کارکنان پایگاه‌ها.



مهم‌ترین گام در مدیریت خطاهای پزشکی، گزارش به موقع و جامع خطا، تحلیل ریشه‌ای و انجام اقدامات پیش‌گیرانه در بروز مجدد خطا است. در مواردی به دلیل ترس از سرزنش و تنبیه، خطاهای پزشکی گزارش نمی‌شود. این روش اجرایی به منظور شناسایی و رفع موانع گزارش خطا و پیش‌بینی مدبرانه راه‌های جایگزین برای ترقیب کارکنان به گزارش خطاهای پزشکی است. قطعاً منظور از این روش تشویق کارکنان خاکی نیست، بلکه با توجه به شرایط فرهنگی و بومی هر مرکز بایستی شیوه‌های اخذ گزارش بدون ترس از تنبیه را طراحی و اجرا نمود. به عنوان مثال حمایت حقوقی مرکز از کارکنانی که خطای پزشکی خود را گزارش می‌نمایند یا ایجاد صندوق گزارش خطاهای با فرم‌های معین و بدون نام در هر بخش و بسیاری از روش‌های خلاقانه دیگر می‌تواند موانع را برطرف و پیش از تکرار، از بروز مجدد خطا پیش‌گیری به عمل آید.

و آگاهی، نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش وقایع ناخواسته طبق دستورالعمل روش‌های مختلف برای شناسایی وقایع ناخواسته شامل: (۱) دریافت گزارش (۲) شکایات واصله (۳) دریافت گزارش بازدیدها و ممیزی‌ها و گزارش‌های نظارتی (۴) بررسی پرونده (۵) بررسی کنترل کیفی تماس‌ها و (۶) سایر روش‌های بومی در مرکز.

مدیریت با اتخاذ رویکرد عاری از سرزنش نابه‌جا منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ منصفانه گزارش‌دهی وقایع ناخواسته درمان را ترویج می‌نماید. در فرهنگ منصفانه، این موضوع درک می‌گردد که کارکنان حرفه‌ای واجد صلاحیت ممکن است دچار اشتباه شوند و حتی ممکن است رفتارهای متفاوت با هنجارهای سازمانی از خود بروز دهند ولی بی‌مبالاتی‌ها قابل پذیرش و تحمل نیست.

نکاتی مهم در زمینه گزارش وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت:

تیم مدیریت پایبندی خود به رویکرد عاری از سرزنش نابه‌جا منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار در قبال گزارش‌دهندگان و رعایت محرمانگی را به کلیه کارکنان ابلاغ نموده است.

گزارش‌ها از نظر روند گزارش‌دهی اعم از کیفیت و کمیت گزارش‌های واصله به تفکیک واحد، رسته شغلی دسته‌بندی محرمانه شده در ارتقای گزارش‌دهی مورد بهره‌برداری قرار گیرند.

درس‌گیری از وقایع رخ داده و استفاده از آن‌ها به عنوان شواهد در برنامه‌ریزی و بازنگری برنامه‌ها و فرایندها جزئی از فرهنگ جاری سازمانی است.

استفاده از وقایع رخ داده به عنوان درس از گذشته به عنوان شواهد در برنامه‌ریزی و بازنگری برنامه‌ها و فرایندها بدیهی است تمامی موارد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت بایستی در سطح مرکز حوادث شناسایی، پیش‌گیری و مدیریت شوند. طراحی و اجرای برنامه / مداخلات اصلاحی به منظور جلوگیری از رخداد وقایع مشابه به دو شکل ذیل است.

- ♦ مداخلات / اقدامات اصلاحی موردی به تفکیک وقایع ناخواسته رخ داده و
- ♦ مداخلات / اقدامات اصلاحی موضوعی به تفکیک نوع واقعه، رسته شغلی و مانند آن درخصوص وقایع تکرارشونده مشابه یا با احتمال بروز مجدد بالا.

توجه: در صورتی که خطایی منجر به مرگ گردد یا عوارض پایدار و نیز تکرارپذیر باشد می‌بایست تحلیل ریشه‌ای (RCA) صورت گیرد.

ارزیابی پیش‌گیرانه خطای پزشکی به معنی ارزیابی خطا نمی‌باشد چراکه قبل از بروز خطا، عوامل زمینه‌ساز خطاهای پزشکی (انسانی، تجهیزاتی و ساختاری) ارزیابی می‌شوند. این عوامل معمولاً پس از تحلیل ریشه‌ای خطاهای پزشکی شناسایی می‌شوند. انتظار می‌رود مرکز با استفاده از تجربیات به دست آمده در موارد شایع در سایر مراکز نسبت به ارزیابی پیش‌گیرانه برای جلوگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی اقدام نماید. از طرفی

توضیحات



در حین ارزیابی، امکان تخمین احتمال بروز خطا با توجه به عوامل سه گانه پیش گفت نیز در مواردی میسر است. به عنوان مثال، عدم کالیبراسیون تجهیزات پزشکی حیاتی یا وجود نقایص فرآیندی مانند عدم احراز دقیق هویت بیماران قبل از درمان در بحران و سایر نقاط کلیدی مستعدکننده بروز خطا قابل شناسایی هستند.		
استاندارد ۳ مدیریت مستندات مربوط به استانداردهای اعتباربخشی پیش بیمارستانی و ارزیابی عملکرد مرکز.		
سنجه یک	بهبود کیفیت با همکاری واحدها مستندات اعتباربخشی ملی را تهیه نموده و به صورت فایل الکترونیک در دسترس کارکنان قرار می دهد.	
	سطح سنجه: ۱	روش ارزیابی
۱	ایجاد فرمت الکترونیک یکسان خطمشی ها و روش ها، روش های اجرایی، دستورالعمل های مرکز*.	بررسی مستندات
۲	رعایت اصول مستندات سازی در مستندات اعتباربخشی.	بررسی مستندات، مصاحبه و مشاهده
۳	الکترونیکی** بودن تمامی فرمت های خطمشی ها و روش ها، روش های اجرایی و دستورالعمل ها.	بررسی مستندات
توضیحات		
* منطبق با فرمت مستندات اعتباربخشی معرفی شده سازمان باشد. حداقل الزامات عمومی شامل نام تهیه کننده/کنندگان و تصویب کننده، شماره ویرایش و بازنگری کدگذاری شوند. ** تمامی خطمشی و روش، روش های اجرایی و دستورالعمل ها بایستی در قابل فایل الکترونیک باشند و طی نامه رسمی و از طریق اتوماسیون ابلاغ شود.		
سنجه دو	خودارزیابی مرکز در پیاده سازی اعتباربخشی ملی با رویکرد بهبود مستمر توسط تیم های داخلی انجام می شود.	
	سطح سنجه: ۱	روش ارزیابی
۱	تشکیل تیم ارزیابی داخلی اعتباربخشی با محوریت تیم مدیریت اجرایی.	بررسی مستندات
۲	ارزیابی داخلی براساس استانداردهای اعتباربخشی و کتاب راهنما.	بررسی مستندات
۳	ثبت نتایج ارزیابی داخلی در سامانه الکترونیکی آنلاین سازمان اورژانس کشور تحت نظارت رئیس در بازه زمانی مشخص.	بررسی مستندات
توضیحات		
انتخاب اعضای گروه داخلی ارزیابی با تشخیص رئیس است**. تمامی سنجه های اعتباربخشی بایستی خودارزیابی و با استفاده از نام کاربری و کلمه عبور رئیس مرکز در سامانه الکترونیکی سازمان نمره دهی شود. رئیس می تواند این مسئولیت را تفویض نماید اما با توجه به اهمیت نتایج خودارزیابی توصیه نمی شود. تعیین افراد پاسخ گو برای استانداردهای اعتباربخشی در هریک از محورها و مدیریت و برنامه ریزی تیم مدیریت اجرایی با مشارکت همه اعضای در خود ارزیابی اعتباربخشی توصیه می شود. نتایج ارزیابی داخلی جنبه خوداظهاری داشته و الزاما قابل تعمیم به نتایج نهایی مرکز نخواهد بود.		



سنجه سه	نتایج حاصل از خودارزیابی تحلیل شده و اقدام اصلاحی براساس آن تدوین و اجرا می شود.	سطح سنجه: ۱
	گام های اجرایی / روش ارزیابی	روش ارزیابی
۱	شناسایی بررسی نتایج خودارزیابی و شناسایی موارد عدم انطباق.	بررسی مستندات
۲	تدوین برنامه اقدام اصلاحی براساس نتایج خودارزیابی.	بررسی مستندات
۳	انجام اقدام اصلاحی.	بررسی مستندات
۴	ارسال نتایج خودارزیابی و گزارش اقدامات اصلاحی درون بخشی انجام شده به رئیس مرکز.	بررسی مستندات
توضیحات	با توجه به وظیفه محوری بودن استانداردها، خودارزیابی در اغلب مواقع نیازمند کارگروهی می باشد و روش انجام، افراد دخیل و هم چنین نحوه گزارش نتایج به دفتر بهبود کیفیت تعیین می شود. برخی اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود نیازمند منابع انسانی، ملی یا تجهیزاتی است که بایستی شرح آن به همراه نتایج خودارزیابی به دفتر بهبود کیفیت ارسال شود.	

فصل ۵



محور منابع انسانی

استاندارد ۱		کارکنان براساس ضوابط و مقررات مربوط و احراز توانمندی های لازم برای هر یک از مشاغل با چپش مناسب به کارگیری می شوند.
سنجه یک	نیازسنجی کارکنان به صورت سالیانه انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
روش ارزیابی		
بررسی مستندات	نیازسنجی و برآورد نیروی انسانی موردنیاز برای تمامی واحدها به تفکیک پایگاه های عملیاتی، دیسپچ و ستاد براساس چارت سازمانی و تشکیلات تفصیلی.	۱
بررسی مستندات	ارسال نیازسنجی به دانشگاه.	۲
توضیحات		
وجود آخرین نسخه ابلاغ شده کتاب طبقه بندی مشاغل از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به شماره ۱۴۰۰/۰۵/۱۷/د/۲۱۲/۱۳۷۹ مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۱۷ منظور از واحدها کلیه بخش های عملیاتی و ستادی می باشد. برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی فرآیندی است که به وسیله آن سازمان تعیین می کند که برای نیل به اهداف خود به چه تعداد کارمند، با چه تخصص و مهارت هایی، برای چه مشاغلی و در چه زمانی نیاز دارد. برآورد کمی نیروی انسانی با استفاده از استانداردها و ضرایب اعلام شده از سوی وزارت بهداشت/ سازمان اورژانس، قانون بهره وری یا با استفاده از یکی از روش های سازمان بهداشت جهانی، نگرش نظام گرا، حجم کار و سایر روش های علمی معتبر میسر است. توجه به ملاک هایی مانند حجم کاری، ساعت کار مفید، ساعتهای ترافیک، تعداد کد فعال، مناسبت ها، ساعات خاص، فصل و ... در نیازسنجی نیروی انسانی مورد توجه قرار گیرد.		



سنجه دو	به کارگیری کارکنان براساس توانمندی‌های عمومی و اختصاصی تعیین شده برای هریک از مشاغل صورت می‌پذیرد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	تدوین فهرست توانمندی‌های * موردنیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت‌های شغلی، برای هریک از مشاغل.	بررسی مستندات
۲	ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی کارکنان توسط مسئول واحد مربوط.	بررسی مستندات
۳	تعیین مصادیق ارزیابی مهارت‌های ارتباطی برای کارکنان.	بررسی مستندات
۴	ارزیابی و درصورت لزوم اجرای برنامه آموزشی در زمینه مهارت ارتباطی موردنیاز کارکنان.	بررسی مستندات
توضیحات	* تدوین فهرست توانمندی‌های لازم برای انجام وظایف، ضرورتی برای همه مشاغل نیست و مرکز صرفاً درخصوص مشاغلی که علاوه بر شرایط تصدی موجود در کتاب طبقه‌بندی مشاغل و شرایط احراز و مشاغل (موضوع سنجه ۱) توانمندی‌های خاصی مانند گذراندن دوره‌های آموزشی یا داشتن سوابق اجرایی برای آن‌ها مدنظر است، تدوین می‌نماید. ارزیابی صلاحیت کارکنان ستادی، دیسپچ و عملیاتی جدیدالورود توسط مسئول آموزش و مسئول واحد براساس سیاست‌های آموزشی مدیر مرکز صورت می‌گیرد. کارکنان جدیدالورود صرفاً تازه استخدام نیستند و تمامی کارکنان عملیاتی و ستادی انتقالی از سایر واحدها یا شهرستان‌ها نیز بایستی قبل از به کارگیری احراز صلاحیت بشوند. ارزیابی مهارت‌های ارتباطی برای کارکنان دیسپچ و پایگاه الزامی است.	
سنجه سه	توانمندسازی کارکنان جدیدالورود مطابق با سیاست‌های مرکز اجرا می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	برگزاری دوره‌های بدو خدمت براساس سیاست‌های آموزشی.	بررسی مستندات و مشاهده
۲	درصورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز، اجرای اقدام اصلاحی و ارزیابی مجدد.	بررسی مستندات و مشاهده
۳	ارزیابی براساس چک‌لیست‌های مهارتی عمومی، اختصاصی و مهارت ارتباط مؤثر.	بررسی مستندات و مشاهده
۴	به کارگیری نیرو پس از احراز صلاحیت.	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات	برنامه آموزشی بدو خدمت کارکنان عملیاتی در معاونت آموزشی تهیه و ابلاغ می‌گردد. تمامی مراکز موظف هستند نسبت به هماهنگی برنامه‌های آموزشی شغلی بدو خدمت کارکنان عملیاتی اقدام نمایند. هدف از اجرای برنامه آموزشی بدو ورود، آشنایی پرسنل تازه جذب شده با موارد مهم و کلیدی نظیر فرایند عملیات، سامانه‌های عملیاتی نظیر آسایار، کدینگ آمبولانس و مواردی نظیر کار به آمبولانس و تجهیزات و اخلاق و مقررات حرفه‌ای و موارد قانونی و حقوقی مرتبط، مدیریت بحران و تریاژ و مروری بر سایر مباحث آموزشی به ویژه موارد تهدیدکننده حیات (احیا) و مدیریت بیمار ترومایی و اورژانس‌های شایع است. حضور پرسنل جدیدالورود در پایگاه آموزشی طبق ضوابط تعیین شده در آیین‌نامه پایگاه آموزشی الزامی بوده و در مدت آموزشی خود در پایگاه آموزشی حضور دارند و زیر نظر مربی آموزشی موضوعات تئوری و مهارت‌های بالینی را آموزش دیده و به وسیله Log Book Skill Sheet ابلاغی ارزیابی شده و پس از تأیید مربی آموزشی می‌توانند در عملیات حضور یابند.	



آموزش بدو خدمت و حین خدمت:		به منظور توانمندسازی علمی و مهارتی در اقدامات بالینی پیش بیمارستانی و آشنایی با فرایند عملیات زمان پیشنهادی برای افرادی که به لحاظ مدرک تحصیلی شرایط احراز پست فوریت‌های پزشکی را داشته و درخواست کار به عنوان تکنسین فوریت‌های پزشکی در اورژانس ۱۱۵ را ارائه نموده‌اند، ۵ شیفت کاری ۲۴ ساعته یا ۱۲۰ ساعت حضور در پایگاه آموزشی به صورت سالانه (برای آموزش بدو خدمت حضور در حداقل ۳۰ عملیات و برای آموزش حین خدمت حضور در حداقل ۲۰ عملیات) می‌باشد. فراگیران این گروه نیز در ابتدا نسبت به شیوه آموزش، ضرورت و نحوه تکمیل لاگ‌بوک و شیوه ارزش‌یابی پایانی توسط مربی آموزشی توجیه شده و در پایان براساس skill sheet ابلاغی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. با توجه به اهمیت موضوع و جذب نیروهای علمی و کارآمد در سیستم در صورت عدم کسب حد نصاب نمره طبق شیوه نامه، کمیته علمی پایگاه آموزشی درخصوص نحوه ادامه همکاری با ایشان تصمیم‌گیری می‌نماید.	
سنجه چهار	تعداد نیروی انسانی و چیدمان واحدهای عملیاتی براساس استانداردهای ابلاغی انجام می‌شود.	سطح سنجه: ۱	
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی			
روش ارزیابی			
۱	تخصیص و چینش نیروها متناسب با نوع و حجم کار در هر نوبت کاری.*	بررسی مستندات و مشاهده	
۲	لحاظ شدن مدرک تحصیلی و ویژگی‌های افراد در چینش نیروی انسانی در هر شیفت کاری.**	بررسی مستندات و مشاهده	
۳	رعایت توازن در چینش***.	بررسی مستندات و مشاهده	
توضیحات		وجود آخرین نسخه ابلاغ شده کتاب طبقه‌بندی مشاغل از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به شماره ۲۱۲/۱۳۷۹/د مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۱۷. * براساس برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی انجام شده. *** منظور از توازن در به کارگیری، رعایت ترکیب رده‌های شغلی و سابقه افراد و تعداد آن‌ها در برآورد نیروی انسانی بخش‌های مختلف با لحاظ حجم‌سنجی و زمان‌سنجی‌های انجام شده در نیازسنجی نیروی انسانی واحدهای مختلف است. در کدهای عملیاتی حداقل یکی از کارکنان می‌بایست دارای مدرک کاردانی یا بالاتر مرتبط باشد. در تریاژ تلفنی کارکنان باید تحصیلات دانشگاهی مرتبط داشته باشند. تحصیلات دانشگاهی مرتبط کد عملیاتی: کاردان یا کارشناس یا بالاتر در رشته‌های فوریت‌های پزشکی، پرستاری، هوشبری و اتاق عمل تحصیلات مرتبط تریاژ تلفنی: پرستار یا افراد دارای مشکلات جسمانی از رده کد عملیاتی	
سنجه پنج	تعداد نیروی انسانی و چیدمان واحدهای ستادی براساس استانداردهای ابلاغی انجام می‌شود.	سطح سنجه: ۱	
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی			
روش ارزیابی			
۱	تخصیص و چینش نیروها متناسب با EOC.	بررسی مستندات و مشاهده	
۲	تخصیص و چینش نیروها متناسب با MCMC.	بررسی مستندات و مشاهده	



۳	تخصیص و چینش نیروها متناسب با واحد بحران.	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات	وجود آخرین نسخه ابلاغ شده کتاب طبقه‌بندی مشاغل از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به شماره ۲۱۲/۱۳۷۹ د مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۱۷. براساس برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی انجام شده. منظور از توازن در به کارگیری، رعایت ترکیب رده‌های شغلی و سابقه افراد و تعداد آن‌ها در برآورد نیروی انسانی بخش‌های مختلف با لحاظ حجم‌سنجی و زمان‌سنجی‌های انجام شده در نیازسنجی نیروی انسانی واحدهای مختلف است.	
استاندارد ۲	توانمندسازی کارکنان براساس آموزش‌های هدفمند، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	
سنجه یک	کتابچه الکترونیکی توجیهی برای آشناسازی کارکنان عملیاتی، ستادی، اداری و سایر کارکنان جدیدالورود تدوین شده و تمامی کارکنان مرتبط از محتوای آن آگاهی دارند.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	روش ارزیابی
۱	تدوین کتابچه الکترونیکی توجیهی کارکنان جدیدالورود با محوریت مسئول واحد منابع انسانی و مشارکت مسئولین واحدها.	بررسی مستندات
۲	معرفی شرایط عمومی مرکز در کتابچه الکترونیکی توجیهی کارکنان جدیدالورود.	بررسی مستندات
۳	معرفی موارد اختصاصی هر واحد در کتابچه الکترونیکی توجیهی کارکنان جدیدالورود.	بررسی مستندات
۴	دسترسی کارکنان به کتابچه توجیهی کارکنان جدیدالورود به‌صورت فایل الکترونیک.	بررسی مستندات
۵	دسترسی و آگاهی کارکنان به کلیه دستورالعمل‌های مرتبط با حیطه کاری به‌صورت فایل الکترونیک یا نصب در برد پایگاه.	بررسی مستندات و مشاهده و مصاحبه
۶	آگاهی کارکنان جدیدالورود از محتوای کتابچه توجیهی.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	ابعاد و محتوای شرایط عمومی مرکز با تشخیص تیم مدیریت اجرایی تدوین می‌شود. توصیه ۱: ابعاد و محتوای شرایط عمومی حداقل شامل: موضوعات برنامه استراتژیک (مأموریت، چشم‌انداز، ارزش‌ها و ...) اهمیت و رعایت موازین منشور حقوق بیمار و رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نقشه شهر، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای ملی پوشش، مقررات داخلی مرکز در حوزه اداری و مالی باشد. ابعاد و محتوای موارد اختصاصی هر واحد با تشخیص تیم مدیریت اجرایی و مسئول واحد/بخش تدوین می‌شود. ابعاد و محتوای موارد اختصاصی هر واحد حداقل شامل محدوده عملکرد، الزامات کیفی، الزامات ایمنی شغلی، نقشه واحد و پایگاه و موقعیت قرارگیری واحد در مرکز برای ستادی، طیف تماس‌ها/اعزامات، مقررات داخلی واحد، تجهیزات اختصاصی واحد باشد. کلیه دستورالعمل‌های مرتبط با حیطه کاری به‌صورت فایل الکترونیک یا نصب در برد پایگاه موجود باشد.	



سطح سنجه: ۱	برنامه آموزشی سالیانه کارکنان براساس دستورالعمل سازمانی و برنامه توسعه فردی تدوین و ابلاغ می‌شود.	سنجه دو
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات	تدوین برنامه توسعه فردی بر مبنای دستورالعمل آموزشی سالیانه سازمان.	۱
بررسی مستندات و مصاحبه	نیازسنجی سالانه از همکاران عملیاتی و دیسپیچ در خصوص دوره‌های مورد نیاز آموزشی.	۲
بررسی مستندات	انتخاب اولویت‌های آموزشی مرکز براساس آنالیز نتایج نیازسنجی.	۳
بررسی مستندات و مصاحبه	برنامه‌ریزی جهت اجرای دوره‌های آموزشی مصوب سازمان و اورژانس مربوطه.	۴
بررسی مستندات	برآورد بودجه آموزشی مورد نیاز برنامه آموزشی سالیانه کارکنان.	۵
بررسی مستندات	تأمین بودجه و تصویب و ابلاغ برنامه آموزشی سالیانه کارکنان.	۶
بررسی مستندات	اجرای برنامه آموزشی به صورت الکترونیک/ حضوری.	۷
بررسی مستندات	تدوین برنامه اصلاحی متعاقب ارزش‌یابی دوره‌های آموزشی و نتایج آزمون‌ها.	۸
سازمان اورژانس برنامه‌های آموزشی مصوب فصلی را برای سال آتی مشخص و ابلاغ می‌نماید که اجرای آن در اولویت برنامه‌های مراکز می‌بایست قرار گیرد. نیازسنجی آموزشی کارکنان حداقل شامل موارد ذیل است: ۱) نیازسنجی بر مبنای توسعه فردی کارکنان ۲) نیازسنجی براساس شرح وظایف مصوب ۳) نیازسنجی براساس نتایج ارزیابی عملکرد کارکنان ۴) نیازسنجی براساس نیازهای آتی سازمان ۵) نیازسنجی براساس شیوع بیماری‌های بازپدید، نوپدید ۶) سایر سرفصل‌های آموزشی مورد نیاز بومی مرکز فوریت‌ها. فرم توسعه فردی و نحوه تدوین برنامه توسعه فردی با تشخیص مرکز است و ملاک ارزیابی نیست. توصیه می‌شود تمامی فرم‌ها به صورت الکترونیک تکمیل، تأیید و ارسال شود. برنامه توسعه فردی یا توسعه شغلی و حرفه‌ای یک فرایند مستمر در خصوص ارزیابی نیازهای آموزشی هر فرد و برنامه‌ریزی برای رفع این نیازها است. براساس برنامه توسعه فردی هریک از کارکنان، بایستی در حیطه‌های دانشی و مهارتی نیازهای آموزشی در حیطه کاری و انجام وظایف محوله پیشنهاد نمایند. برنامه توسعه فردی در تعامل نزدیک کارکنان با مسئول واحد و به صورت طرح پیشنهادات کارکنان شکل می‌گیرد که توسط مسئول واحد/ پایگاه به مقامات مافوق اعلام می‌شود. نحوه شناسایی برنامه‌های آموزشی به نحوی است که کارکنان وضع مطلوب و وضع موجود را مقایسه و فاصله خود را با مهارت‌ها و قابلیت‌هایی که برای موفقیت در آینده در انجام وظایف محوله باید داشته باشند، تعیین می‌کنند. با توجه به نتایج نیازسنجی‌های مراکز اولویت‌های آموزشی سالانه توسط معاونت آموزش اورژانس کشور پس از انجام نیازسنجی به تمامی مراکز ابلاغ می‌گردد و تمامی مراکز موظف هستند نسبت به هماهنگی برنامه‌های آموزشی شغلی حین خدمت کارکنان عملیاتی اقدام نمایند. تدوین برنامه سالانه بازآموزی‌ها براساس اولویت‌های ملی و دانشگاهی صورت گرفته و برنامه در اداره آموزش مرکز موجود باشد و در این زمینه اطلاع‌رسانی کافی به تمامی پایگاه‌ها و پرسنل عملیاتی و دیسپیچ صورت گرفته باشد و مراکز موظف به اخذ مجوز معتبر آموزشی از کمیته راهبری آموزش منابع انسانی یا سامانه آموزش مداوم جامعه پزشکی هستند و در این زمینه بایستی مکاتبه لازم با آن مراکز انجام شده باشد. انتظار می‌رود دوره‌های آموزشی ارتقادهنده نقاط قابل بهبود کارکنان که در فرایند ارزش‌یابی کارکنان شناسایی شده‌اند در برنامه‌ریزی آموزشی لحاظ شود.		توضیحات



	نکات قابل توجه: تمامی دوره‌های برگزار شده باید دارای پیش‌آزمون و پس‌آزمون باشند و آنالیز مقایسه‌ای نتایج هر دو آزمون انجام شده و مستندات آن موجود باشد. دسترسی برای حضور در دوره‌ها برای تمامی پرسنل عملیاتی و دیسپچ فراهم باشد و گواهی پایان دوره براساس نمره اکتسابی در کارنامه آموزشی کارکنان ثبت گردد. به‌منظور تدریس مباحث علمی و تخصصی از متخصصین هر رشته دعوت به‌عمل آمده و از تدریس توسط افرادی که در زمینه موردنظر دارای دانش کافی یا تجربه نیستند خودداری گردد. به‌منظور استانداردسازی دوره‌های آموزشی مناسب‌سازی فضای فیزیکی به لحاظ ابعاد، سرمایش و گرمایش، پذیرایی و ... صورت گیرد و فرم‌های نظرسنجی که شامل موارد ذیل در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گیرد. دوره‌های ابلاغی PHTM، PHCLS-PHBLS، احیای قلبی ریوی و کنترل عفونت، رانندگی تهاجمی، مهارت‌های ارتباطی رعایت گیرنده خدمت و ... نکات مورد توجه در برگزاری دوره‌های ابلاغی: دستورالعمل برگزاری دوره و آیین‌نامه‌های مربوطه توسط سازمان به مراکز ارسال می‌گردد. مراکز موظف هستند یک نفر کارشناس حوزه آموزش به‌عنوان هماهنگ‌کننده دوره مشخص نمایند. فرایند برگزاری دوره‌های تخصصی با نظارت ناظرین ستاد یا نمایندگان ایشان در مراکز صورت می‌گیرد. درخصوص دوره PHTM و ACLS برگزاری کارگاه به‌صورت مهارتی و براساس سناریوها از الزامات بوده و در غیر این صورت دوره از درجه اعتبار ساقط است. تمامی فایل‌های آموزشی و فرایندهای اجرا توسط سازمان به مراکز ابلاغ می‌گردد. مراکزی که برای اولین بار اقدام به برگزاری کارگاه می‌نمایند، قبل از برگزاری، با سازمان مکاتبه نموده و با ناظر سازمان جهت حضور و ارزیابی دوره هماهنگ می‌نمایند در صورت تأیید ناظر سازمان مراکز می‌توانند به‌طور مستقل نسبت به برگزاری کارگاه اقدام نمایند. یکی از نکات بسیار مهم حفظ امنیت سوالات و سناریوهای آزمون‌ها است که در هر دوره توسط ناظر برای کارشناس آموزش مرکز بیان می‌گردد. الزامات: ♦ برای دوره ACLS یک سالن کنفرانس با ظرفیت ۳۰ نفر و ۳ کارگاه مجزا با تجهیزات آموزشی لازم موردنیاز است. ♦ محتوای آموزشی ACLS توسط سازمان ابلاغ گردیده است. ♦ تعداد شرکت‌کنندگان در کارگاه ACLS ۱۲ نفر است ♦ کارگاه ACLS به ۳ مدرس دارای گواهینامه معتبر نیاز دارد. ♦ برای دوره PHTM به یک سالن ۵۰ نفره و ۴ کارگاه مجزا و همراه با تجهیزات نیاز است. ♦ تعداد شرکت‌کنندگان در دوره PHTM حداکثر ۲۴ نفر است. ♦ کارگاه PHTM به ۴ مدرس دارای گواهینامه معتبر نیاز دارد. مستندات دوره حداقل به مدت ۶ ماه در مرکز مدیریت نگهداری می‌شود.	
سطح سنجه: ۱	اثربخشی برنامه‌های آموزشی در حیطه آگاهی و مهارت، ارزیابی و براساس نتایج آن اقدامات اصلاحی مؤثر برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند.	سنجه سه
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات	تعیین شاخص‌های اثربخشی آموزشی بر مبنای اهداف آموزشی در حیطه‌های دانش و مهارت.	۱



۲	ارزیابی دوره‌های آموزشی در حیطه دانش با انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون و براساس شاخص‌های اثربخشی آموزشی.	بررسی مستندات
۳	ارزیابی دوره‌های آموزشی در حیطه مهارت با بررسی مهارت‌های عملی آموخته شده و براساس شاخص‌های اثربخشی آموزشی.	بررسی مستندات
۴	طراحی اقدام اصلاحی براساس نتایج ارزیابی اثربخشی دوره‌های آموزشی برگزار شده.	بررسی مستندات
توضیحات	شاخص‌های اثربخشی آموزشی بر مبنای اهداف آموزشی در حیطه‌های دانش، مهارت و نگرش تعیین می‌شوند. انتخاب این شاخص‌ها متناسب با انتظارات از فراگیران صورت می‌پذیرد. مثال: سنجش اثربخشی دوره آموزشی احیای قلبی - ریوی. در این نمونه شاخص‌ها بایستی در هر سه حیطه آگاهی به مبانی تئوری، مهارت به کارگیری آموخته‌ها و بهبود اولویت‌بندی و کیفیت نتایج عملکردی به صورت مقایسه قبل و بعد از آموزش تعریف و ارزیابی می‌شود. میزان افزایش آگاهی فراگیران به مبانی تئوری آموزش با استفاده از درصد آگاهی فراگیران در پیش‌آزمون و پس‌آزمون. میزان ارتقای مهارت به کارگیری آموخته‌ها با روش ارزیابی میدانی رعایت توالی و اصول فنی در عرصه عمل (واقعی و مجازی). بهبود اولویت‌بندی و کیفیت که معمولاً نتایج عملکردی ارزیابی می‌شود: درصد احیای قلبی - ریوی موفق. در صورت عدم تحقق نتایج مورد انتظار در بهبود شاخص‌های اثربخشی دوره‌های آموزشی در هر یک از حیطه‌های شناخت لازم است نسبت به تکرار یا تکمیل برنامه‌های آموزشی اقدام شود. مفهوم آموزش الزاماً معادل یادگیری نیست، درواقع تغییر رفتار پس از آموزش اثربخش، یادگیری تلقی می‌شود. تغییر رفتار بایستی در سه حیطه شناخت دانشی، مهارتی و نگرشی رخ بدهد تا منجر به یادگیری پایدار بشود. روش‌های متعدد و معتبری برای ارزیابی اثربخشی آموزشی وجود دارد. از روش‌های سنتی مانند مدل هدف مدار تایلر تا روش ادیورنه، مدل کرک پاتریک، سالیوان و چندین مدل دیگر که تاثیرگذاری آموزش را در یک تا سه حیطه شناخت دانشی، مهارتی و نگرشی ارزیابی می‌کنند. آگاهی قبل و بعد آموزش، اثرات تأخیری آموزش، تغییر رفتار، تغییر عملکرد و بهبود نتیجه کامل‌ترین ابعاد اثربخشی آموزشی است. ارزیابی وضعیت آموزشی: (تسلط بر محتوا، توانایی استاد در ارائه مطالب، کیفیت آزمون، تعداد سوالات، تسلط استاد نسبت به محتوا و توان پاسخ‌گویی به سوالات و کیفیت تدریس (پرسش و پاسخ، تعامل مناسب با فراگیران، ارزیابی سطح فراگیری، تکرار مباحث در صورت نیاز ...). ارزیابی وضعیت فیزیکی: تناسب فضای فیزیکی با تعداد شرکت‌کنندگان، سرمایش و گرمایش مناسب و دسترسی مناسب کلاس برای فراگیران. وضعیت پذیرایی: کیفیت و کمیت آن و بهداشت فردی. شرایط عمومی: پاسخ‌گویی مناسب مجریان، اطلاع‌رسانی درخصوص برنامه و چگونگی اجرای آن و دسترسی به ابزار نوشتاری جهت فراگیران.	
سنجه چهار	کنگره‌ها و همایش‌های علمی اطلاع‌رسانی شده و از حضور کارکنان در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم حمایت می‌شود.	
	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
	روش ارزیابی	
۱	اطلاع‌رسانی درخصوص برگزاری کنگره‌ها و همایش‌های علمی.	بررسی مستندات و مصاحبه



۲	حمایت و مساعدت درخصوص شرکت پزشکان در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	حمایت و مساعدت درخصوص شرکت کارکنان عملیاتی در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	حمایت و مساعدت درخصوص شرکت کارکنان ستادی در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	اطلاع‌رسانی کنگره‌ها و همایش‌های علمی به پزشکان و کارکنان می‌تواند از طرق زیر انجام شود: نصب پوسترها یا فراخوان‌های ارسال مقالات و برگزاری کنگره‌ها و همایش‌های علمی در معرض دید پزشکان و کارکنان. اطلاع‌رسانی فراخوان‌های ارسال مقالات و برگزاری کنگره‌ها و همایش‌های علمی از طریق سایت مرکز. اطلاع‌رسانی فراخوان‌های ارسال مقالات و برگزاری کنگره‌ها و همایش‌های علمی از طریق مکاتبات اداری مساعدت مرکز در شرکت کردن پزشکان و کارکنان در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم می‌تواند از طریق موافقت حضور کارکنان در ساعات کاری، تخصیص حق الزحمه، اعطا مأموریت آموزشی و سایر سیاست‌های تشویقی برنامه‌ریزی شود.	
سنجه پنج	جانشین پروری و انتقال تجربیات و اطلاعات بین کارکنان، برنامه‌ریزی و براساس آن اقدام می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	برنامه‌ریزی درخصوص شناسایی و پیش‌بینی احتمالات خروج کارکنان از واحدها.	بررسی مستندات
۲	تدوین دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس توسط تیم رهبری و مدیریت.	بررسی مستندات
۳	آگاهی کارکنان مرتبط و اجرای دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد).	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	معرفی حداقل یک فرد جانشین مسئول بخش / واحد با تفویض اختیارات مسئول واحد در غیاب وی.	بررسی مستندات
توضیحات	استفاده از هر روش متناسب با نوع شغل و شرایط محیطی مورد تأیید است. توصیه: ایجاد بانک اطلاعات کارکنان و مدیران در مرکز اورژانس و فوریت‌های پزشکی، تدوین فلوچارت/فرآیند جانشین پروری و انتخاب جانشین برای مسئولان در مرکز فوریت، تدوین دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس توسط تیم مدیریت مرکز فوریت‌های پیش‌بیمارستانی.	
استاندارد ۳	ارزش‌یابی و نظارت بر عملکرد کارکنان در مسیر ارتقای و توسعه، برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.	
سنجه یک	ارزش‌یابی سالیانه کارکنان انجام و نتایج آن در طراحی برنامه آموزشی و ارتقا شغلی کارکنان استفاده می‌شوند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	دسترسی به دستورالعمل ارزش‌یابی کارکنان.	بررسی مستندات
۲	اطلاع‌رسانی و دسترسی به فرم ارزش‌یابی سالانه برای تمامی رده‌های شغلی براساس شرح وظیفه.	بررسی مستندات و مصاحبه



۳	شروع فرایند ارزشیابی سالانه با خود ارزیابی افراد و تکمیل جدول مربوطه در فرم ارزیابی.	بررسی مستندات
۴	تهیه فهرستی از نقاط قابل بهبود کارکنان در هریک از بخش‌ها / واحدها.	بررسی مستندات
۵	استفاده از نتایج ارزشیابی در روند ارتقا کارکنان.	بررسی مستندات
۶	استفاده از نتایج ارزشیابی در برنامه‌ریزی آموزشی.	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات	انتظار می‌رود دوره‌های آموزشی ارتقای‌دهنده نقاط قابل بهبود کارکنان که در فرآیند ارزشیابی کارکنان شناسایی شده‌اند در برنامه‌ریزی آموزشی لحاظ شود.	
سنجه دو	شایستگی کارکنان براساس معیارهای معین ارزیابی شده و نتایج آن مال ارتقای شغلی کارکنان است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	مشخص‌بودن روند ارتقای شغلی در رده‌های شغلی مختلف در مقررات داخلی مرکز.	بررسی مستندات و مشاهده
۲	آگاهی کارکنان از ضوابط و روند ارتقای شغلی خود.	بررسی مستندات مشاهده و مصاحبه
۳	ارتقای شغلی کارکنان مطابق ضوابط ابلاغی طرح رتبه‌بندی و احکام کارگزینی مربوط.	بررسی مستندات
۴	انتصاب مدیران و مسئولان بخش‌ها/ واحدها متناسب با شایستگی‌های دانشی، مهارتی و تجربه افراد و شواهد عملکردی آنان طبق طرح رتبه‌بندی.	بررسی مستندات
۵	داشتن حسن شهرت و نداشتن سو سابقه در زمینه اخلاق حرفه‌ای شرط لازم برای انتصاب‌های مدیریتی.	مصاحبه
سنجه سه	کنترل‌های انضباطی براساس ارزیابی مستمر کارکنان برنامه‌ریزی شده و با رعایت قوانین و مقررات مرتبط اجرا می‌شوند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	رسیدگی اولیه به تخلفات کارکنان توسط تیم مدیریت اجرایی و اخذ تصمیم در زمینه برخورد‌های انضباطی با متخلفین احتمالی.	بررسی مستندات و مشاهده
۲	معرفی کارکنان ستادی/ عملیاتی به هیات‌های رسیدگی به تخلفات کارکنان.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	در ساختار اجرایی دانشگاه‌های علوم پزشکی حوزه‌های رسمی رسیدگی به تخلفات اداری تعریف شده و هدف از این استاندارد بررسی و اتخاذ تصمیمات انضباطی برای متخلفین احتمالی است که به هیات‌های رسیدگی به تخلفات معرفی نمی‌شوند یا لازم است تا زمان صدور رای نهایی مراجع ذی‌ربط تصمیماتی در مورد آن‌ها اخذ شود.	
سنجه چهار	کارکنان نمونه، براساس عوامل کلیدی معین و مؤثر بر کیفیت کار، شناسایی شده و مورد تشویق قرار می‌گیرند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	تعیین ملاک‌های شناسایی و معرفی کارکنان نمونه در تمامی واحدها.	بررسی مستندات



۲	اطلاع رسانی ملاک های شناسایی و معرفی کارکنان نمونه به تمامی کارکنان.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	انتخاب کارکنان نمونه براساس ملاک های شناسایی شده و با روش مشخص.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	داشتن حس شهرت وعدم وجود سوء سابقه در زمینه اخلاق حرفه ای شرط لازم برای پرسنل نمونه.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	این سوال ارتباطی به انتخاب کارمند نمونه توسط سازمان های بالا دستی ندارد و انتظار می رود هر مرکز پیش بیمارستانی به صورت داخلی اقدام نماید.	
استاندارد ۴	برای حمایت از کارکنان برنامه های مدون داشته و براساس آن عمل می نماید.	
سنجه یک	برای کارکنان پرونده پرسنلی تشکیل شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	وجود پرونده اداری پرسنل.	بررسی مستندات
۲	وجود پرونده سلامت شغلی*.	بررسی مستندات
۳	وجود پرونده آموزشی.	بررسی مستندات
توضیحات	* براساس دستورالعمل شماره ۳۰۰/۵۳۱۲ ابلاغی وزارت بهداشت. به استناد قوانین و اسناد بالادستی: ♦ ماده ۹۲ قانون کار درخصوص انجام معاینات سلامت شغلی؛ ♦ ماده یک قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت مبنی بر دسترسی و پوشش عادلانه و مطلوب خدمات مراقبت های سلامت شاغلین و ♦ سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری.	
سنجه دو	اصل محرمانه بودن و امنیت اطلاعات کارکنان و سطح بندی دسترسی به این اطلاعات رعایت می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	وجود فضای بایگانی منطبق بر استانداردها از نظر مساحت، دما، رطوبت و استفاده از ملزومات و تجهیزات با کیفیت برای نگهداری اسناد پرسنلی.	مشاهده
۲	رعایت اصل محرمانگی، تعیین سطح دسترسی ها با نظارت مسئول واحد منابع انسانی.	بررسی مستندات و مشاهده
۳	وجود پرونده پرسنلی کاغذی / الکترونیک برای تمامی کارکنان در واحد منابع انسانی برکه شمارکردن و جداسازی اوراق پرونده های پرسنلی.	بررسی مستندات
۴	وجود پرونده پرسنلی کاغذی / الکترونیک برای کارکنان بخش ها و واحدهای برون سپاری شده.	بررسی مستندات
توضیحات	فهرست اوراق پرونده در قسمت داخلی جلد پرونده نصب گردد و صفحات شماره گذاری و با جداکننده از هم جدا شود. فرم قرارداد کارکنان قراردادی و شرکتی و در بخش های غیر دولتی، دارای امضای کارفرما و	



پیمانکار باشد. فرم ارزشیابی کارکنان مبتنی بر مدت قرارداد تکمیل و با امضای ارزش‌یابی‌کننده و ارزش‌یابی‌شونده رسیده باشد. به منظور حفظ محرمانگی، محل نگهداری مستندات مربوط به موارد سو رفتار حرفه‌ای کارکنان توسط کمیته اخلاق تعیین گردد. ایجاد پرونده الکترونیکی به استثنای مستندات قانونی که فیزیک آن‌ها مورد نیاز کارکنان و مرکز است مانند بیمه عمر، تأییدیه تحصیلی و سایر موارد توسط مسئول واحد منابع انسانی و تأیید مدیر مرکز و استخراج برگه‌های غیرجاری و غیرضروری و انتقال آن‌ها به بایگانی راکد در محیطی امن و ایمن توصیه می‌شود.		
سنجه سه	رضایت کارکنان براساس دستورالعمل ابلاغی حداقل به صورت سالیانه ارزیابی و براساس نتایج آن، اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر اجرا و ثبت می‌شود.	
	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
۱	انجام رضایت‌سنجی سالیانه کارکنان مطابق با آخرین ابلاغیه سازمان.	بررسی مستندات
۲	تحلیل نتایج حاصل از رضایت‌سنجی کارکنان توسط واحد منابع انسانی و بهبود کیفیت.	بررسی مستندات
۳	ثبت در سامانه سازمان اورژانس کشور.	بررسی مستندات و مشاهده
۴	ارائه نتایج تحلیلی رضایت‌سنجی کارکنان به تیم مدیریت.	بررسی مستندات
۵	برنامه‌ریزی و اجرای اقدام اصلاحی.	بررسی مستندات
۶	نظارت بر اثربخشی اقدام اصلاحی توسط بهبود کیفیت.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	مطابق با دستورالعمل ابلاغی شماره ۱۱۵/۳۷۳۴ د مورخ ۹۹/۰۶/۲۳ لازم است ضمن مقایسه نتایج رضایت کارکنان با دوره‌های قبلی، راهکارهای بهبود موضوعات مرتبط یا پیش‌بینی برنامه‌های انگیزشی، رفاهی و فرهنگی برای افزایش رضایت و ارتقای انگیزش کارکنان در نظر گرفته شود. البته غالب مدیران بر این باورند که مسائل معیشتی کارکنان مهم‌ترین عامل رضایت‌مندی کارکنان است اما مطالعات معتبر در مدیریت منابع انسانی، نقش بیشتری برای بهداشت محیط کار، احترام به وجهت شغلی، رعایت اصول اخلاقی از سوی تیم مدیریت و توجه بیشتر به ارزشهای انسانی و اجتماعی کارکنان و حذف هر گونه تبعیض و بی‌عدالتی، در افزایش انگیزه و رضایت کارکنان قائل هستند. این امر مهم نیازمند حضور مؤثر رهبری است.	
سنجه چهار	سازماندهی و تأمین منابع جهت پیش‌گیری و کنترل بحران‌های روان‌شناختی ایجاد و تدوین می‌گردد.	
	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
۱	تعیین و ابلاغ کارشناس یا متخصص سلامت روان در مرکز به عنوان مسئول سلامت روان مرکز.	بررسی مستندات
۲	ارزیابی و سنجش سلامت روان کارکنان توسط کارشناس یا متخصص سلامت روان در بدو استخدام، سالیانه و موردی در صورت مواجهه با موارد استرس‌زای حاد.	بررسی مستندات
۳	پیش‌بینی منابع و امکانات لازم جهت ارائه خدمات روان‌شناختی.	بررسی مستندات مشاهده



۴	برگزاری دوره‌های آموزشی مرتبط با سلامت روان با رویکرد پیش‌گیری از آسیب‌های روانی*.	بررسی مستندات
۵	ارائه خدمات مشاوره‌ای و مداخلات درمانی لازم در صورت نیاز.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	براساس دستورالعمل اجرایی خدمات پایه سلامت روان کارکنان اورژانس پیش‌بیمارستانی	
سنجه پنج	شرایط انجام بیمه حوادث شغلی و مسئولیت مدنی کارکنان در خصوص حوادث و سوانح و خطاهای پزشکی فراهم شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	بیمه حوادث و سوانح شغلی کارکنان عملیاتی و ستاد عملیاتی.	بررسی مستندات
۲	بیمه مسئولیت مدنی کارکنان عملیاتی دیسپچ و عملیاتی.	بررسی مستندات
توضیحات	پیشنهاد می‌شود: ♦ تأمین پوشش بیمه‌ای برای حوادث و سوانح، خطاهای پزشکی، حوادث شغلی، مسئولیت مدنی کارکنان، توسط مرکز به ویژه در مورد کارکنان عملیاتی توصیه می‌شود، اما الزامی نبوده و ملاک ارزیابی نمی‌باشد. ♦ با توجه به مسئولیت قانونی مرکز در بروز حوادث توصیه می‌شود مسئول مرکز با مشارکت مسئول بهداشت سلامت و محیط کار نسبت به انتخاب راهکارهای متنوع حمایتی از کارکنان و کاهش مسئولیت مدنی مرکز برنامه‌ریزی نمایند و در این میان بهره‌جستن از دانش و تجربه اداره حقوقی دانشگاه توصیه می‌شود.	
سنجه شش	امکانات رفاهی براساس شاخص‌های مبتنی بر شواهد عینی و ضوابط مربوط به کارکنان تعلق می‌گیرد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	پیش‌بینی امکانات رفاهی، برنامه‌های فرهنگی آموزشی/ تفریحی برای کارکنان.	بررسی مستندات و مشاهده
۲	توزیع عادلانه امکانات رفاهی و فرهنگی براساس ملاک‌های عملکردی معین.	بررسی مستندات و مشاهده
۳	تهیه فهرستی از امکانات رفاهی از پایگاه‌ها و دیسپچ مطابق با دستورالعمل.	بررسی مستندات
۴	وجود امکانات رفاهی و ورزشی مطابق با دستورالعمل.	مشاهده
توضیحات	پیش‌بینی امکانات فوق برنامه‌ای برای تقویت انگیزش کارکنان و ایجاد فضای دوستی و همکاری صمیمانه و درنهایت، ارتقای شاخص تعلق سازمانی در بین کارکنان است. اما سطح و ابعاد این برنامه‌ها در ارزیابی مرکز تأثیری نداشته و نحوه برگزاری یک مراسم جشن روز اورژانس، روز پرستار یا کارمند یا پزشک هم می‌تواند ملاک ارزیابی باشد. منظور از دسترسی عادلانه، آگاهی کارکنان به نحوه اطلاع‌رسانی عمومی و استفاده از امکانات رفاهی براساس ضوابط مشخص، برنامه‌های فرهنگی آموزشی و تفریحی مرکز است. تعیین ملاک‌های عملکردی برای استفاده کارکنان از امکانات رفاهی، برنامه‌های فرهنگی آموزشی و تفریحی مانند پیشنهادات مؤثر، رضایت‌مندی و سایر ملاک‌های مدنظر مدیران ارشد است. امکانات ورزشی مطابق با ابلاغ به شماره ۴۰۱/۲۰۸۳/د مورخ ۱۳۹۶/۰۸/۱۳	



استاندارد ۵		بهبود شرایط و سالم سازی محیط کار، برنامه ریزی شده و براساس آن اقدام می شود.
سنجه یک	پرونده سلامت شغلی (جسمی، روانی) برای کارکنان مطابق با دستورالعمل ابلاغی تشکیل شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	تشکیل پرونده سلامت شغلی و ثبت در سامانه.	بررسی مستندات
۲	ارزیابی سلامت شغلی و معاینات پزشکی در زمان بدو به کارگیری.	بررسی مستندات
۳	ارزیابی سلامت شغلی و معاینات پزشکی دوره ای به طور سالیانه و در صورت نیاز.	بررسی مستندات
۴	انجام معاینات بازگشت به کار.	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	انجام معاینات خروج از کار و معاینات اختصاصی.	بررسی مستندات و مصاحبه
۶	ارزیابی سلامت روحی و روانی دوره ای به طور سالیانه و در موارد مورد نیاز.	بررسی مستندات و مصاحبه
۷	ایمن سازی (واکسیناسیون) کارکنان براساس پروتکل ایمن سازی بزرگسالان و افراد پر خطر.	بررسی مستندات و مصاحبه
۸	ثبت حوادث شغلی، مرخصی (استعلاجی) در پرونده سلامت.	بررسی مستندات
توضیحات	دستورالعمل ابلاغی مدیریت کنترل عفونت و حفاظت شغلی دراورژانس پیش بیمارستانی شماره ۴۰۱/۳۴۶۹۲ د مورخ ۹۵/۱۱/۱۶ - شماره ۴۰۱/۲۳۶۵۱ د مورخ ۹۵/۰۸/۰۹.	
سنجه دو	بیماری های شغلی شناسایی شده با حمایت مرکز مدیریت می شوند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	شناسایی بیماری های شغلی براساس سوابق معاینات شغلی کارکنان.	بررسی مستندات
۲	تدوین و اجرای برنامه آموزشی درخصوص بیماری های شغلی و روش های پیش گیری از آن.	بررسی مستندات
۳	اعلام نتایج و پیگیری ارجاعات کارکنان غربال شده در معاینات سلامت شغلی به متخصص.	بررسی مستندات
۴	انجام اقدامات در جهت بازیابی و بهبود سلامت شاغلین و حمایت بیمارستان از کارکنان در ابتلا به بیماری های شغلی پایدار یا تأثیرگذار بر سلامتی.	بررسی مستندات
۵	انجام اقدامات اصلاحی/پیش گیرانه/تدوین برنامه بهبود با اولویت بخش های با شیوع بالای بیماری ها و اختلالات شغلی.	بررسی مستندات
توضیحات	نامه شماره ۱۱۵/۱۸۱۳ د مورخ ۹۸/۸/۲۶ پایش سلامت جسمی و روانی - نامه شماره ۳۰۰/۵۳۱۲ د مورخ ۹۷/۴/۶ ابلاغ دستورالعمل انجام معاینات سلامت شغلی وزارت بهداشت و درمان.	



سنجه سه	عوامل زیان آور ارگونومیک محیط کار شناسایی و مدیریت می شوند.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزش یابی	
۱	بررسی میزان شیوع آسیب های اسکلتی - عضلانی شاغلین و ایستگاه های بخش های مختلف.	بررسی مستندات
۲	تعیین ریسک فاکتورهای ارگونومیک بالا در دیسپچ و عملیات.	بررسی مستندات و مشاهده
۳	کنترل عوامل ارگونومیک محیط کار، براساس اولویت بندی در مشاغل باریسک فاکتور ارگونومیک بالا.	بررسی مستندات و مشاهده
۴	ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه کنترل عوامل زیان آور ارگونومیک محیط کار.	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات	عوامل زیان آور ارگونومیک شامل آسیب های صوتی ناشی از ناسالم بودن فضا و تجهیزات دیسپچ، وضعیت نامطلوب بدنی، وارد شدن فشار بیش از حد بر روی اندام به ویژه سالم و مناسب بودن برانکارد، فقدان تناسب جسمانی و روانی میان انسان و کار، هل دادن و بلند کردن، کشیدن و حمل بار و ابزار نامناسب ایستگاه ها و وضعیت های کاری هستند. شیوع آسیب های اسکلتی عضلانی شاغلین در مشاغل دارای ریسک فاکتورهای ارگونومیک شامل تمامی بخش های اداری، براساس بازدیدهای میدانی مستمر و مستندات از بخش های مختلف انجام می شود. اقدامات اصلاحی برای کنترل عوامل زیان آور ارگونومیک مانند اصلاح کابین دیسپچ، اصلاح پوسچر مناسب براساس اولویت بندی انجام شده صورت می پذیرد. مواردی از اقدامات کارشناس بهداشت حرفه ای در راستای پیاده سازی این استاندارد: ♦ شناسایی و ارزیابی ریسک فاکتورهای ارگونومیک مشاغل مختلف ستادی و عملیاتی (علاوه بر ستاد و عملیات، واحدهای انبار، تأسیسات، تعمیرگاه و ...)، به روش های متداول؛ ♦ بازدیدهای میدانی به صورت مستمر از بخش های مختلف توسط کارشناس بهداشت حرفه ای درخصوص بررسی عوامل زیان آور ارگونومیک؛ ♦ ارائه گزارش نواقص در زمینه عوامل ارگونومیک موجود براساس بازدیدهای انجام شده و ارزیابی های کمی در واحدها به کمیته اجرایی؛ ♦ حداقل یک بار بررسی شیوع اختلالات اسکلتی عضلانی شاغلین واحدهای مختلف؛ ♦ اولویت بندی ریسک فاکتورهای موجود براساس ارزیابی های انجام شده؛ ♦ آموزش کارکنان درخصوص نحوه پیش گیری و افزایش آگاهی در زمینه ایجاد اختلالات اسکلتی عضلانی در محیط کار به صورت میدانی و با حضور در محل کار؛ ♦ تدوین و اطلاع رسانی کتابچه الکترونیک آموزشی ایمنی و سلات شغلی در حیطه عوامل زیان آور ارگونومیک؛ ♦ ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه عوامل ارگونومیک محیط کار؛ ♦ گزارش نتایج ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه عوامل ارگونومیک محیط کار به کمیته اجرایی؛ ♦ اندازه گیری عوامل زیان آور بیولوژیک محیط کار حداقل در بخش های پرخطر مرتبط با عوامل زیان آور بیولوژیک حداقل یک بار بایستی برنامه ریزی و انجام شود و در صورت هرگونه تغییر در ساختار، فرآیند،	



شکایت کارکنان، بنابر تشخیص و ارزیابی کارشناس مسئول بهداشت حرفه‌ای و پیشنهاد درخصوص تکرار و انجام ارزیابی مجدد کنترل خطر در صورت طرح در جلسه مشترک کمیته اجرایی و کنترل عفونت و تأیید اعضا کمیته بایستی نسبت به اندازه‌گیری مجدد اقدام شود. آیین‌نامه حفاظتی حمل بار دستی به شماره ۱۰۰/۶۶۶ مورخ ۹/۵/۱۱	
سنجه چهار	حوادث شغلی کارکنان با حمایت مرکز پیش‌گیری، کنترل و مدیریت می‌شوند. سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/املاک ارزش‌یابی	
روشن ارزیابی	روشن ارزیابی
۱	آموزش کارکنان درخصوص مخاطرات موجود که پتانسیل ایجاد حوادث و شبه حوادث را دارند. بررسی مستندات و مشاهده
۲	اطلاع کارکنان از دستورالعمل پیش‌گیری از حوادث آمبولانسی. مصاحبه
۳	اجرای دستورالعمل پیش‌گیری از حوادث آمبولانسی. مشاهده و مصاحبه
۴	طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی و پیش‌گیرانه. بررسی مستندات و مشاهده
۵	تدوین و اجرای برنامه بهبود در صورت بروز حوادث شغلی. بررسی مستندات
۶	حمایت مرکز از کارکنان در زمان بروز حوادث شغلی مطابق ضوابط مربوط. بررسی مستندات و مشاهده
۷	آموزش کارکنان درخصوص مخاطرات موجود که پتانسیل ایجاد حوادث و شبه حوادث را دارند. بررسی مستندات
۸	طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی و پیش‌گیرانه. بررسی مستندات
توضیحات	دستورالعمل ابلاغی مدیریت کنترل عفونت و حفاظت شغلی در اورژانس پیش‌بیمارستانی شماره ۴۰۱/۳۴۶۹۲ د مورخ ۹۵/۱۱/۱۶ - شماره ۴۰۱/۳۴۵۱ د مورخ ۹۵/۰۸/۰۹ و پیش‌گیری از حوادث آمبولانسی شماره تدوین و اطلاع‌رسانی کتابچه درس آموزی و پیش‌گیری از حوادث توصیه می‌شود. کارکنان پیش‌بیمارستانی در صورت عدم رعایت اصول کنترل عفونت می‌توانند در معرض ابتلا به بیماری‌های عفونی و مسری قرار گیرند. البته زمانی که بیماران برای گرفتن خدمت فوریت‌های پزشکی با تلفن اورژانس تماس می‌گیرند، شاید بتوان با تریاژ صحیح در مرکز دیسپچ از قبل اعزام احتمال مواجهه با یک بیماری مسری را تا حدودی مشخص کرد اما رعایت همیشگی احتیاطات استاندارد و داشتن وسایل حفاظت فردی مناسب و سایر تمهیدات همواره باید توسط این کارکنان در تمام صحنه‌ها انجام شود. برخی فاکتورهای خطر که سبب افزایش مواجهه آن‌ها با خطرات شغلی و ابتلا به بیماری عفونی می‌شود عبارتند از: داشتن تمرکز بر ارائه سریع خدمات فوریت‌های پزشکی با توجه به وخامت بیمار و کم توجهی به ضرورت حفظ ایمنی و سلامت خود. آگاهی کم و بی‌توجهی به احتمال تماس با خون و سایر مواد و ترشحات بالقوه عفونی و خطرناک بودن اینگونه مواجهه‌ها. آگاهی کم از احتمال در معرض قرار گرفتن با بیماری مسری در برخی از بیماران با علائم و نشانه‌های خطر و به عبارت دیگر بی‌توجهی به تریاژ سندرمی که براساس علائم و شکایات و نشانه‌های بیماری و شرح حال، احتمال تماس با یک عامل مسری را مطرح می‌کند. ضعف در اقدامات مهندسی پیش‌گیرانه مثل در دسترس بودن کاتترهای وریدی خودپوش، سیستم‌های بدون سرسوزن.



غفلت در اهمیت استفاده از ظروف جمع‌آوری و تفکیک وسایل تیز و برنده و دفع صحیح زباله مهارت کم و نداشتن وسایل حفاظت فردی مناسب در اقدامات پرخطری مثل بازکردن راه وریدی برای تزریقات، باندپیچی، بازکردن راه هوایی، انتوباسیون، ساکشن، کنترل خونریزی و ... آگاهی کم یا عدم تحمل یا پذیرش در اجرای احتیاطات استاندارد و احتیاطها براساس راه انتقال بیماری. آگاهی کم از موارد انجام ضدعفونی و رعایت بهداشت دست با استفاده از محلول‌های ضدعفونی‌کننده یا شست‌وشوی دست‌ها با آب و صابون. استفاده از وسایل و تجهیزات معیوب، ناقص و نامناسب. فقدان ایمن‌سازی پیش‌گیرانه، نقص در آلودگی‌زدایی وسایل و سطوح کار، نور کم محیط کار، خطرات در محیط کار مثل آتش‌سوزی، تصادفات، تماس با بیمارانی که به میزان زیادی دارای خونریزی هستند. عدم آگاهی دیسپچ در واگذاری فوریت در پیک فوریت‌ها به آمبولانس پیش از گندزدایی حمل و دفع نامناسب وسایل یکبارمصرف تیز آلوده. عدم اطلاع یا غفلت از گزارش سریع موارد مواجهات شغلی با خون یا سایر ترشحات بیماران به ارشد خود به‌منظور انجام اقدامات لازم پیش‌گیری بعد از مواجهه. سوابق کاغذی/الکترونیک حوادث شغلی کارکنان و اقدامات انجام شده در مرکز موجود باشد و کارکنان اقدامات انجام شده را در زمینه حوادث شغلی تأیید نمایند.	
---	--

فصل ۶



محور ارتباطات

منابع لازم برای ارائه خدمت در واحد ارتباطات در دسترس و آماده به کار می باشد.		استاندارد ۱
سطح سنجه: ۱	ساختار فیزیکی، زیر ساخت و امکانات رفاهی اداره ارتباطات منطبق با استاندارد می باشد.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش یابی	
مشاهده و بررسی مستندات	وجود فضای فیزیکی استاندارد و زیر ساخت های لازم.	۱
مشاهده	وجود امکانات و تجهیزات اداری مناسب و به تعداد کافی.	۲
مشاهده	امکانات و تجهیزات رفاهی مناسب و به تعداد کافی.	۳
واحد ارتباطات به دلیل اهمیت و کلیدی بودن مسئولیت ها در برقراری ارتباط بین خدمت گیرنده و ارائه دهنده خدمت لازم است از زیر ساختها و ساختار فیزیکی مطلوب جهت تداوم خدمت برخوردار باشند. زیرساخت های اولیه شامل: تأمین آب و برق عادی و اضطراری (ژنراتور و UPS) می باشد. فضای فیزیکی استاندارد شامل ساختمان و زیرساخت های لازم با اولویت زیر می باشد: مستقل بودن ساختمان مرکز فرماندهی عملیات و ارتباطات و قرار گرفتن همه اجزا در یک طبقه یا طبقات مجاور هم توصیه می شود مستقر بودن مرکز فرماندهی عملیات و ارتباطات در ساختمان ستادی اورژانس در یک طبقه مستقل و مجزا توصیه می شود.		توضیحات



مستقر بودن مرکز فرماندهی عملیات و ارتباطات در ساختمان ستادی اورژانس و قرار گرفتن بخش اداری و رفاهی پرسنل در طبقات نزدیک به هم توصیه می‌شود.

استقامت ساختمان دیسپچ در برابر حوادث و بلایای طبیعی: مقاوم‌سازی در ۵ سال اخیر صورت گرفته، ساختمان ضد زلزله می‌باشد، قدمت ساختمان ده سال به بالا می‌باشد.

نوع مالکیت ساختمان: استجاری، ملکی، دانشگاهی، سایر.

تابلو سر در وجود داشته باشد.

فضایی جهت skill lab آموزشی در دیسپچ توصیه می‌شود.

فضای مناسب جهت استقرار سرور شبکه و تجهیزات جانبی.

فضای مناسب جهت حضور کارشناس IT مستقر در دیسپچ.

فضای مناسب جهت واحد تریاژ تلفنی، واحد اعزام و راهبری آمبولانس، مشاوره پزشکی عمومی و تخصصی و پذیرش متناسب تعداد کارکنان هر بخش (مطابق شاخص‌های ابلاغی منابع انسانی وزارت بهداشت).

فضای مناسب جهت استیشن‌های پرسنل تریاژ تلفنی، پذیرش، واحد اعزام و هدایت و راهبری آمبولانس و پزشکان ۱۰۵۰ به گونه‌ای طراحی شود که استیشن‌ها با رعایت فاصله مناسب از یکدیگر قرار گرفته باشند تا سایر شاخص‌ها از جمله جلوگیری از آلودگی صدا، خستگی کارکنان، عدم تمرکز و ... محقق گردد.

مترائ سازه

- ♦ ۲۵۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش = ۴۰ متر.
 - ♦ ۵۰۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش = ۵۰ متر.
 - ♦ ۷۵۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش = ۶۰ متر.
 - ♦ ۷۵۰۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش = ۷۰ متر.
 - ♦ ۱۰۰۰۰۰۰ تا ۳۰۰۰۰۰۰ جمعیت تحت پوشش = ۱۰۰ متر.
 - ♦ ۳۰۰۰۰۰۰ متر جمعیت تحت پوشش = ۲۰۰ متر.
- وجود ساختار پشتیبان یا backup (ساختمانی که اضافه بر ساختار مرکز بوده و بتواند در زمان بحران قابلیت افزایش ظرفیت را داشته باشد).
- وجود ساختار جایگزین: سازه‌ای ثابت یا سیار بوده که در صورت تخریب ساختمان اصلی با دارابودن تجهیزات کامل به سرعت جایگزین شود.
- وجود دیسپچ سیار خودرویی.
- جانمایی استیشن سوپروایزر بخش تریاژ تلفنی در مجاورت استیشن مسئول شیفت از واحد اعزام و راهبری آمبولانس در راستای تسهیل ارتباطات.
- تعداد استیشن‌های موجود در دیسپچ ۲۰ درصد بیشتر از تعداد افراد حاضر در شیفت باشد تا در مواقع بحران استیشن‌های پشتیبان راهاندازی و استفاده گردند.
- در صورت امکان و وجود فضای کافی، ترجیحاً استیشن‌های پشتیبان همه اجزا در یک طبقه یا طبقات مجاور هم باشند.
- محل استقرار مسئول شیفت مشرف بر تمامی واحدها باشد.
- وجود فضای گردش و تردد در ابعاد مناسب از قبیل راهروها در واحد دیسپچ (این فضا طوری طراحی گردد که صندلی‌ها فضای مناسب جهت گردش کار را داشته باشند و همچنین در هنگام تعویض شیفت تداخلی در رفت و آمد پرسنل و جا به جایی افراد به وجود نیاید).



رعایت پارتیشن‌بندی بین واحدها و عدم وجود دیوار به دلیل لزوم تسهیل ارتباطی بین اجزا (ارتفاع پارتیشن ۱/۵ متر باشد). رعایت شرایط آکوستیک شامل: ♦ صدا جهت واحدهای تریاژ تلفنی، اعزام و راهبری آمبولانس، پذیرش و مشاوره پزشکی و استفاده از تایل‌های آکوستیک صدا بر روی سقف، کف، دیوارها و پارتیشن. ♦ عدم استفاده از کف سرامیکی و اشیاء براق و هم‌چنین شیشه بین کانترها. ♦ استفاده از وسایل چوبی یا MDF به جای شیشه و فلز. ♦ ارتفاع سقف واحدهای دیسپچ نباید کمتر از ۳ متر باشد. ♦ از نورهای مهتابی و خورشیدی به‌طور ترکیبی در محیط کار استفاده گردد تا روشنایی مناسبی جهت خواندن در اختیار گذارد. میز کامپیوتر و مانیتور باید پشت به پنجره محیط کار باشد یا از پرده و نورگیر استفاده شود. ♦ تأسیسات: آسانسور (در صورت طبقاتی بودن)، آب گرم و سرد، تهویه گرم و سرد، تأسیسات گرمایشی و سرمایشی - مجهز به سیستم اطفای حریق هوشمند. ♦ وجود انشعابات استاندارد شهری (آب، برق، گاز و تلفن). تجهیزات رفاهی شامل: وسایل گرمایشی و سرمایشی، تهویه مناسب و تأمین کافی هوای تازه متناسب ابعاد سالن، اینترنت و تلفن جهت اتاق استراحت پرسنل، تخت، تشک، روختی، ملحفه، بالش، پتو، کمد لباس، مایکروفر، یخچال، تلویزیون، میز تلویزیون، ماشین لباسشویی، اتو بخار، اجاق گاز، آب‌سرد کن، صندلی راحتی، جاکفشی، سالن ورزشی، سرویس ایاب و ذهاب، سرویس بهداشتی، سالن اجتماعات، محل مناسب سرو غذا، حمام، کتابخانه، نمازخانه، پارکینگ مسقف متناسب با ۲۰٪ پرسنل، مهدکودک، اتاق کمد و رختکن، انبار تجهیزات، رادیو، میزناهارخوری، سرویس قابلمه، قاشق و چنگال و کارد، پارچ و لیوان، سرویس چای خوری و چینی، سمار و کتری قوری یا چای ساز، میز تحریر، زنگ اخبار، پرده، کپسول اطفای حریق، ساعت دیواری، فرش یا موکت، جاروبرقی، چوب لباسی. تجهیزات اداری شامل: میز اداری (سطح میز کار باید به‌اندازه‌ای بزرگ باشد که جای کافی برای تمامی اشیاء و وسایل موجود باشد، سطح میز کار نباید سفید یا خیلی تیره باشد)، صندلی مخصوص ارگونومی (صندلی با کیفیت بالا و دارای پشتی بلند باشد، به‌صورتی که گودی کمر را در برگیرد و پشتی از نظر افقی و عمودی تراز باشد، صندلی چرخان باشد، دارای پایه‌ای محکم باشد، از هر نظر (زوایا و فواصل) قابل تنظیم باشد، روکش صندلی از جنسی باشد که هوا را از خود عبور داده و سبب تعریق نشود و لغزنده نباشد، حداقل عرض آن ۴۰ سانتی متر باشد)، کامپیوتر با مانیتورهای دارای قابلیت تنظیم زاویه، اسکر، وایت‌برد، فکس، پرینتر، اسپیکر، دستگاه کپی، لپ‌تاپ و مانیتورهای با سایز بزرگ (ترجیحاً سایز ۶۰) و تعداد کافی جهت پایش عملیات با قابلیت دید توسط تمامی پرسنل حاضر در شیفت، دفتر ثبت تجربه، وایت‌برد.		
سطح سنجه: ۱	تجهیزات ارتباطی برای عملکرد واحد ارتباطات/مرکز پیام موجود و آماده به‌کار می‌باشد.	سنجه دو
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
مشاهده	وجود تجهیزات ارتباطی استاندارد.	۱
مشاهده	آماده به‌کار بودن تجهیزات ارتباطی.	۲



۳	آشنایی کاربران با تجهیزات ارتباطی.	مصاحبه
۴	ایجاد امکانات جهت ردیابی آمبولانس‌ها.	مشاهده و بررسی مستندات
توضیحات	تجهیزات ارتباطی شامل: اتوماسیون عملیاتی اورژانس (آسیار با قابلیت راهبری، نظارت سیستم بر عملکرد پرسنل، پاسخ‌گویی به تماس‌های معلولین، ژئوفنس، ارتباط با نقشه‌ها (مثل نشان و بلد)، مانیتورینگ پشت خطی‌ها، گزارش‌دهی از تمام بخش‌های مأموریت‌ها، وجود داشبورد، تلفن دیجیتال، تلفن ثابت به همراه ID CALLER، اینترنت، بیسیم، همدست با قابلیت تغییر ولوم و حذف صداهای محیط، دستگاه ضبط مکالمات، خطوط هات‌لاین، سیم‌کارت معتبر داخلی (استفاده از سیم‌کارت‌های APN جهت مدیریت ارتباطات در بحران‌ها) نرم‌افزارهای مسیریابی GIS-GPS، سرویس تلفن ثابت، همراه و ماهواره‌ای، وجود نقشه حوزه سرزمینی: نرم‌افزار، دیواری، تفکیک حوزه مأموریت هر پایگاه، امکان به صدا درآوردن زنگ مأموریت در پایگاه از طریق مرکز پیام، وجود hazard map در دیسپچ. ارتباط داخلی پرسنل از طریق (مسنجر یا سایر روش‌ها). زیر ساخت بستر ارتباطی: اینترنت (آنالوگ سیم مسی، فیبر نوری)، خطوط اتصال (خطوط E1، SIP TRUNK)، ارتباط رادیویی نقطه به نقطه، سرویس مبتنی بر سیم‌کارت‌های اپراتور تلفن همراه. تجهیزات رادیویی: بی‌سیم، دکل، کابل کشی، تعداد کانال، شبکه بی‌سیم، ارتباط مکمل، چاه ارت، تکرارکننده‌ها. بهره‌مندی از سامانه مکان‌یاب گوشی‌های اتوماسیون در واحد ارتباطات.	
سنجه سه	اقدامات ایمنی و امنیت برای واحد ارتباطات برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	وجود امکانات امنیتی.	روش ارزیابی مشاهده
۲	سیستم هوشمند دسترسی به سامانه.	مشاهده
۳	امکان ضبط مکالمات (تماس‌ها).	مشاهده و بررسی مستندات
توضیحات	امکانات امنیتی: نگهبان وانتظامات مستقل، دوربین مدار بسته، کنترل هوشمند ورود و خروج، خروج اضطراری. سیستم اطفاء و اعلان حریق: وجود MAIN SERVER؛ وجود STAND BY SERVER؛ وجود BACK UP CENTER SERVER؛ امکان ذخیره اطلاعات به مدت ۱۰ سال؛ سیستم ضبط مکالمات (CALL CENTER) و آرشیوگیری مناسب؛ پشتیبان سیستم ضبط صوت؛ استفاده از خطوط E1 و روترهای پیشرفته؛	



ارتباط با ۱۱۸ توسط خط اختصاصی (MPLS)؛ ارتباط DATA BASE اتوماسیون ۱۱۵ و GPS؛ ایجاد بستر مطمئن و پرسرعت بین مرکز و مناطق مورد نظر (فیبرنوری) و استفاده از نرم‌افزارهای کاربردی مناسب (بدون مشکل) به‌عنوان اتوماسیون و گزارش‌گیر. تأمین امنیت شبکه؛ آنتی ویروس به‌روز و بستر امنیتی مناسب.		
سنجه چهار	تأمین منابع انسانی در اداره ارتباطات منطبق با استاندارد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	تعداد نیرو به‌کارگرفته شده مطابق با دستورالعمل ابلاغی.	بررسی مستندات
۲	به‌کارگیری کارکنان مطابق با شرایط احراز در واحدهای مختلف اداره ارتباطات.	بررسی مستندات
۳	چینش مناسب نیرو.	بررسی مستندات و مصاحبه
براساس نامه شماره ۲۱۲/۹۵۹/د تاریخ ۱۳۹۸/۰۵/۰۸، مشخص شدن تعداد نیرو مناسب بر حسب جمعیت تحت پوشش هر دانشگاه استاندارد تعریف می‌گردد. به‌صورتیکه جهت هر یک میلیون نفر ۳ نفر پرستار تریاژ، ۲ نفر اعزام و هدایت آمبولانس و ۱ پزشک ۵۰-۱۰۰ در هر شیفت نیاز می‌باشد. ساعت کاری واحد تریاژ تلفنی (۱۱۵) براساس کارسجی‌های صورت گرفته؛ در شرایط معمول ساعات کاری کارشناسان پرستاری طوری طراحی شود که کارشناسان ترجیحاً بعد از یک ساعت کار استراحت داشته باشند. در شرایط شلوغی و بالابودن تعداد پشت خطی‌ها، ساعات کاری و استراحت کارکنان طوری طراحی شود که کارشناسان بعد از یک ساعت و نیم کار، استراحت داشته باشند و در شرایط بحرانی براساس تصمیم مدیریت اقدام می‌گردد. ساختار و تشکیلات در دیسپچ: ♦ رییس اداره ارتباطات (حداقل کارشناسی مرتبط با چارت ابلاغی)؛ ♦ مسئول شیفت اداره ارتباطات (کارشناس مرتبط با چارت ابلاغی)؛ ♦ سوپروایزر ۱۱۵ (کارشناس مرتبط با چارت ابلاغی)؛ ♦ واحد اعزام و راهبری آمبولانس (کاردان یا کارشناس مرتبط با چارت ابلاغی)؛ ♦ واحد تریاژ تلفنی ۱۱۵ (کارشناس مرتبط با چارت ابلاغی)؛ ♦ واحد پذیرش (کارشناس مرتبط با چارت ابلاغی)؛ ♦ واحد مشاوره پزشکی (حداقل پزشک عمومی/متخصص طب اورژانس)؛ ♦ واحد آمار و IT (حداقل کارشناس مرتبط) و ♦ واحد خدمات. دوره‌های آموزشی: گذراندن دوره آموزشی بدو ورود، آموزش حین خدمت، مبانی ارتباطات اورژانس، شناخت GPS و کارکرد آن در اورژانس، دوره آموزشی تریاژ تلفنی (ویژه کارشناسان ۱۱۵).		توضیحات



مهارت‌ها: مهارت‌های رفتاری و ارتباطی، مدیریت زمان، مدیریت بحران، آشنایی کامل با اتوماسیون عملیاتی، شهرشناسی، مهارت انجام ارزیابی اولیه و سریع بیمار و مدیریت استرس. در شیفت‌بندی پرسنل به این نکته توجه شود که در هر شیفت حداقل یک نفر با تسلط نسبی به زبان انگلیسی وجود داشته باشد.		
دستورالعمل‌ها/ فرآیندهای اداره ارتباطات ابلاغ و اجرا می‌شود.		استاندارد ۲
سطح سنجه: ۱	برنامه‌ها و دستورالعمل‌های تریاژ تلفنی ابلاغ و اجرا می‌شود.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
مشاهده	در دسترس بودن دستورالعمل تریاژ تلفنی.	۱
مصاحبه	آگاهی کارکنان از دستورالعمل مربوطه.	۲
مصاحبه و بررسی مستندات	انطباق عملکرد کارکنان با دستورالعمل.	۳
موجود و در دسترس بودن: دستورالعمل جامع عملیات اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ۱۱۵/۱۱۸۰ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹، چارت سازمانی، چارت ICS، الگوریتم ویرایش جدید در هر سال، دستورالعمل اعزام بالگرد، دستورالعمل حوادث ویژه، دستورالعمل قطع سیستم اتوماسیون عملیاتی، کتاب فرآیندهای اورژانس پیش بیمارستانی، دستورالعمل واژه‌های استاندارد اداره ارتباطات، دستورالعمل توزیع کانال‌های بی‌سیم، RFP سیستم اتوماسیون عملیاتی در تمام بخش‌ها، کتاب فارماکولوژی موردنیاز برای پرستاران، کتاب‌های علمی موردنیاز و بروز به‌منظور افزایش سطح دانش پرسنل پزشکی و پرستاری، وجود کتاب تریاژ تلفنی در استیشن‌های ۱۱۵ به همراه دستورالعمل‌های اجرایی. بررسی میزان تسلط کارشناس تریاژ تلفنی با دستورالعمل‌های ابلاغی (بررسی حداقل ۱/۳ کارشناس تریاژ تلفنی). بررسی صوت کارشناسان و انطباق با دستورالعمل تریاژ تلفنی حداقل سه صوت از یک کارشناس و با نتایج مختلف (ارجاع به ۸۰۰، مشاوره، پیگیری، مزاحمت، غیراورژانسی، تماس ناموفق و متفرقه)		توضیحات
سطح سنجه: ۱	هدایت و راهبری سرویس‌های امدادی به درستی انجام و به‌صورت مستمر پایش می‌گردد.	سنجه دو
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
مشاهده	ایجاد امکانات برای ردیابی تکنسین‌ها و آمبولانس‌ها.	۱
مشاهده و بررسی مستندات	انتخاب پایگاه یا آمبولانس مناسب براساس شرایط.	۲
مشاهده و بررسی مستندات	انتخاب لجستیک آمبولانس مناسب براساس اطلاعات تریاژ تلفنی.	۳
مشاهده و بررسی مستندات	کنترل و پایش مأموریت و در صورت نیاز انجام اقدام اصلاحی.	۴



مشاهده و بررسی مستندات	هدایت عملیات با به کارگیری اتوماسیون عملیاتی و بی سیم.	۵
دستورالعمل جامع عملیات اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ۱۱۵/۱۱۸۰ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹ تعیین و ناحیه بندی مناطق براساس تراکم جمعیت منطقه، مراکز درمانی و ... می باشد. موارد قابل توجه در ارزیابی: - فعال بودن شبکه رادیویی و بی سیم ها جهت تسریع عملیات در کنار اتوماسیون عملیاتی؛ - سرعت عمل در دریافت آدرس و اعزام آمبولانس مناسب فوریت؛ - انتخاب آمبولانس نزدیک تر به آدرس براساس لوکیشن، پیشنهاد نرم افزار، الویت بندی روی نقشه یا ژئوفنس؛ - فرایند هدایت و راهبری با سامانه اتوماسیون عملیاتی؛ - الویت بندی پایگاه ها روی نقشه جهت مدیریت اعزام فاقدی کد؛ - تطابق اعزام کد با اندیکاسیون انواع لجستیک آمبولانس (آمبولانس سبک، موتورلانس، اتوبوس، امدادهوائی، دریائی و ...) به ویژه در حوادث پرتلفات؛ - فعال بودن مانیتورهای پایش عملیات (تردد آمبولانس ها، لوکیشن ها، کنترل ترافیک شهری و ...) - پایش ناوگان عملیاتی فعال توسط نرم افزارهای مربوطه؛ - استفاده از خطوط هات لاین، شهرشناسی، GPS و لوکیشن کد عملیاتی و - دسترسی به: سرویس لوکیشن، اتوماسیون عملیاتی، پایگاه، آمبولانس و تکنسین از طریق بی سیم و تلفن، بانک اطلاعاتی از طریق اینترنت، مانیتورینگ GPS و ثبت اتوماتیک زمان ها، ارتباط بی سیمی با سازمان های فرابخشی (۱۲۵، ۱۱۰ و ...)، سازمان های همکار یا پشتیبان از طریق تلفن (هلال احمر، امداد کوهستان، پلیس ۱۱۰)، تلفن پایگاه ها، مناطق، مدیر جانشین، تلفن پایگاه های خارج از حوزه سرزمینی در دانشگاه های مجاور، دوربین های کنترل ترافیک.		
سنجه سه	مشاوره های پزشکی براساس پروتکل های آفلاین و آنلاین انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	در دسترس بودن دستورالعمل / پروتکل آفلاین و آنلاین.	بررسی مستندات
۲	آگاهی کارکنان از دستورالعمل مربوطه.	مصاحبه
۳	انطباق عملکرد کارکنان با دستورالعمل.	مصاحبه
توضیحات	دستورالعمل جامع عملیات اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ۱۱۵/۱۱۸۰ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹. آشنائی با پروتکل های آفلاین، تشخیص بیماری و تعیین بخش مورد نیاز بیمار، آشنائی با آخرین ویرایش لیست دارو و تجهیزات آمبولانس، تجویز دارو، مشاوره تلفنی پرستار، مشاوره تلفنی به بیمار و همراه. امکان ارتباط پزشک مشاور با کارکنان عملیاتی از طریق بی سیم / ارتباط تلفنی / اتوماسیون عملیاتی. دسترسی ۵۰-۱۰ به: اتوماسیون، اینترنت، کتب مرجع پزشکی، دارونامه و مسمومیت ها. شرکت در کلاس های بازآموزی. وجود دیسپچ تخصصی: دسترسی به تجهیزات مرتبط با تله کاردیولوژی.	



سنجه چهار	دستورالعمل پذیرش و اعزام بیمارستانی بدرستی اجرا می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	در دسترس بودن دستورالعمل ابلاغی و دستورالعمل بومی پذیرش و اعزام*	بررسی مستندات و مشاهده
۲	آگاهی کارکنان از دستورالعمل مربوطه.	مصاحبه
۳	فرایند پذیرش مبتنی بر اطلاعات به روزرسانی شده از مراکز درمانی.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	تقسیم مراکز درمانی پذیرنده بیماران با رعایت اصل توازن.	بررسی مستندات
توضیحات	دستورالعمل جامع عملیات اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ۱۱۵/۱۱۸۰ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹ در دسترس بودن دستورالعمل تحویل بیمار به مراکز درمانی و اجرای صحیح. امکان برقراری ارتباط با آمبولانس از طریق بی سیم، تلفن. امکان دسترسی به: اینترنت پرسرعت، لیست تلفن های بیمارستان (دفتر پرستاری، سوپروایزر، اورژانس)، تلفن های سازمان ها (۱۱۰، ۱۲۵، خدمات فوریت های شهری، کنتر ترافیک، هلال احمر، شهرداری)، اطلاعات آن لاین تخت های بخش اورژانس بیمارستان ها و خدمات تخصصی، مدیر جانشین جهت رفع مشکلات، تلفن نواحی و پایگاه های تحت امر، تلفن ستاد وزارت بهداشت و دانشگاه های مجاور و قطب های مدیریت بحران، اتوماسیون. همکاران شاغل در پذیرش باید بتوانند در تعامل با مراکز درمانی/ستاد هدایت، اطلاعات به روزرسانی شده درخصوص امکاناتی از قبیل تعداد تخت خالی و لیست پزشکان متخصص مقیم/آنکال حاضر در مراکز درمانی مطلع باشند. اطلاع رسانی به رده بالاتر درخصوص مشکلات پیش آمده درخصوص بحث پذیرش بیمار. با توجه به پراکندگی مراکز درمانی محدوده عملیاتی، توزیع بیماران بین مراکز درمانی به نحوی صورت پذیرد تا ضمن دریافت خدمات تخصصی مورد نیاز مددجو از تجمع بیماران و طولانی شدن زمان ماندگاری آمبولانس ها در مراکز درمانی پیش گیری به عمل آید. دستورالعمل بومی تصمیمات آن دانشگاه در محدوده جغرافیایی خود می باشد و در صورتی که شهرستان دارای یک بیمارستان باشد امتیاز این گام N.A می گردد.	
سنجه پنج	فرایندهای سوپروایزر به درستی اجرا می گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	دسترسی به با نک اطلاعاتی افراد زیر مجموعه جهت فراخوان.	مشاهده
۲	دسترسی تلفنی/اتوماسیون به پرستاران ۱۱۵، اپراتور ۸۰۰، پزشک ۱۰-۵۰.	مشاهده
۳	امکان دسترسی ON LINE به صوت و صفحه پرستار.	مشاهده
۴	دسترسی به نقشه شهر و اطلاعات رادیویی.	مشاهده



سنجه شش	فرایندهای مسئول شیفیت به درستی اجرا می گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	دسترسی به خطوط تلفن شهری، بین شهری، داخلی.	مشاهده
۲	دسترسی به تلفن ماهواره ای داشته باشد.	مشاهده
۳	دسترسی به بانک اطلاعاتی، ICS سازمانی، پایگاه ها، نواحی، سازمان های همکار و پشتیبان، روابط عمومی، ستاد دانشگاه ها، EOC قطب، EOC دانشگاه، وزارت بهداشت، صدا و سیما.	مشاهده
۴	دسترسی به صفحات اتوماسیون و صفحات فعال آن.	مشاهده
۵	گزارش حوادث به مدیر جانشین و کسب تکلیف در فعال سازی ICS.	بررسی مستندات
۶	دسترسی به چارت اعلام وضعیت.	مشاهده
۷	دسترسی به چارت تشخیص سطح بحران.	مشاهده
استاندارد ۳	اختلالات ارتباطی و بحران ها مانع ارائه خدمات مرکز ارتباطات/ پیام نمی شود.	
سنجه یک	سیستم پشتیبان جهت تضمین برقراری ارتباط در تمام ساعات شبانه روز وجود دارد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	پیش بینی خطوط جایگزین ۱۱۵ و خطوط آنالوگ بحران در صورت بروز قطعی طی تفاهم نامه با شرکت مخابرات.	بررسی مستندات و مشاهده
۲	خطوط آنالوگ بحران موجود و فعال می باشد.	مشاهده
۳	فراهم بودن امکانات دور کاری در تمامی واحدها.	مصاحبه و مشاهده
۴	امکان پایش عملکرد هر کدام از کارکنان در زمان دور کاری.	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	دیسپیچ قادر به افزایش توان نیرو می باشد (فراخوان نیروها).	بررسی مستندات
توضیحات	موجود بودن: مستندات خطوط پشتیبان، الگوریتم درخصوص تشخیص و مقابله با حوادث نامتعارف، تعهد شرکت مخابرات جهت انتقال تماس در کمترین زمان، تفاهم نامه های همکاری و سر پل های ارتباطی تعریف شده با سازمان های همکار، ارتباط منسجم و تعریف شده با EOC، تفاهم نامه های همکاری و سر پل های ارتباطی تعریف شده با سازمان های همکار، سامانه مدیریت تخته های بیمارستانی، پکیج دسترسی به افراد کلیدی درون و برون سازمانی، برنامه فعال سازی ارتباط با بالادست - پایین دست - هم عرض، برنامه ارزیابی و پایش عملیات در زمان بحران، برنامه سویچ شدن دیسپیچ BACK UP، برنامه فرایند دریافت و تأیید خبر، job action sheet با رویکرد به ICS، برنامه فعال سازی ICS، چک لیست های تجهیزاتی، فرایندهای پیش بینی شده درخصوص استفاده از الگوریتمی خلاصه شده و سریع در شرایط اضطرار، مستندات بهره برداری از سیستم دور کاری در زمان های قبلی.	



در زمان دورکاری: تجهیزات لازم به میزان حداقل ۲۰ درصد نیروها موجود باشد. تجهیزات دور کاری شامل: مودم، سیم کارت، همدست، کامپیوتر یا لپ تاپ به تعداد نیروها وجود داشته باشد. برگزاری مانور به صورت دوره‌ای. نیروها آموزش لازم درخصوص مقابله با بحران را دیده‌اند (دارویی، انسان ساز).		
سنجه دو	دیسپیچ پشتیبان ثابت / سیار جهت تضمین برقراری ارتباط در تمام ساعات شبانه‌روز وجود دارد.	سطح سنجه: ۲
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
روش ارزیابی		
۱	مستندات دال بر وجود دیسپیچ پشتیبان ثابت/ سیار.	بررسی مستندات
۲	بررسی عملیاتی بودن تجهیزات موجود در دیسپیچ پشتیبان ثابت/ سیار.	مشاهده و مصاحبه
۳	مهارت کارکنان در آماده‌سازی و فعال کردن دیسپیچ پشتیبان ثابت/ سیار.	مصاحبه
توضیحات	ساختار جایگزین/ پشتیبان سازه‌ای ثابت یا سیار بوده که در صورت تخریب ساختمان اصلی با دارا بودن تجهیزات کامل به سرعت جایگزین شود. - وجود چک لیست تجهیزات؛ - وجود مستندات بهره‌برداری از تجهیزات و - وجود مستندات بازدهی دوره‌ای جهت اطمینان از فعال بودن سیستم.	
سنجه سه	قطع برق در تمام ساعات شبانه‌روز مانع از ارائه خدمات در مرکز ارتباطات نمی‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
روش ارزیابی		
۱	وجود و آماده به کار بودن UPS.	مشاهده
۲	آماده به کار بودن ژنراتور/ ژنراتورهای اصلی برق اضطراری/ پنل خورشیدی.	مشاهده
۳	وجود مستندات بازدید دوره‌ای بررسی فنی و نگهداری ژنراتورهای اصلی و پشتیبان.	بررسی مستندات
توضیحات	وجود ups جهت برقرار بودن برق قبل از شروع به کار دیزل ژنراتور و جلوگیری کردن از ایجاد وقفه احتمالی تا قبل از روشن شدن ژنراتور باید بررسی شود. اهم نکات در مدیریت ژنراتور: - وجود شناسنامه برای دستگاه‌ها؛ - تعمیرات و نگهداری به موقع؛ - سرویس‌های پیش گیرانه؛ - ارزیابی مستمر و مدون براساس چک لیست؛ - ثبت سوابق تعمیراتی در شناسنامه؛ - مسیر مناسب ورودی و خروجی هوا و - محل مناسب خروجی دودکش با رعایت مسایل ایمنی و حفاظتی.	



شاخص‌های عملکردی شناسایی، پایش و در موارد لازم اقدام اصلاحی انجام می‌گردد.		استاندارد ۴
سطح سنجه: ۲	شاخص‌های عملکردی واحد ارتباطات شناسایی و اندازه‌گیری می‌شود.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات	تعیین فهرستی از شاخص‌های عملکردی	۱
بررسی مستندات	وجود شناسنامه شاخص‌ها	۲
بررسی مستندات و مصاحبه	پایش شاخص‌ها در محدوده زمانی تعیین شده	۳
شاخص‌ها حداقل شامل: ♦ بررسی کنترل کیفیت تریاژ تلفنی طی بررسی صوت؛ ♦ بررسی کنترل کیفیت مأموریت‌ها؛ ♦ بررسی زمان‌ها (در تمامی مقاطع از شروع تماس تا اعزام یا مشاوره)؛ ♦ بررسی میزان رضایت‌مندی مددجویان از کارشناسان ۱۱۵؛ ♦ بررسی میزان رضایت‌مندی کارکنان عملیاتی از عملکرد دیسپچ و ♦ بررسی درصد تبدیل تماس‌های ۱۱۵ به مأموریت. واحد تریاژ تلفنی: میانگین زمان پاسخ‌گویی پرستار، پایش صوت کارکنان و تطبیق با دستورالعمل تریاژ تلفنی، کیفیت تکمیل فرم (شرح‌حال‌گیری، آدرس صحیح، برچسب‌گذاری مناسب)، آموزش بدو ورود. واحد اعزام و راهبری آمبولانس: گذراندن دوره شهرشناسی در ابتدای دوره کار به صورت علمی و تئوری، انتخاب لجستیک صحیح متناسب شرایط فوریت، پایش آمبولانس‌ها (بهرمندی از GPS) و هدایت تا رسیدن به صحنه حادثه، برقراری ارتباط مستقیم و هات‌لاین با سایر سازمان‌های امدادی در صورت نیاز، دسترسی به نقشه منطقه ضمن الویت‌بندی پایگاه‌های نزدیک در هر منطقه/ ژئوفنس، دسترسی به پایگاه و آمبولانس از طریق تلفن/بی‌سیم/اتوماسیون عملیاتی، دسترسی به مدیر جانشین، دسترسی به تلفن اداره ارتباطات خارج حوزه سرزمینی دانشگاه‌های مجاور، مدت زمان ماندگاری مأموریت در ۸۰۰. واحد مشاوره پزشکی: حضور کامل پزشک مشاور، آشنایی با دستورالعمل‌های ابلاغی سازمان (دستورالعمل تریاژ تلفنی، پروتکل آفلاین و آنلاین، دستورالعمل دارو و تجهیزات اورژانس پیش‌بیمارستانی و ...)، بررسی دسترسی کارکنان عملیاتی به واحد ۵۰-۱۰ طریق تلفن و بی‌سیم، تکمیل صحیح فرم (دستورات دارویی، تشخیص‌های پزشکی، تعیین سانتر درمانی موردنیاز و مشاوره مجدد پزشکی قبل از اخذ امضا و ...) واحد پذیرش: وجود دستورالعمل توزیع و مناسب بیماران/مصدومین، اعزام آمبولانس‌ها به بیمارستان نزدیک و مناسب، امکان برقراری ارتباط بی‌سیم/تلفنی با آمبولانس، وجود لیست تلفن‌های بیمارستان (دفتر پرستاری، سوپروایزر، اورژانس)، دسترسی به تلفن سازمان‌های امدادی (۱۲۵، ۱۱۰، خدمات فوریت‌های شهری، کنترل ترافیک، هلال‌احمر)، دسترسی به اطلاعات آن‌لاین تخت‌های بخش اورژانس بیمارستان‌ها و		



خدمات تخصصی (در تعامل با واحد MCMC)، امکان دسترسی به مدیر جانشین جهت رفع مشکلات، اطلاع رسانی به رده بالاتر درخصوص مشکلات پیش آمده درخصوص بحث پذیرش بیمار، دسترسی به تلفن نواحی و پایگاه های تحت امر، دسترسی به تلفن EOC وزارت بهداشت و دانشگاه های مجاور و قطب های مدیریت بحران و دسترسی به نقشه حوزه سرزمینی.		
سنجه دو	شاخص های عملکردی تحلیل شده و اقدام اصلاحی براساس آن تدوین و اجرا می شود.	سطح سنجه: ۲
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	تحلیل شاخص های عملکردی به صورت دوره ای.	روش ارزیابی بررسی مستندات
۲	برنامه ریزی جهت اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	اجرای برنامه اصلاحی.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	♦ با توجه به مشکلات و نواقص موجود اقدامات اصلاحی باید طراحی، برنامه ریزی و اجرا گردد. ♦ مشاهده مستندات اقدامات اصلاحی صورت گرفته.	

فصل ۷



مدیریت پایگاه

پایگاه اورژانس پیش بیمارستانی شهری، جاده‌ای و هوایی منطبق با برنامه آمایش سرزمینی و برنامه توسعه کشور می‌باشد.		استاندارد ۱
پوشش خدمات اورژانس پیش بیمارستانی منطبق با شاخص‌های عملکردی اورژانس می‌باشد.	سطح سنجه: ۱	سنجه یک
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
تعداد پایگاه‌ها منطبق با برنامه آمایش سرزمینی.	روشن ارزیابی	۱
نوع پایگاه موجود مطابق با برنامه آمایش سرزمینی.	بررسی مستندات	۲
استقرار پایگاه‌ها منطبق با شاخص‌های عملکردی (جمعیت، بعد مسافت، زمان).	بررسی مستندات و مشاهده	۳
طرح پوشش فراگیر، ابلاغ هیات وزیران به شماره نامه ۳۴۳۸۹/۱۵۵۰۸۱ مورخ ۱۳۸۶/۰۹/۲۵ تاریخ ابلاغ ۱۳۹۸/۰۱/۱۹. پایگاه می‌تواند جاده‌ای، شهری، هوایی باشد. پایگاه شهری: پایگاهی است که در شهرهای با جمعیت بیش از ۲۰ هزار نفر ایجاد می‌شود. پایگاه جاده‌ای: این پایگاه در آزادراه‌ها، بزرگراه‌ها، راه‌های اصلی، راه‌های فرعی و روستایی، شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر ایجاد می‌گردد، فاصله استاندارد بین دو پایگاه جاده‌ای حداقل ۴۰ کیلومتر می‌باشد مگر آنکه حداکثر زمان رسیدن به محل حادثه از نزدیکترین پایگاه، در جاده‌های اصلی بیش از ۱۴ دقیقه و در جاده‌های فرعی و روستایی بیش از ۲۰ دقیقه باشد. پایگاه هوایی: پایگاهی است که با استفاده از آمبولانس هوایی به ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی به		
		توضیحات



بیماران و مصدومان می‌پردازد. این پایگاه‌ها مطابق با برنامه عملیاتی سازمان اورژانس کشور راه‌اندازی می‌گردند. پایگاه هوایی با آمبولانس‌های بال متحرک جهت انجام خدمات فوریت‌های پزشکی در مناطق صعب العبور، محورهای حادثه خیز، محورهای پر تردد، مناطقی که ارائه خدمات استاندارد فوریت‌های پزشکی در زمان مناسب میسر نگردیده باشد یا دسترسی زمینی به محل امکانپذیر نباشد با در نظر گرفتن امکان تأمین و استفاده از آمبولانس هوایی ایجاد می‌شود. امکان برقراری تماس: تنها شماره تلفن اختصاصی اورژانس پیش بیمارستانی شماره تلفن سه رقمی ۱۱۵ می‌باشد که امکان برقراری تماس با این شماره از طریق تلفن همراه یا ثابت وجود دارد.		
سنجه دو	ساختار فیزیکی، زیرساخت و امکانات رفاهی پایگاه منطبق با دستورالعمل‌های ابلاغی می‌باشد. سطح سنجه: ۱	روش ارزیابی
۱	وجود سازه براساس نقشه تیپ ابلاغ شده.	مشاهده
۲	وجود تجهیزات و امکانات بهداشتی.	مشاهده
۳	وجود امکانات زیرساختی اولیه.	مشاهده
۴	وجود تجهیزات سرمایش و گرمایش.	مشاهده
۵	وجود تجهیزات اداری و دفتری و رفاهی.	مشاهده
توضیحات	ابلاغ نقشه تیپ سازه به شماره نامه ۱۱۵/۶۵۴ د مورخ ۱۳۹۹/۰۹/۲۳. پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی در زمان بهره‌برداری باید دارای انشعابات آب، برق، گاز و تلفن بوده و در پایگاه‌های جاده‌ای در صورت عدم امکان دسترسی به آب لوله کشی، تأمین آب شرب بهداشتی و شست‌وشو از طریق مخازن مورد قبول می‌باشد. ایگاه اورژانس براساس دستورالعمل‌های ابلاغی سازمان می‌بایست دارای اقلام اداری و رفاهی اعم از میز تحریر، صندلی گردان، دفاتر پایگاه، ملزومات اداری مصرفی (کاغذ، خودکار، منگنه، کازیه و...) کولر (آبی یا گازی براساس منطقه جغرافیایی)، سیستم گرمایش (بخاری، رادیاتور)، کمد فایل، کمد بایگانی، کتابخانه، کامپیوتر و متعلقات مربوطه، یخچال، تخت، کمد لباس، پتو، ملحفه و بالش تلویزیون، آبسردکن، مایکروفر، اتو، لباسشویی، جارو برقی، فرش یا موکت، وسایل پخت و پز، سماور و ... باشد. امکانات بهداشتی حداقل شامل صابون مایع، تجهیزات خشک کردن دست‌ها و دستمال کاغذی ترجیبا رولی و سطل درب دار پدالی است.	
سنجه سه	تجهیزات ارتباطی موجود و آماده به کار می‌باشد. سطح سنجه: ۱	روش ارزیابی
۱	وجود دکل بی‌سیم در پایگاه و استقرار صحیح آن مطابق با دستورالعمل‌های ابلاغی اورژانس کشور.	مشاهده
۲	دسترسی به سامانه اتوماسیون اداری و عملیاتی و امکان گزارش‌گیری در سطوح مختلف.	مشاهده
۳	وجود و آماده به کار بودن بی‌سیم پایگاهی.	مشاهده
۴	نصب و آماده به کار بودن UPS جهت سیستم ارتباطی.	مشاهده



مشاهده	وجود و آماده به کار بودن تلفکس و پرینتر در پایگاه.	۵
مشاهده	آگاهی و مهارت کارکنان در کار با تجهیزات ارتباطی.	۶
دستورالعمل جامع عملیات اورژانس به شماره نامه ۱۱۸۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹. امکانات ارتباطی شامل دکل بی سیم، سامانه آسایار، بی سیم پایگاهی، UPS، تلفکس وجود دارد. دکل بی سیم براساس استانداردهای ابلاغی اورژانس کشور با رعایت نکات موارد ایمنی در محوطه پایگاه / پشت بام وجود دارد. پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی در زمان بهره‌برداری باید دارای سیستم اتوماسیون عملیاتی اورژانس ۱۱۵ اعم از نرم‌افزار، سخت افزار که به صورت ۲۴ ساعته فعال و آماده به کار باشد و امکان گزارش گیری در سطح دسترسی فراهم گردد. تبصره: تمامی آمبولانس‌های اورژانس پیش بیمارستانی علاوه بر دارابودن سیستم الکترونیکی می‌بایست فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش بیمارستانی (PCR) در اختیار داشته باشند. پایگاه‌های اورژانس براساس دستورالعمل ابلاغی می‌بایست به بی سیم پایگاه از نوع دیجیتال و مجهز به سیستم UPS به منظور جلوگیری از اختلال عملکرد در زمان قطع برق و با قابلیت ارتباط با مرکز ارتباطات و آمبولانس‌های پایگاه مجهز باشند. پایگاه اورژانس به منظور برقراری ارتباط تلفنی و هم‌چنین دریافت یا ارسال گزارشات به صورت فیزیکی می‌بایست دارای خط تلفن و دستگاه فکس باشند.		
سنجه چهار	نیروی انسانی واجد شرایط در پایگاه آماده به کار می‌باشد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
روشن ارزیابی	به کارگیری کارکنان مطابق با شرایط احراز و توانمندی‌های مورد نیاز.	بررسی مستندات و مصاحبه
۱	تعداد نیروی انسانی مطابق با چارت مصوب.	بررسی مستندات
۲	نامه ابلاغی شماره ۱۳۹۸/۰۵/۰۸ مورخ ۱۳۹۸/۰۵/۰۸ اورژانس یک کد: ۹ پست، دو کد: ۱۵ پست، هوایی: ۴ پست، دریایی: ۹ پست، موتور آمبولانس: ۳ پست به ازای هر ۴ پایگاه اورژانس یک مسئول پایگاه. رشته شغلی‌های مرتبط جهت فعالیت در پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی شامل کاردان و کارشناس فوریت‌های پزشکی، پرستاری، هوشبری می‌باشد. به کارگیری رشته شغلی امدادگر راننده در اورژانس پیش بیمارستانی ممنوع می‌باشد. نیروی انسانی به کار گرفته شده، دارای گواهینامه رانندگی مرتبط با ناوگان عملیاتی، می‌باشد. در چینه نیروی انسانی استفاده از دو نیروی جدید ورود یا با سابقه کم در یک شیفت ممنوع می‌باشد.	توضیحات
استاندارد ۲	پایگاه اورژانس هوایی منطبق با برنامه آمایش سرزمینی و برنامه توسعه کشور می‌باشد.	
سنجه یک	پوشش خدمات اورژانس هوایی منطبق با شاخص‌های عملکردی اورژانس می‌باشد.	سطح سنجه: ۲
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
روشن ارزیابی	تعداد پایگاه منطبق با برنامه آمایش سرزمینی می‌باشد.	بررسی مستندات
۱	محل پایگاه اورژانس هوایی در مکانی مستقل و مناسب (HEMS BASE) ایجاد شده است.	مشاهده
۲		



۳	تعداد پدهای بالگرد موجود در دانشگاه (بیمارستانی، جاده‌ای، شهری، مراکز بهداشتی، سایر) طبق دستورالعمل ابلاغی می‌باشد.	بررسی مستندات و مشاهده
۴	الزامات ایمنی پد بالگرد رعایت شده است.	مشاهده
توضیحات	طرح پوشش فراگیر، ابلاغ هیات وزیران به شماره نامه ۳۴۳۸۹/۱۵۵۰۸۱ مورخ ۱۳۸۶/۰۹/۲۵ تاریخ ابلاغ ۱۳۹۸/۰۱/۱۹. پایگاه می‌تواند جاده‌ای، شهری، هوایی باشد. پایگاه هوایی: پایگاهی است که با استفاده از آمبولانس هوایی به ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی به بیماران و مصدومان می‌پردازد. این پایگاه‌ها مطابق با برنامه عملیاتی سازمان اورژانس کشور راه‌اندازی می‌گردند. پایگاه هوایی با آمبولانس‌های بال متحرک جهت انجام خدمات فوریت‌های پزشکی در مناطق صعب العبور، محورهای حادثه خیز، محورهای پرتردد، مناطقی که ارائه خدمات استاندارد فوریت‌های پزشکی در زمان مناسب میسر نگردیده باشد یا دسترسی زمینی به محل امکان‌پذیر نباشد با در نظر گرفتن امکان تأمین و استفاده از آمبولانس هوایی ایجاد می‌شود. دستورالعمل جامع اورژانس هوایی ویرایش دوم ابلاغیه (شماره ۴۰۱/۷۵ د مورخ ۱۳۹۶/۰۴/۲۹).	
	ساختمان فیزیکی، زیرساخت و امکانات رفاهی پایگاه هوایی منطبق با دستورالعمل‌های ابلاغی می‌باشد.	سطح سنج: ۲
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	وجود سازه براساس دستورالعمل (به زودی ابلاغ می‌گردد).	روشن ارزیابی
۲	وجود تجهیزات و امکانات بهداشتی.	مشاهده
۳	وجود امکانات زیرساختی اولیه.	مشاهده
۴	وجود تجهیزات گرمایش، سرمایش و رفاهی.	مشاهده
۵	وجود تجهیزات اداری و دفتری.	مشاهده
۶	وجود دفتر ثبت وقایع روزانه پایگاه اورژانس هوایی، دفاتر تحویل و تحول، چک‌لیست‌های تجهیزاتی آمبولانس هوایی، دفتر ثبت سوابق و تجربه تکنسین‌های اورژانس هوایی، دستورالعمل‌های صادره از سازمان اورژانس کشور.	مشاهده و مصاحبه
راهنمای فضای فیزیکی پایگاه اورژانس هوایی (به زودی ابلاغ می‌گردد). پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی در زمان بهره‌برداری باید دارای انشعابات آب، برق، گاز و تلفن می‌باشد. پایگاه اورژانس براساس دستورالعمل‌های ابلاغی سازمان می‌بایست دارای اقلام اداری و رفاهی اعم از میز تحریر، صندلی گردان، دفاتر پایگاه، ملزومات اداری مصرفی (کاغذ، خودکار، منگنه، کازیه و...) کولر (آبی یا گازی براساس منطقه جغرافیایی)، سیستم گرمایش (بخاری، رادیاتور)، کمد فایل، کمد بایگانی، کتابخانه، کامپیوتر و متعلقات مربوطه، یخچال، تخت، کمد لباس، پتو، ملحفه و بالش تلویزیون، آبسردکن، مایکروفر، اتو، لباسشویی، جارو برقی، فرش یا موکت، وسایل پخت و پز، سماور و ... باشد. امکانات بهداشتی حداقل شامل صابون مایع، تجهیزات خشک کردن دست‌ها و دستمال کاغذی ترجیحاً رولی و سطل درب دار پدالی است. دستورالعمل جامع اورژانس هوایی ویرایش دوم ابلاغیه (شماره ۴۰۱/۷۵ د مورخ ۱۳۹۶/۰۴/۲۹). ابلاغ دفتر ثبت وقایع روزانه پایگاه اورژانس هوایی به شماره ۴۰۱/۲۱۳۲ د مورخ ۱۳۹۶/۰۸/۱۵.		



سنجه سه	تجهیزات ارتباطی و ایمنی موجود و آماده به کار می‌باشد.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	روش ارزیابی
۱	دسترسی به سامانه آسایار و امکان گزارش‌گیری در سطوح دسترسی (وجود گوشی‌های هوشمند با سیستم عامل اندروید یا نوت در پایگاه هوایی و دیسپچ اورژانس ۱۱۵ جهت ارسال پیام‌های از قبل تعریف شده و ارسال منظم موقعیت بالگرد به دیسپچ و همچنین قابلیت عکس‌برداری و فیلم‌برداری و نیز اپلیکیشن‌های کاربردی GPS ضروری می‌باشد).	بررسی مستندات و مشاهده
۲	نصب و آماده به کاربودن UPS جهت سیستم ارتباطی.	مشاهده
۳	وجود و آماده به کاربودن تجهیزات ارتباطی شامل تلفکس، تلفن، اینترنت، لب‌تاپ.	مشاهده
۴	وجود امکانات ایجاد ارتباط بی‌سیم بین دیسپچ، اتاق عملیات پرواز و پایگاه اورژانس هوایی و بالگرد.	مشاهده
۵	وجود نقشه موزائیکی و نصب آن در پایگاه هوایی و اتاق عملیات پرواز ارگان ارائه‌دهنده خدمات بالگردی (در صورت وجود).	مشاهده
۶	وجود تلفن ماهواره‌ای برای ایجاد پوشش ارتباطی در نقاط کور.	مشاهده
۷	وجود و آماده به کاربودن دو دستگاه بیسیم دستی و دو دستگاه واکتی تاکی مجهز به هندزفری و تجهیزات لازم.	مشاهده
۸	وجود تجهیزات HLO و LZO در پایگاه‌های اورژانس هوایی جاده‌ای و شهری و در بیمارستان‌های محل نشست و برخاست بالگرد.	مشاهده
۹	وجود دکل بی‌سیم در پایگاه و استقرار صحیح آن مطابق با دستورالعمل‌های ابلاغی اورژانس کشور.	مشاهده
۱۰	آگاهی و مهارت کارکنان در کار با تجهیزات ارتباطی.	مصاحبه
توضیحات	دستورالعمل جامع عملیات اورژانس به شماره نامه ۱۱۸۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹. امکانات ارتباطی شامل دکل بی‌سیم، سامانه آسایار، بی‌سیم پایگاهی، UPS، تلفکس وجود دارد. دکل بی‌سیم براساس استانداردهای ابلاغی اورژانس کشور با رعایت نکات موارد ایمنی در محوطه پایگاه/پشت بام وجود دارد. پایگاه‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی در زمان بهره‌برداری باید دارای سیستم اتوماسیون عملیاتی اورژانس ۱۱۵ اعم از نرم‌افزار، سخت‌افزار که به صورت ۲۴ ساعته فعال و آماده به کار باشد و امکان گزارش‌گیری در سطح دسترسی فراهم گردد. تبصره: تمامی آمبولانس‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی و آمبولانس هوایی (بالگردها) علاوه بر دارابودن سیستم الکترونیکی می‌بایست فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش‌بیمارستانی (PCR) در اختیار داشته باشند. پایگاه‌های اورژانس براساس دستورالعمل ابلاغی می‌بایست به بی‌سیم پایگاه از نوع دیجیتال و مجهز به سیستم UPS به منظور جلوگیری از اختلال عملکرد در زمان قطع برق و با قابلیت ارتباط با مرکز ارتباطات و آمبولانس‌های پایگاه مجهز باشند. پایگاه اورژانس به منظور برقراری ارتباط تلفنی و همچنین دریافت یا ارسال گزارشات به صورت فیزیکی می‌بایست دارای خط تلفن و دستگاه فکس باشند. دستورالعمل جامع اورژانس هوایی ویرایش دوم ابلاغیه (شماره ۴۰۱/۷۵ مورخ ۱۳۹۶/۰۴/۲۹).	



ابلاغ جزوه آموزشی HLO و LZO به شماره ۴۰۱/۷۵۹/د مورخ ۱۳۹۶/۰۴/۲۹. ابلاغ وجود تجهیزات لازم در آمبولانس‌های زمینی جهت هدایت و عملیات مارشال در منطقه فرود بالگرد به شماره ۴۰۱/۶۵۶/د مورخ ۱۳۹۶/۰۴/۱۸. ابلاغ فرم گزارش مراقبت اورژانس هوایی (PCR) به شماره ۴۰۱/۱۳۸۴۲/د مورخ ۱۳۹۵/۰۵/۰۵.		
سنجه چهار	نیروی انسانی واجد شرایط در پایگاه آماده به کار می‌باشد.	سطح سنجه: ۲
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	کارکنان مطابق با شرایط احراز و توانمندی‌های موردنیاز به کارگیر گرفته شده‌اند.	مشاهده و بررسی مستندات
۲	کلیه کارکنان به شرح وظایف خود آگاه می‌باشند	مصاحبه
۳	گروه پزشکی آمبولانس هوایی ترجیحاً یک پزشک و یک نیروی پیراپزشک با مدرک پرستاری یا هوشبری یا فوریت‌های پزشکی و در صورت کمبود یا نبود پزشک، دو نفر نیرو که مدرک آکادمیک فوق‌الذکر را داشته باشند.	مصاحبه و بررسی مستندات
۴	کروی پزشکی آمبولانس هوایی لازم است، کارگاه چهار روزه AMT (اصول انتقال هوایی) مورد تأیید سازمان اورژانس کشور را گذرانده باشند تا بتوانند در بالگرد فعالیت نمایند.	مشاهده
توضیحات	نامه ابلاغی شماره ۲۱۲/۹۵۹/د مورخ ۱۳۹۸/۰۵/۰۸. ورژانس یک کد: ۹ پست، دو کد: ۱۵ پست، هوایی: ۴ پست، دریایی: ۹ پست، موتور آمبولانس: ۳ پست. ارجح آن است که نیروهای تیم پزشکی پروازی هر پایگاه ۴ نفر از نیروهای رسمی، پیمانی، با تجربه و توانمند از نظر جسمی و علمی انتخاب گردند که در هر ماه، ۱۵ روز از طلوع آفتاب تا غروب آفتاب، عملیات هوایی را پوشش دهند. نیروی انسانی به کار گرفته شده در پایگاه اورژانس هوایی می‌بایست علاوه بر گواهینامه‌های مورد لزوم در پایگاه زمینی، دارای گواهی AMT باشد. در چینه نیروی انسانی استفاده از دو نیروی جدید الورد یا با سابقه کم در یک شیفت ممنوع می‌باشد. عدم جابه‌جایی نیروهای اورژانس هوایی با توجه ویژه به مهارت، توانایی، دانش و تجربه پرسنل در راستای افزایش سطح ایمنی در خدمات اورژانس هوایی (براساس نامه‌های ارسالی ۱۱۵/۵۰۹ مورخ ۱۴۰۰/۰۳/۲۷، ۱۱۵/۳۱۱ مورخ ۱۳۹۸/۰۳/۳۱، ۴۰۱/۲۳۶۴ د مورخ ۱۳۹۶/۰۹/۱۱ و ۴۰۱/۶۹۲۴ د مورخ ۱۳۹۴/۰۳/۲۷) دستورالعمل جامع اورژانس هوایی ویرایش دوم ابلاغیه (شماره ۴۰۱/۷۵ د مورخ ۱۳۹۶/۰۴/۲۹).	
سنجه پنج	الزامات فرآیندی مرتبط با بالگرد و تیم پروازی در پایگاه هوایی موجود می‌باشد.	سطح سنجه: ۲
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	الزامات فرآیندی مراکز درمانی محل فرود بالگرد و فعال‌بودن کد ۳۵۰ در مراکز درمانی محل نشست و برخاست بالگرد مطابق با دستورالعمل جامع خدمات آمبولانس هوایی.	بررسی مستندات و مشاهده
۲	الزامات پایگاه‌های جاده‌ای و شهری مرتبط با عملیات آمبولانس هوایی براساس دستورالعمل جامع خدمات آمبولانس هوایی رعایت می‌شود.	بررسی مستندات



۳	وجود فرم‌های مأموریت و ثبت دقیق و قایع، زمان‌ها، مشخصات بیمار، اقدامات درمانی و علائم حیاتی (فرم مأموریت هوایی).	بررسی مستندات و مشاهده
۴	وجود دفاتر ثبت تحویل و تحول روزانه آمبولانس هوایی (تجهیزات پزشکی مصرفی و غیرمصرفی طبق آخرین ویرایش).	مشاهده
۵	وجود دفاتر ثبت مأموریت‌ها به صورت گزارش روزانه.	مشاهده
۶	مستندات بایگانی و نگهداشت فرم‌های مأموریت حداقل به مدت ۱۰ سال در پایگاه موجود می‌باشد.	مشاهده
۷	ثبت به موقع آمار و اطلاعات در سامانه پورتال اورژانس کشور (Ems.health.gov.ir) شامل: کلیه فرم‌های مرتبط با اورژانس هوایی (فرم داشبورد مدیریتی پایگاه اورژانس هوایی سازمان اورژانس، فرم هزینه‌های ماهانه اورژانس هوایی، فرم مشخصات پروازهای اورژانس هوایی به/از فرودگاه‌های کشور، فرم اطلاعات پدهای موجود و موردنیاز حوزه سرزمینی دانشگاه‌های علوم پزشکی، فرم گزارش مخاطرات و تهدیدات در خدمات آمبولانس هوایی (SMS)، لیست کارگاه یا دوره‌های آموزشی برگزار شده مرتبط با اورژانس هوایی، ۴ فرم شناسنامه‌ای پایگاه اورژانس هوایی، خلاصه اطلاعات پایگاه اورژانس هوایی	مشاهده و بررسی مستندات
۸	اجرای سیستم مدیریت ایمنی در خدمات آمبولانس هوایی (SMS) در مأموریت‌های اورژانس هوایی و گزارش مخاطرات	بررسی مستندات
توضیحات	الزامات فرآیندی مراکز درمانی محل فرود بالگرد و فعال بودن کد ۳۵۰ در مراکز درمانی محل نشست و برخاست بالگرد شامل موارد ذیل می‌باشد: - تشکیل تیم ۳۵۰ شامل: گروه بالینی و گروه ایمنی و امنیت به مسئولیت سوپروایزر بالینی بعنوان رئیس تیم ۳۵۰ (رجوع شود به دستورالعمل کد ۳۵۰ ابالشی از سازمان اورژانس کشور). - اجرای دستورالعمل کد ۳۵۰ در بیمارستان و مشخص کردن سرپرست و اعضای تیم و همین‌طور مسئول گروه ایمنی و امنیت با ابلاغ رئیس بیمارستان صورت می‌گیرد. - ایجاد حلقه امنیتی برای جلوگیری از نزدیک شدن مردم و تماشاگران به بالگرد در زمان فرود بالگرد توسط گروه ایمنی و امنیت. - ارتباط مستمر سوپروایزر بالینی مسئول تیم کد ۳۵۰ و پاسخ‌گویی به دیسپچ اورژانس جهت تسهیل هماهنگی‌های لازم و آمادگی تیم ۳۵۰ گروه ایمنی و امنیت و گروه بالینی قبل از فرود بالگرد. الزامات فرآیندی پایگاه‌های جاده‌ای و شهری مرتبط با عملیات آمبولانس هوایی شامل موارد ذیل می‌باشد: - وجود و نصب نقشه‌های موزائیکی نشان‌گذاری شده در پایگاه و آمبولانس‌های زمینی براساس مختصات جغرافیایی، آموزش استفاده از این نقشه در فراخوان آمبولانس هوایی و هدایت آمبولانس هوایی به صحنه حادثه با مسئولیت مسئول پایگاه مربوطه و آموزش کلیه پرسنل برای استفاده از نقشه. - کلیه پرسنل مستقر در پایگاه‌های شهری و جاده‌ای علی‌الخصوص پایگاه‌های جاده‌ای می‌بایستی در دوره‌های آموزشی LZO افسر ایمنی محل فرود بالگرد، اصول انتخاب محل فرود بالگرد، روش نزدیک شدن به بالگرد و حفظ ایمنی و آشنایی با مبانی AMT شرکت نمایند. - آموزش پرسنل زمینی درخصوص مدیریت صحنه، فراهم آوری و امکان فرود بالگرد در صحنه، تعامل و همکاری با پلیس و دیگر سازمان‌های امدادی جهت تأمین ایمنی و امنیت فرود بالگرد.	



	♦ تأمین تجهیزات LZO و استقرار آن در آمبولانس‌های پایگاه‌های جاده‌ای و شهری جهت حفظ ایمنی و هدایت بالگرد شامل: کلاه ایمنی، باتوم چراغ دار، محافظ گوش، جلیقه شب نما، کاور اورژانس، عینک محافظ چشم از هر کدام دو عدد. ♦ استاندارد بالگرد براساس استاندارد شماره ۱-۱۴۳۴۹ و ۲-۱۴۳۴۹ (قسمت ۱): الزامات وسایل پزشکی مورد استفاده در آمبولانس‌های هوایی به شماره استاندارد ۱-۱۴۳۴۹ و قسمت ۲): الزامات عملیاتی و فنی آمبولانس‌های هوایی به شماره استاندارد ۲-۱۴۳۴۹ (شورای عالی استاندارد می‌باشد، ضروری است آمبولانس هوایی چابک و قابلیت آن را داشته باشد تا ظرف مدت حداکثر ۳ دقیقه از زمان اعلام مأموریت به سمت مددجو پرواز نماید. ♦ دستورالعمل جامع اورژانس هوایی ویرایش دوم ابلاغیه (شماره ۴۰۱/۷۵ مورخ ۹۶/۰۴/۲۹). ♦ ابلاغ دستورالعمل تیم ۳۵۰ به شماره ۴۰۱/۸۳۵ مورخ ۱۳۹۶/۰۵/۰۲. ♦ ابلاغ دستورالعمل سیستم مدیریت ایمنی (SMS) به شماره ۴۰۱/۷۶۰ مورخ ۱۳۹۶/۰۴/۲۹. ♦ ابلاغ نحوه تکمیل جدول داشبورد مدیریتی پایگاه اورژانس هوایی به شماره ۴۰۱/۴۴۵ مورخ ۱۳۹۶/۰۳/۲۵ و نامه ویرایش اول به شماره ۴۰۱/۱۳۸۲ مورخ ۱۳۹۶/۰۶/۲۰. ♦ ابلاغ فرم گزارش مراقبت اورژانس هوایی (PCR) به شماره ۴۰۱/۱۳۸۴۲ مورخ ۱۳۹۵/۰۵/۰۵. ♦ تأمین تجهیزات LZO نامه شماره ۴۰۱/۶۵۶ مورخ ۹۶/۴/۱۸ ابلاغی سازمان اورژانس کشور.	
استاندارد ۳		
	ناوگان عملیاتی موردنیاز در اورژانس پیش بیمارستانی موجود و آماده به خدمت می‌باشد.	
سنجه یک	لجستیک موردنیاز براساس دستورالعمل ابلاغی سازمان مرکز در پایگاه‌ها موجود و آماده به کار می‌باشد.	
سطح سنجه: ۱		
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات	وجود و توزیع آمبولانس براساس چارت مصوب مرکز.	۱
مشاهده و بررسی مستندات	برآورد نیاز به نوع وسایل نقلیه براساس شرایط پایگاه.	۲
مشاهده	اطمینان از آماده به کاربودن وسایل نقلیه*	۳
مشاهده	وجود و اطمینان از آماده به کاربودن آمبولانس پشتیبان (نظافت، چک قابلیت عملیاتی بودن آمبولانس نظیر استارت‌زدن آمبولانس در هر شیفت).	۴
مشاهده	وجود لوازم یدکی پشتیبان با دسترسی مناسب و به موقع.	۵
	منظور از آمبولانس کلیه وسائط نقلیه امدادی از جمله آمبولانس، موتورلانس، اتوبوس آمبولانس، اورژانس‌های هوایی (بالگرد)، اورژانس دریایی (شناور) می‌باشد. تعداد آمبولانس منطبق با برنامه آمایش سرزمینی مصوب سازمان اورژانس کشور و چارت مصوب مرکز است. نیاز به خرید لوازم یدکی و تعمیرات انجام شده و بررسی ضریب استهلاک وسایل نقلیه به صورت سالیانه، تعداد مأموریت‌ها و ... در اعلام نیاز به وسائل نقلیه لحاظ گردد. بررسی میزان تصادفات، ۷-۱۰ شدن آمبولانس‌ها و ... * کنترل و چک آمبولانس و تجهیزات و ثبت آن در هر شیفت. ثبت کامل اطلاعات آمبولانس در دفتر تحویل و تحول هر شیفت و نرم افزارهای مربوطه. انطباق اطلاعات ثبت شده با شرایط آمبولانس.	توضیحات



فهرست لوازم یدکی پشتیبان با ذکر مشخصات، کارخانه سازنده، سری ساخت و در صورت مصرفی بودن تاریخ تولید و انقضا. تهیه فهرست لوازم یدکی پشتیبان با دسترسی مناسب و به موقع. اتصال کابین آمبولانس به برق ۲۲۰ ولت مطابق با دستورالعمل آمبولانس (حداقل دو ساعت در هفته). تجهیزات پشتیبان (لوازم یدکی و ...). آمبولانس پشتیبان از نظر نظافت، چک قابلیت عملیاتی بودن آمبولانس نظیر استارت زدن آمبولانس در هر شیفت چک شود.		
سنگه دو	برنامه منظم و مدون تعمیر و سرویس (نگهداری پیش گیرانه) وسایل نقلیه امدادی و عملیاتی و اسقاط مطابق ابلاغیه سازمان اورژانس موجود و براساس آن اقدام می گردد.	سطح سنگه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	تدوین برنامه منظم سرویس /تعمیر وسایط نقلیه امدادی و عملیاتی سبک و سنگین.	روش ارزیابی بررسی مستندات و مشاهده
۲	تدوین برنامه منظم تعمیر وسایط نقلیه امدادی و عملیاتی سبک و سنگین.	بررسی مستندات
۳	تهیه فرایند تعمیر و سرویس توسط مرکز.	بررسی مستندات
۴	وجود نرم افزار جهت ثبت اطلاعات وسایط نقلیه و تعمیر / سرویس نگهداری پیش گیرانه.	مشاهده و مصاحبه
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از برنامه تعمیر و سرویس نگهداری و نحوه ورود اطلاعات در نرم افزار.	مصاحبه
۶	اجرای برنامه نگهداری پیش گیرانه دوره ای مطابق با دستورالعمل ابلاغی و ثبت در نرم افزار.	مشاهده و مصاحبه
۷	اجرای برنامه تعمیرات مطابق با دستورالعمل ابلاغی در نمایندگی های مجاز و ثبت در نرم افزار.	مصاحبه و مشاهده
۸	وجود سوابق تعمیرات انجام شده برای تمامی وسایط نقلیه سبک و سنگین.	بررسی مستندات
۹	اجرای برنامه اسقاط وسایل نقلیه با توجه.	بررسی مستندات
۱۰	برنامه ریزی و اجرای دوره های آموزشی کاربری صحیح وسایل نقلیه توسط کارشناسان نقلیه.	بررسی مستندات
توضیحات برنامه نگهداری پیش گیرانه با هدف استفاده بهینه، آماده به کار بودن دائمی، افزایش دوره بهره برداری و طول عمر کلیه تجهیزات مکانیکال و الکترونیکیال به عنوان بخشی از برنامه عملیاتی انجام می پذیرد. لازم به ذکر است که این برنامه براساس راهنما و دستورالعمل خودرو می باشد و می بایست در آسایار ثبت گردد. فهرستی از نمایندگی و شرکت های مجاز به صورت سالیانه تهیه می شود. هم چنین قرارداد با شرکت و نمایندگی ها موجود باشد. تعمیر / سرویس وسایل نقلیه باید در نرم افزار یا حداقل در دفتر ثبت و تاریخ بعدی مشخص گردد. بررسی موارد ثبت شده مرتبط با سرویس و نگهداری آمبولانس (مانند زمان تعویض روغن و ...)، نحوه پیگیری موارد و نواقص فنی ثبت شده توسط مسئول پایگاه.		



سنجه سه	دسترسی به خدمات تعمیر اضطراری در طول شبانه روز و ایام تعطیلات وجود دارد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	تدوین روش اجرایی جهت خدمات تعمیر اضطراری.	روش ارزیابی
۲	آگاهی کامل تمامی کارکنان از روش اجرایی فوق.	بررسی مستندات
۳	انطباق عملکرد با روش اجرایی.	مصاحبه
توضیحات		
در روش اجرایی مذکور نحوه اطلاع رسانی کارکنان عملیاتی، فرد مسئول و شماره تماس ها باید ذکر گردد. برنامه ای جهت تأمین و انبارش لوازم یدکی تدوین گردد. فهرست و شماره تماس نمایندگی مجاز جهت خدمات اضطراری و قراردادها موجود است.		
استاندارد ۴	تجهیزات پزشکی مورد نیاز در اورژانس پیش بیمارستانی موجود و آماده به کار می باشد.	
سنجه یک	تهیه تجهیزات پزشکی سرمایه ای براساس ضوابط ابلاغی سازمان اورژانس کشور انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	تدوین روش اجرائی برای خرید تجهیزات پزشکی.	روش ارزیابی
۲	آگاهی کارکنان از روش اجرائی مذکور.	بررسی مستندات
۳	انجام خرید براساس ضوابط مالی مقرراتی کشوری و ثبت در سامانه.	مصاحبه
۴	مطابقت کامل لیست اقلام مورد تأیید جهت خرید با اقلام خریداری شده و فاکتور خرید.	مشاهده و بررسی مستندات
۵	مطابقت کامل لیست اقلام مورد تأیید با اقلام خریداری شده و تحویل انبار داده شده.	بررسی مستندات
۶	برنامه ریزی جهت تأمین تجهیزات ضروری و پشتیبان در کوتاهترین زمان ممکن و در طول شبانه روز و ایام تعطیلات.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات		
منظور از تدوین روش اجرایی یک فرایند مدون و مستمر نقطه سفارش و نحوه درخواست، تطابق میان آنچه جهت خرید پیش بینی شده، خریداری شده، تحویل انبار شده، مصرف گشته و آن چه ذخیره شده است کنترل می شود. همچنین مشخص کردن دقیق مشخصات فنی اختصاصی اقلام مورد نیاز می باشد (مثلا مشخصات دقیق باتری / پد). اخذ نظر کارشناسی خرید تجهیزات پزشکی از مسئول تجهیزات پزشکی است. فرم کاغذی خرید مطابق ضوابط اجرایی سازمان اورژانس کشور باشد. خارج از ضوابط و استانداردهای اعلامی از سازمان اورژانس خرید انجام نشود. در صورت خرید از دانشگاه یا سایر مجاری، استانداردهای ابلاغی رعایت شود. تکمیل فرم کاغذی/ الکترونیکی از انبار جهت موجودی کالا و برآورد دقیق قیمت صورت گرفته باشد. درخواست های خرید با توجه به نوع اقلام و حجم خرید، ارجاعات می تواند در سطح مسئول پایگاه/ مرکز/ رئیس دانشگاه باشد. در خواست خرید براساس دستورالعمل دارو و تجهیزات ویرایش ششم ابلاغ شده از طرف سازمان اورژانس کشور باشد.		



فاکتور موارد خریداری شده دارای کد اقتصادی چهارده رقمی، تاریخ، مهر، امضا و آدرس بوده، و مارک و تعداد اقلام مندرج در آن مشخص شده است و موارد خریداری شده، طی فرآیند مدونی با فاکتور فوق مطابقت داده می‌شود. در صورتی که اقلام شامل تجهیزات پزشکی اعم از مصرفی یا غیرمصرفی باشد، مطابقت باید توسط مسئول تجهیزات انجام پذیرد. کلیه تجهیزات و اقلام پس از خرید وارد انبار شده و رسید ورودی مطابق با فاکتور خرید صادر می‌گردد. انباردار وظیفه کنترل و انطباق دقیق تعداد کالای وارد شده به انبار را می‌دهد. تجهیزات و اقلام پس از تأیید برای انتقال به واحدهایی که درخواست خرید داشته‌اند، پس از صدور رسید خروجی، انتقال داده می‌شوند. تأیید و انطباق خرید توسط کارشناس تجهیزات پزشکی مرکز انجام می‌پذیرد. تهیه لیست تجهیزات ضروری و پشتیبان آن (حداقل تجهیزات ضروری شامل AED، DC، ونتیلاتور، تله‌کاردیوگرام).	
سنجه دو	اطلاعات شناسنامه‌ای تجهیزات پزشکی به‌روز بوده و در دسترس است.
	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
۱	وجود و در دسترس بودن شناسنامه الکترونیک تجهیزات پزشکی.
۲	به‌روزرسانی و اصلاح / تکمیل شناسنامه تجهیزات پزشکی.
۳	آموزش و آگاهی کارکنان از شناسنامه و برنامه‌های نگهداری پیش‌گیرانه.
۴	ثبت شناسنامه تجهیزات پزشکی در نرم‌افزارهای مخصوص با امکان قابلیت اخذ گزارش‌های متنوع.
۵	آموزش و ارزیابی پرسنل از نحوه کاربری صحیح تجهیزات پزشکی.
اطلاعات شناسنامه شامل نام دستگاه، محل استقرار، مدل، سال نصب، تولید، سوابق کنترل کیفی، شرکت نمایندگی، سوابق نگهداشت و کد شناسه تجهیزات پزشکی می‌باشد. تجهیزاتی که امکان نصب برچسب اموال ندارد از قبیل گوشی معاینه، فشارسنج عقربه‌ای، فلومتر اکسیژن، چراغ قوه و از این قبیل موارد نیاز به شناسنامه ندارد. اما تعداد آن در هر پایگاه باید مشخص و معلوم باشد. پس از اسقاط، سرویس‌های دوره‌ای/ تعمیرات یا خرید تجهیزات پزشکی جدید نسبت به اصلاح یا تکمیل شناسنامه اقدام گردد و همچنین در صورت جابه‌جایی محل استقرار دستگاه‌ها شناسنامه آن اصلاح شده و به‌روزرسانی شود. منظور از کارکنان، مسئول پایگاه و مسئول تجهیزات پزشکی می‌باشد.	
سنجه سه	کالیبراسیون و نگهداری پیش‌گیرانه دوره‌ای تجهیزات پزشکی برنامه‌ریزی و براساس آن اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.
	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
۱	فهرست تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای و حیاتی مشمول نگهداری پیش‌گیرانه.
۲	تدوین برنامه زمان‌بندی انجام ارزیابی‌های نگهداری پیش‌گیرانه.



۳	فهرست تجهیزات پزشکی مشمول نگهداری پیش گیرانه به تفکیک پایگاه‌ها و تقویم بازدیدهای دوره‌ای نگهداری پیش گیرانه.	بررسی مستندات
۴	تدوین چک لیست‌های نگهداری پیش گیرانه براساس دستورالعمل‌های ابلاغی و توصیه‌های کارخانه سازنده.	بررسی مستندات
۵	طراحی و انجام اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت براساس نتایج ارزیابی و نگهداری پیش گیرانه.	بررسی مستندات
۶	نگهداری سوابق ارزیابی‌های نگهداری پیش گیرانه و اقدامات اصلاحی احتمالی متعاقب آن در پایگاه‌ها و دفتر تجهیزات پزشکی مرکز فوریت.	بررسی مستندات
۷	شناسایی و تهیه لیست شرکت‌های نمایندگی یا مجاز (ثالث) تجهیزات پزشکی در واحد مهندسی پزشکی در شناسنامه تجهیزات.	بررسی مستندات
توضیحات	انجام تعمیرات تجهیزات پزشکی صرفاً از طریق شرکت‌های نمایندگی یا مجاز (ثالث مجاز). فهرست شرکت‌هایی که انجام خدمات آن‌ها به موقع و با قیمت و کیفیت مناسب صورت نمی‌پذیرد، حتماً به اداره کل تجهیزات پزشکی اطلاع‌رسانی گردد و در خریدهای بعدی به موضوع عدم رضایت از خدمات پس از فروش توجه جدی شود. اسکن مستندات کاغذی و الکترونیکی کردن سوابق تعمیرات / سرویس‌های دوره‌ای تجهیزات به منظور دسترسی سریع و امکان طبقه‌بندی سوابق توصیه می‌شود.	
سنجه چهار	انبارش، اسقاط و recall تجهیزات پزشکی مطابق ضوابط مربوط انجام می‌شود.	سطح سنجه: ۲
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	دسترس و آگاهی مسئول تجهیزات پزشکی مرکز از ضوابط ابلاغی انبارش تجهیزات پزشکی.	مشاهده و مصاحبه
۲	دسترس و آگاهی مسئول تجهیزات پزشکی مرکز از ضوابط ابلاغی اسقاط تجهیزات پزشکی.	مشاهده و مصاحبه
۳	اسقاط تجهیزات پزشکی منطبق بر ضوابط و دستورالعمل‌های قانونی صورت می‌گیرد.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	انبارش تجهیزات پزشکی منطبق بر ضوابط ابلاغی.	مشاهده
۵	جمع‌آوری تجهیزات پزشکی فراخوان شده و خروج از گردش کار.	مشاهده
توضیحات	نظارت و تسلط مسئول تجهیزات پزشکی مرکز در زمینه نحوه انبارش تجهیزات پزشکی مطابق ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات و ملزومات پزشکی وزارت بهداشت و نحوه اسقاط تجهیزات مشمول اسقاطی و وضعیت انبار تجهیزات پزشکی، از شواهد استقرار این استاندارد است. فعالیت اسقاط در مراکز و دانشگاه‌ها صورت می‌گیرد و در پایگاه جهت اسقاط تصمیم‌گیری نمی‌شود. سوابق و مستندات موردنیاز تجهیزات پزشکی فراخوان شده. (۱) سوابق مکاتبات سازمان غذا و دارو و سایر نهادهای ذی‌ربط درخصوص فراخوان شده تجهیزات پزشکی، (۲) فهرست تجهیزات فراخوان شده با ذکر مشخصات، کارخانه سازنده، سری ساخت و در صورت مصرفی بودن تاریخ تولید و انقضا (۳) سوابق اطلاع‌رسانی تجهیزات پزشکی فراخوان شده به تمامی بخش / واحدها توسط مسئول تجهیزات پزشکی (۴) سوابق و مستندات بیان‌کننده سرنوشت نهایی تجهیزات فراخوان شده به منظور پیشگیر از به کارگیری اشتباه تجهیزات فراخوان شده به جای تجهیزات سالم بایستی چینش و	



نگهداری تجهیزات پزشکی فراخوان شده به نحوی باشد که در محدوده تجهیزات سالم مانند تجهیزات پشتیبان/فعال در بخش‌های بالینی و پشتیبانی قرار نگیرد.		
کنترل و اکسیژن با فشار، جریان و خلوص مورد انتظار برای بیمار تأمین شده و مصرف اکسیژن براساس دستورالعمل‌های ابلاغی انجام می‌پذیرد و مدیریت تجهیزات پزشکی بر کیفیت آن نظارت می‌نماید.	سنجه پنج	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی روش ارزیابی		
نظارت مستمر بر تأمین مستمر اکسیژن با فشار، جریان و خلوص موردانتظار برای بیمار توسط مدیریت تجهیزات پزشکی.	۱	مصاحبه و بررسی مستندات
ارائه چک‌لیست‌های تهیه، تأمین، مصرف و نگهداری ایمن.	۲	بررسی مستندات
تأمین ابزار سنجش میزان خلوص اکسیژن.	۳	مشاهده و بررسی مستندات
وجود برنامه‌ای مدون و منظم برای ارزیابی درصد خلوص و فشار اکسیژن.	۴	مشاهده و بررسی مستندات
وجود دستورالعمل استفاده از آتش‌سوزی اکسیژن (ابلاغی وزارت بهداشت)	۵	بررسی مستندات
آگاهی و به‌کارگیری نکات ایمنی کار با کپسول اکسیژن.	۶	بررسی مستندات و مشاهده
کنترل سالیانه آتش‌سوز توسط اداره استاندارد.	۷	بررسی مستندات و مشاهده
اجرای نکات ایمنی نگهداری و کاربری از آتش‌سوز.	۸	بررسی مستندات و مشاهده
نکاتی که درخصوص مصرف آتش‌سوزی اکسیژن باید رعایت شود به شرح ذیل است: به هیچ وجه در مکان‌هایی که گازهای طبی تولید، شارژ یا استفاده می‌شوند نباید سیگار کشید. برای این منظور باید سیگارکشیدن ممنوع را درجایی که به خوبی قابل رویت است، نصب کرد. به هیچ وجه نباید از گریس، روغن پارافین و غیره در اطراف رگولاتور، شیر و بدنه سیلندر برای هیچ منظوری استفاده شود. این عمل صددرصد باعث انفجار می‌شود. لباس کارکنان و افرادی که درمکان‌های تولید و کاربرد گازهای طبی رفت و آمد می‌کنند باید ضدجرقه بوده و عاری از الیاف نایلون باشد. سیلندرها باید در محلی به دور از سرما و گرمای شدید، باران و برف و تابش مستقیم آفتاب نگهداری شوند. آتش‌سوزی اکسیژن در مکان‌های خود محکم شده‌اند. حمل آتش‌سوزی گازهای طبی پر با کلاهک انجام می‌شود. بدنه کپسول با پارچه یا سایر تزئینات پوشیده نشده است. دستورالعمل استفاده از آتش‌سوزی گازهای طبی بر روی بدنه آن‌ها نصب شده است. وسایل چرخدار حامل سیلندرها باید مجهز به زنجیر تماس با زمین جهت جلوگیری از ذخیره الکتریسته ساکن و احتمال انفجار باشد. اتاق‌های سرپوشیده‌ای که در آن‌ها سیلندرها گاز نگهداری یا استفاده می‌شوند، باید مجهز به سیستم تهویه مناسب باشند.		
		توضیحات



نکات مهم در زمینه تأمین اکسیژن با فشار، جریان و خلوص مورد انتظار برای بیماران (در صورت وجود در آمبولانس): ۱) تهیه و تأمین ابزار الزم برای سنجش فشار و خلوص اکسیژن ۲) سنجش میزان فشار و خلوص اکسیژن ۳) وجود حداقل خلوص ۹۰ درصدی اکسیژن تولیدی اکسیژن ساز ۴) وجود قرارداد سرویس و نگهداری با شرکت نمایندگی دستگاه اکسیژن ساز و انجام سرویس های دوره ای و نگهداری مستندات مربوط ۵) رعایت نکات ایمنی و فنی دستگاه های اکسیژن ساز ۶) سیستم رزرو کپسول اکسیژن برای مواقع اضطراری ۷) دسترسی حفاظت شده برای افراد مجاز به استقرار منابع تأمین کننده اکسیژن و مخازن ذخیره ۸) استقرار منابع تأمین کننده اکسیژن و مخازن ذخیره آن به علت احتمال خطر انفجار خارج از ساختمان پایگاه و مرکز و در دسترس بودن جایگاه به سهولت و آسانی ۹) تهیه و شارژ آتش سوزی اکسیژن توسط شرکت های معتبر و دارای مجوز تولید اکسیژن طبی از مؤسسه ملی استاندارد ایران ۱۰) نگهداری سوابق تهیه/ شارژ آتش سوزی اکسیژن ۱۱) مدیریت موجودی کپسول شارژ شده به نحوی که علاوه بر تأمین نیازهای معمول در تمام ساعات شبانه روز برای شرایط غیر مترقبه نیز ذخیره پیش بینی شود.		
سنجه شش	کاربران دائم و موقت در نوبت های کاری، براساس اصول نگهداشت و کاربری صحیح و ایمن از تجهیزات پزشکی استفاده می نمایند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
روشن ارزیابی		
۱	آموزش کاربری ایمن و صحیح تجهیزات پزشکی توسط افراد ذی صلاح.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	آگاهی و تسلط تمامی کاربران دائم و موقت تجهیزات پزشکی در تمامی نوبت های کاری درخصوص اصول نگهداشت و کاربری صحیح و ایمن تجهیزات پزشکی.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	ارزیابی اثربخشی آموزش های ارائه شده توسط مسئول تجهیزات پزشکی.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	مراحل آموزش کاربری ایمن و صحیح تجهیزات پزشکی: تعیین فهرست تجهیزات پزشکی که کاربران برای استفاده از آن نیازمند آموزش هستند؛ پیش بینی تعهد آموزش اثربخش کاربران تجهیزات در مفاد قرارداد خرید و نظارت مسئول تجهیزات پزشکی بر اجرای دقیق آن؛ تعیین دوره آموزش و مخاطبین، آموزش به عنوان کاربران اصلی برای هریک از تجهیزات پزشکی؛ آموزش کاربران مطابق برنامه تدوین شده برای استفاده صحیح و ایمن از تجهیزات؛ صدور گواهینامه الکترونیکی / فیزیکی پس از گذراندن دوره های آموزشی جهت کاربران تجهیزات پزشکی و تهیه راهنمای اصلی تجهیزات، دفترچه راهنمای نگهداری و کاربری خلاصه شده ای به زبان فارسی ساده و قابل فهم در توسط واحد تجهیزات پزشکی.	
استاندارد ۵	تأمین، توزیع و استفاده دارو در اورژانس پیش بیمارستانی براساس دستورالعمل های مربوطه انجام می شود.	
سنجه یک	تأمین دارو و تجهیزات مصرفی اورژانس پیش بیمارستانی براساس استانداردها انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
روشن ارزیابی		
۱	تدوین و ابلاغ روش اجرایی تأمین و توزیع دارو تجهیزات مصرفی به واحدها.	بررسی مستندات و مصاحبه



۲	آگاهی کارکنان از روش اجرایی مذکور.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	وجود لیست داروهای موردنیاز مطابق با آخرین دستورالعمل ابلاغی.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	تهیه و درخواست دارو و تجهیزات مصرفی براساس نقطه سفارش.	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	مطابقت اقلام دارویی با لیست.	مشاهده
توضیحات	آخرین دستورالعمل دارو و تجهیزات اورژانس پیش بیمارستانی سراسر کشور ویرایش ششم طی نامه شماره ۱۱۵/۲۹۶۸ مورخ ۹۹/۲/۱۰ به مراکز ابلاغ گردیده است. نکات مورد توجه: ♦ تعیین نقطه سفارش و ♦ رعایت دستورالعمل و لیبل گذاری.	
سنجه دو	داروها و تجهیزات مصرفی ستاد اورژانس پیش بیمارستانی براساس استاندارد انبارش می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط برای انبارش ایمن دارو.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	بر چسب گذاری داروهای پرخطر، مشابه و یخچالی در انبار، داروخانه و پایگاه.	مشاهده
۳	نگهداری داروهای با هشدار بالا در مکان مجزا و با علائم هشدار با دسترسی محدود در انبار دارویی، داروخانه و پایگاه.	مشاهده
۴	لحاظ شباهت دارویی در نحوه چینش دارو در انبار/ محل نگهداری با علائم هشدار.	مشاهده
۵	شرایط انبارش دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی، براساس الزامات کارخانه سازنده.	مشاهده
۶	مدیریت تاریخ انقضا دارو ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی و مدیریت مصرف آن ها در انبار با روشی مدون و منظم.	مشاهده و بررسی مستندات
توضیحات	بایستی بر کیفیت انبارش به صورت مدون و برنامه ریزی شده نظارت نموده و در صورت مشاهده هرگونه عدم انطباق ضامن انجام اقدامات اصلاحی موارد را با ذکر اقدام اصلاحی در سوابق انبار ثبت و نگهداری نماید. کنترل و ثبت دما، رطوبت و نور.	
سنجه سه	داروها و تجهیزات مصرفی در پایگاه ها به صورت ایمن نگهداری و ثبت می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش یابی		
۱	وجود لیست داروهای موردنیاز مطابق با آخرین دستورالعمل ابلاغی.	بررسی مستندات و مشاهده
۲	انطباق تعداد و نوع داروها با لیست موجود.	بررسی مستندات و مشاهده



۳	ثبت اطلاعات و مستندات مربوط به داروها و تجهیزات مصرفی در فرم‌ها و دفاتر.	بررسی مستندات و مشاهده
۴	آگاهی و اجرای دستورالعمل داروی پرخطر و مشابه یخچالی.	بررسی مستندات و مشاهده
۵	انبارش ایمن دارو و تجهیزات مصرفی**	مشاهده
ابلاغ دستورالعمل دارویی به شماره نامه ۱۱۵/۲۰۰/۲ مورخ ۱۴۰۰/۱/۲۸. تحويل و تحول داروهای آمبولانس در ابتدای شیفت براساس چک لیست مطابق با آخرین دستورالعمل دارویی و ثبت در دفتر، ثبت نواقص دارویی در دفاتر، ثبت داروهای مصرفی در فرم مراقبت اورژانس و دفاتر، مستندات درخواست دارو. مستندات سازی در سامانه اتوماسیون عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی و دفاتر موجود در پایگاه ثبت گردد. * لیبل گذاری داروهای پرخطر/ مشابه/ یخچالی، آگاهی کارکنان و رعایت دستورالعمل. ** تمامی پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی می‌بایست براساس دستورالعمل ابلاغی فضای فیزیکی مناسب و ایمن جهت نگهداری و انبارش تجهیزات پزشکی، غیر پزشکی و دارویی را داشته باشند. تبصره: با توجه به شرایط پایگاه پیش‌بینی کمد جهت نگهداری اقلام مصرفی پزشکی و غیر پزشکی بلامانع می‌باشد. دسترسی به فضای انبار صرفاً توسط مسئول پایگاه مجاز می‌باشد. فضای فیزیکی مناسب، تمیز جهت انبارش دارو و تجهیزات مصرفی، کنترل و ثبت مرتب نور دما و رطوبت، ثبت و نظارت بر ورود و خروج انبار تجهیزات پزشکی، غیر پزشکی و دارویی براساس استانداردهای ابلاغی، دسترسی محدود به فضای انبارش داروها و تجهیزات مصرفی.		
سنجه چهار	فراخوان دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی طبق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی		
۱	اطلاع‌رسانی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	نظارت بر جمع‌آوری فوری دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	عدم قرار گرفتن دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده در محدوده داروها و تجهیزات مصرفی پزشکی در حال مصرف و گردش کار.	مشاهده
۴	روشن‌بودن سرنوشت نهایی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان و جمع‌آوری شده در بخش مراقبت‌های دارویی.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	سوابق و مستندات موردنیاز دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده: سوابق مکاتبات سازمان غذا و دارو و سایر نهادهای ذی‌ربط درخصوص فراخوان دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی. فهرست دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده با ذکر مشخصات، کارخانه سازنده، سری ساخت و در صورت مصرفی بودن تاریخ تولید و انقضا. سوابق اطلاع‌رسانی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده به تمامی واحدها توسط مسئول فنی.	



سوابق و مستندات بیان‌کننده سرنوشت نهایی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده. دستورالعمل به شماره به SOP_DPNA_GIO_014 مورخ ۱۳۹۷/۱۱/۰۱.	
سنجه پنج	عوارض / واکنش و خطاهای دارویی، گزارش تحلیلی و اقدام اصلاحی برنامه‌ریزی می‌شود.
سطح سنجه: ۱	روش ارزیابی
۱	شناسایی و گزارش‌دهی عوارض و خطاهای دارویی در بیمار، طبق دستورالعمل ثبت عوارض و خطاهای دارویی و راهنمای گزارش عوارض و اشتباهات دارویی.
۲	وجود و دسترسی به فرم ثبت عوارض و خطاهای دارویی.
۳	ارسال گزارش عوارض ناخواسته داروها و خطاهای دارویی، از طریق تکمیل و ارسال فرم ADR یا سامانه گزارش‌دهی آنلاین.
مستندات‌سازی در سامانه اتوماسیون عملیاتی اورژانس پیش‌بیمارستانی و دفاتر موجود در پایگاه ثبت گردد. مفهوم ADR آن است که علی‌رغم رعایت داروی صحیح با دوز صحیح، به بیمار صحیح، از راه صحیح، در زمان صحیح با واکنش ناخواسته در بیمار مواجه شویم. این امر با خطاهای دارویی دو مقوله مستقل و متفاوت هستند. کاربرد واکنش‌های ناخواسته دارویی در ارزیابی کشوری و تصمیم درخصوص حذف/ریکال کردن دارو است.	
استاندارد ۶	نظارت و پایش بر عملکرد پایگاه‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی انجام می‌شود.
سنجه یک	بازدیدهای دوره‌ای از پایگاه‌ها انجام و در صورت نیاز اقدام اصلاحی انجام می‌شود.
سطح سنجه: ۱	روش ارزیابی
۱	برنامه بازدیدهای دوره‌ای.
۲	پایش مطابق برنامه براساس چک‌لیست.
۳	ارائه گزارش و بازخورد به مسئول بالادستی و مسئولین مربوطه (پایگاه/نقلیه/تجهیزات پزشکی).
۴	برنامه‌ریزی و اجرا جهت اقدام اصلاحی.
حداقل موارد قابل بررسی در نظارت میدانی: - بررسی ثبت کامل اطلاعات آمبولانس در تحویل و تحول هر شیفت؛ - انطباق اطلاعات ثبت شده با شرایط آمبولانس؛ - بررسی موارد ثبت شده مرتبط با سرویس و نگهداری آمبولانس (مانند زمان تعویض روغن و ...) - پیگیری موارد و نواقص فنی ثبت شده توسط مسئول پایگاه؛ - آماده به کار بودن آمبولانس پشتیبان (نظافت، چک قابلیت عملیاتی بودن آمبولانس نظیر استارت زدن آمبولانس در هر شیفت)؛ - ثبت زمان اتصال کابین آمبولانس به برق ۲۲۰ ولت مطابق با دستورالعمل آمبولانس (حداقل دو ساعت در هفته)؛ - بررسی آگاهی و دانش فنی همکاران عملیاتی به صورت مستمر؛	



♦ بررسی مهارت رانندگی و موارد فنی مطابق با شرح وظایف؛ ♦ بررسی تصادفات و تعمیرات؛ ♦ تجهیزات پشتیبان (لوازم یدکی)؛ ♦ بررسی یخچال دارویی؛ ♦ بررسی انبار و ♦ بررسی لیبل‌های دارویی. حداقل موارد قابل بررسی در چک تجهیزات: ♦ وجود راهنمای دقیق نحوه استفاده از تجهیزات به زبان فارسی؛ ♦ دسترس آسان کارکنان به راهنمای نحوه استفاده از تجهیزات؛ ♦ چک تجهیزات در هر شیفت و ♦ عملکرد صحیح کارکنان در کار با تجهیزات. در اقدام اصلاحی برنامه‌ریزی جهت برگزاری کلاس‌های آموزشی توسط واحد تجهیزات پزشکی در ارتباط با کاربری صحیح تجهیزات انجام می‌گیرد. کنترل دارو در کمدهای دارویی پایگاه و هم‌چنین جامبگ آمبولانس براساس دستورالعمل ابلاغی به شماره ۱۱۵/۲۰۰/۲ مورخ ۱۴۰۰/۱/۲۸ انجام گردد.		سنجه دو
سطح سنجه: ۱	شاخص‌های عملکردی پایگاه‌ها تدوین و پایش می‌گردد	
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات	تدوین شاخص‌های عملکردی.	۱
بررسی مستندات	اندازه‌گیری و پایش شاخص‌ها.	۲
بررسی مستندات	تحلیل داده‌ها و ارائه گزارش به مسئول بالادستی.	۳
بررسی مستندات	برنامه‌ریزی و اجرا اقدام اصلاحی.	۴
تعداد مأموریت‌ها، زمان اعزام، درصد انتقال بیمار به بیمارستان، رضایت شخصی، مدت زمان عملیات، زمان ماندگاری در صحنه، درصد شکایات و ...		توضیحات

فصل ۸



محور مراقبت‌های عمومی و درمانی

فرآیندهای عمومی خدمات مراقبتی فوریتهای پزشکی به بیماران براساس استانداردها و دستورالعمل‌ها اجرا می‌گردد.		استاندارد ۱
ارزیابی ایمنی صحنه با استفاده از اصول مدیریت خطر (شناسایی و کنترل)	سطح سنجه: ۱	سنجه یک
جهت ارائه خدمات سلامت براساس دستورالعمل ابلاغی انجام می‌شود.		
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
روشن ارزیابی		
وجود پروتکل /دستورالعمل ایمنی صحنه stop / observe/ thinking /planning.	بررسی مستندات	۱
آگاهی کارکنان از پروتکل /دستورالعمل.	بررسی مستندات و مصاحبه	۲
اجرای پروتکل درمان‌های گام‌به‌گام در اورژانس.	بررسی مستندات و مصاحبه	۳
اعلام مشکلات صحنه به واحد ارتباطات جهت آمادگی و ایمنی صحنه.	بررسی مستندات و مصاحبه	۴
تدوین دستورالعمل با استفاده از کتاب درمان‌های گام‌به‌گام در اورژانس پیش‌بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب‌های مرجع اورژانس پیش‌بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۳ /۳۰۰/ ۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۲۲.		
جنبه عملیاتی: شناسایی مخاطرات، تعداد مصدومین/ بیماران، لزوم استفاده از منابع تکمیلی.		
جنبه بالینی: تشخیص نوع بیماری/مکانیسم آسیب، تعیین ظاهر کلی بیمار از نظر سن، جنس، واکنش یا عدم واکنش ظاهری به محرک.		
مراحل ارزیابی: حفظ خونسردی و عدم دستپاچگی، درخواست کمک از نیروهای امدادی، تشخیص خطرات		



موجود در صحنه (نشت گاز، سیم برق خیس و ...)، بررسی تعداد بیماران یا مصدومین موجود در صحنه، تشخیص بیمارانی که نیاز به کمک بیشتری دارند، تصمیم‌گیری برای انتقال بیمار از صحنه در صورت لزوم.		
سنجه دو	ارزیابی اولیه بیماران به منظور ارائه مراقبت‌های درمانی انجام و ثبت می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	رسیدن بر بالین بیمار/ مصدوم در زمان استاندارد.	بررسی مستندات
۲	انجام ارزیابی توسط فرد دارای صلاحیت.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	انجام ارزیابی بالینی و اخذ تاریخچه سلامتی.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	ثبت کامل نتایج ارزیابی و معاینات و درمان در فرم PCR.	بررسی مستندات و مصاحبه
منابع موجود: استفاده از کتاب درمان‌های گام‌به‌گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب‌های مرجع اورژانس پیش بیمارستانی با شماره ابلاغ ۱۱۵/۳۰۰/۳۳ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۲۲. حداقل ۵ فرم PCR توسط ارزیاب چک شود.		توضیحات
سنجه سه	ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی برای بیماران/ مصدومین براساس نتایج ارزیابی اولیه انجام می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	مداخله مناسب براساس مشکل مربوطه.	مصاحبه
۲	پایدار کردن همودینامیک بیماران براساس ارزیابی اولیه.	مصاحبه
۳	انجام ارزیابی ثانویه برای تمام بیماران/ مصدومین.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	طراحی برنامه درمانی و مراقبتی براساس ارزیابی ثانویه.	بررسی مستندات و مصاحبه
در صورتی که بیمار ترومایی بود ارزیابی و مدیریت براساس PHTM انجام می‌گردد. حداقل ۵ فرم PCR نیز توسط ارزیاب چک شود.		توضیحات
سنجه چهار	جهت ارائه خدمات مراقبتی و درمانی از پروتکل آفلاین استفاده می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	در دسترس بودن دستورالعمل پروتکل آفلاین.	مشاهده
۲	آگاهی کارکنان از پروتکل‌های آفلاین.	مصاحبه
۳	تصمیم‌گیری و طراحی برنامه درمانی بیماران با استفاده از پروتکل آفلاین.	مصاحبه
۴	ثبت اقدامات انجام‌شده منطبق با دستورالعمل.	بررسی مستندات
♦ درمان‌های گام‌به‌گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹. ♦ انجام تمامی اقدامات و ارزیابی‌های انجام شده برای بیماران از زمان حضور کارکنان بر بالین بیمار تا زمان تحویل بیمار به مرکز درمانی با راهنمایی و مشورت و مسئولیت پزشکی.		توضیحات



سنجه پنج		جهت ارائه خدمات مراقبتی و درمانی از مشاوره پزشکی استفاده می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		روش ارزیابی	روش ارزیابی
۱	در دسترس بودن پزشک مشاور.	مشاهده	مشاهده
۲	در دسترس بودن دیسپیچ تخصصی.	مشاهده	مشاهده
۳	تصمیم‌گیری و طراحی برنامه درمانی بیماران با مشاوره و همکاری پزشک مشاور.	مشاهده و مصاحبه	مشاهده و مصاحبه
۴	ثیت اقدامات انجام شده منطبق با دستورالعمل.	بررسی مستندات	بررسی مستندات
توضیحات		در مراکز ۲۴۷ دسترسی به دیسپیچ قلب و در قطب‌ها دسترسی به دیسپیچ طب اورژانس ضروری است.	
سنجه شش		روش اجرایی مدیریت درد (ارزیابی و کنترل) بیماران تدوین گردیده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		روش ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی به‌منظور مدیریت درد بیماران.	بررسی مستندات	بررسی مستندات
۲	آگاهی کامل تمامی کارکنان از روش اجرایی فوق.	مصاحبه	مصاحبه
۳	ارزیابی تمامی بیماران از نظر شدت درد.	بررسی مستندات	بررسی مستندات
۴	وجود داروهای و تجهیزات کنترل درد طبق دستورالعمل ویرایش ۷ دارو تجهیزات.	مشاهده و بررسی مستندات	مشاهده و بررسی مستندات
۵	انطباق عملکرد با روش اجرایی.	بررسی مستندات و مشاهده	بررسی مستندات و مشاهده
۷	پاسخ و واکنش بیمار پس از به‌کارگیری روش‌های کنترل درد ثبت شود.	بررسی مستندات	بررسی مستندات
توضیحات		تدوین روش اجرایی با استفاده از کتاب درمان‌های گام‌به‌گام در اورژانس پیش‌بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب‌های مرجع اورژانس پیش‌بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۰۰/۳۳/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۲۲. ارزیابی میزان دردی که توسط یک بیمار تجربه می‌شود، در تعیین فوریت درمان نقش مهمی را خواهد داشت بنابراین لازم است حتماً به آن توجه گردد. کنترل درد به‌صورت دارویی و غیر دارویی میسر می‌باشد، روش‌های غیر دارویی نظیر استفاده از آتل، ریلکسیشن و ...	
سنجه هفت		دارودهی براساس دستورالعمل‌های ابلاغی تجویز می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		روش ارزیابی	روش ارزیابی
۱	آگاهی کارکنان از نحوه دارودهی براساس دستورالعمل‌ها.	مصاحبه	مصاحبه
۲	انجام دارودهی با رعایت پروتکل‌ها براساس دستورالعمل ابلاغی و مشاوره پزشک.	مصاحبه	مصاحبه
۳	ثبت نوع دارو و دوز مصرفی آن.	بررسی مستندات	بررسی مستندات
۴	ثبت عوارض و مشکلات احتمالی دارو.	بررسی مستندات	بررسی مستندات
توضیحات		منابع موجود: استفاده از کتاب درمان‌های گام‌به‌گام در اورژانس پیش‌بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب‌های مرجع اورژانس پیش‌بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۰۰/۳۳/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۲۲. دستورالعمل واحدهای هدایت پزشکی عملیات و دستورالعمل درمان گام‌به‌گام اورژانس پیش‌بیمارستانی.	



سنجه هشت	داروهای با هشدار بالا و مشابه با تمهیدات ویژه و ایمن در بخش‌ها نگهداری، تجویز و مصرف می‌شوند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	نگهداری ایمن داروهای با هشدار بالا و مشابه.	روشن ارزیابی مشاهده
۲	تجویز ایمن داروهای با هشدار بالا و مشابه.	مصاحبه
۳	گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیر ایمن داروهای با هشدار بالا و تحلیل علل ریشه‌ای آن‌ها.	بررسی مستندات
توضیحات	محل نگهداری داروهای هشدار بالا از سایر داروها در کیف جامبگ مجزا است. لیست داروهای هشدار بالا شامل: کلرید پتاسیم، سولفات منیزیم، بیکربنات سدیم، گلوکونات کلسیم، هایپر سالین، لیدوکائین، آتروپین، اپی نفرین، هپارین سدیم، رنپلاز، هالوپریدول و پروپرانولول. در مورد داروهای مشابه (از نظر ظاهری) مرکز می‌بایست از خرید آمپول / ویال مشابه خودداری نماید و در صورت وجود دارو، اطلاع‌رسانی نموده و لیبل زرد رنگ چسبانده شود.	
سنجه نه	تعیین تکلیف بیمار منطبق با دستورالعمل‌های سازمان است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	وجود دستورالعمل.	بررسی مستندات
۲	آگاهی کارکنان.	مصاحبه
۳	اجرای دستورالعمل.	مصاحبه
توضیحات		
سنجه ده	جابه‌جایی و انتقال بیمار / مصدوم براساس مأموریت محوله و با شیوه‌های صحیح به صورت ایمن انجام و با توجه به فرآیندهای ابلاغی تحویل به بیمارستان می‌گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	گذراندن آموزش‌های لازم در زمینه جابه‌جایی و انتقال بیماران (تمامی کارکنان) و نحوه تحویل.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	انجام جابه‌جایی و انتقال بیماران براساس پروتکل PHTM ابلاغی سازمان اورژانس کشور.	بررسی مستندات
۳	تحویل بیماران به بیمارستان با توجه به نوع مأموریت.	بررسی مستندات
توضیحات	دستورالعمل جامع عملیات اورژانس پیش بیمارستانی (فرآیند عملیات اورژانس) به شماره نامه ۱۱۸۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹. منابع موجود: استفاده از کتاب درمان‌های گام‌به‌گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب‌های مرجع اورژانس پیش بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۳۰/۳۳ مورخ ۱۱۵/۰۴/۲۲. ♦ تحویل بیماران ترومایی براساس دستورالعمل؛ ♦ تحویل بیماران در اورژانس هوایی براساس دستورالعمل کد ۳۵۰؛ ♦ تحویل بیمار سکنه حاد قلبی براساس دستورالعمل؛ ♦ تحویل بیمار سکنه حاد مغزی براساس دستورالعمل؛	



♦ خلاصه‌ای از شرایط بیمار، اقدامات انجام شده و ... در زمان تحویل بیمار به مرکز درمانی ارائه می‌شود و ♦ کلیه وسایل بیمار مطابق با دستورالعمل ابلاغی تحویل داده می‌شود.	
سنجه یازده	در صورت عدم تمایل بیمار/همراهان به انتقال به بیمارستان مطابق با دستورالعمل ابلاغی فرم برائت نامه تکمیل می‌گردد.
سطح سنجه: ۱	گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی
روشن ارزیابی	آموزش به بیمار و همراهان درخصوص خطرات احتمالی در موارد عدم انتقال به مرکز درمانی و ارائه توصیه‌های پزشکی لازم.
مصاحبه و بررسی مستندات	تکمیل فرم برائت نامه به صورت کامل توسط افراد واجد صلاحیت بیمار، همراه بیمار و شاهدان و امضا و اثر انگشت.
بررسی مستندات	بایگانی و نگهداری فرم‌های کامل شده برائت نامه به صورت اصولی و استاندارد.
۳	دستورالعمل جامع عملیات اورژانس پیش بیمارستانی (فرآیند عملیات اورژانس) به شماره نامه ۱۱۸۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹.
توضیحات	منابع موجود: استفاده از کتاب درمان‌های گام به گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب‌های مرجع اورژانس پیش بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۰/۳۳/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۲۲.
	* نکته: در تمامی موارد ترومایی، ۲۴۷، ۷۲۴ و مسمومیت در صورت عدم رضایت بیمار، ارتباط پزشک مشاور و همراه بیمار برقرار می‌گردد.
استاندارد ۲	فرآیندهای اختصاصی مراقبتی فوریت‌های پزشکی به بیماران براساس استانداردها و دستورالعمل‌ها اجرا می‌گردد.
سنجه یک	ارزیابی و انجام اقدامات فوریت‌های پزشکی در بیماران با کد سما (۷۲۴) مطابق با دستورالعمل‌های ابلاغی اجرا و ثبت می‌شود.
سطح سنجه: ۱	گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی
روشن ارزیابی	گذراندن آموزش‌های لازم در زمینه آشنایی با کد سما ۷۲۴.
بررسی مستندات و مصاحبه	وجود و دسترسی به دستورالعمل ویژه برای بیماران کد سما.
بررسی مستندات و مصاحبه	آگاهی تمام کارکنان عملیاتی از دستورالعمل ابلاغی.
بررسی مستندات و مصاحبه	اجرایی کردن مفاد دستورالعمل ابلاغی توسط کارکنان عملیاتی اعلام کد سما به بیمارستان.
بررسی مستندات و مصاحبه	تحویل بیمار به تیم استروک در واحد سی تی اسکن.
بررسی مستندات	ثبت اقدامات انجام شده.
۶	دستورالعمل جامع عملیات اورژانس پیش بیمارستانی (فرآیند عملیات اورژانس) به شماره نامه ۱۱۸۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹ و دستورالعمل ۷۲۴ به شماره ۴۰/۲۹۹۱۵ د مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۰۸.
توضیحات	جابه جایی و انتقال اصولی و ایمن بیمار از محل حادثه تا مرکز درمانی انجام گردد.



دستورالعمل مدیریت درمان بیماران با کد سما در پایگاه موجود و در دسترس کارکنان عملیاتی می‌باشد. لزوم رعایت و استفاده از گام‌های پروتکل آفلاین توسط کارکنان عملیاتی. تکمیل مستندات مربوط به فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش‌بیمارستانی (PCR) به‌صورت الکترونیکی و در مراکز فاقد اتوماسیون عملیاتی به‌صورت فیزیک ثبت گردد. کارکنان عملیاتی ملزم به گذراندن آموزشی مدیریت بیماران با سکتۀ حاد مغزی اورژانس پیش‌بیمارستانی می‌باشند.		
سنجۀ دو	ارزیابی و انجام اقدامات فوریت‌های پزشکی در بیماران ۲۴۷ (مدیریت درمان سکتۀ حاد قلبی) مطابق با دستورالعمل‌های ابلاغی اجرا و ثبت می‌شود.	سطح سنجۀ: ۱
گام اجرایی/ ملاک ارزش‌یابی		
۱	گذراندن آموزش‌های لازم در زمینه مدیریت درمان سکتۀ حاد قلبی ۲۴۷.	بررسی مستندات و مصاحبۀ
۲	وجود و دسترسی به دستورالعمل ویژه برای بیماران کد ۲۴۷.	بررسی مستندات و مصاحبۀ
۳	آگاهی تمام کارکنان عملیاتی از دستورالعمل ابلاغی.	مصاحبۀ
۴	اجرایی کردن مفاد دستورالعمل ابلاغی توسط کارکنان عملیاتی در مواجهه با بیماران کد ۲۴۷.	بررسی مستندات و مصاحبۀ
۵	دسترسی به دیسپچ تخصصی قلب.	بررسی مستندات و مصاحبۀ
۶	تحویل بیماران به کت لب بیمارستان.	مصاحبۀ و مشاهدۀ
۷	تأمین منابع و تجهیزات موردنیاز (تله‌کاردیوگرام) جهت اجرای طرح.	بررسی مستندات و مصاحبۀ
۸	ثبت اقدامات انجام‌شده.	بررسی مستندات
توضیحات	لیست بیمارستان‌ها ۲۴۷ در دسترس است. دستورالعمل جامع عملیات اورژانس پیش‌بیمارستانی (فرآیند عملیات اورژانس) به شماره نامه ۱۱۸۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹ و دستورالعمل ۲۴۷ به شماره ۴۰۰/۶۶۸۳ د مورخ ۱۳۹۷/۰۳/۲۸ جابۀ جایی و انتقال اصولی و ایمن بیمار از محل حادثۀ تا مرکز درمانی انجام گردد. دستورالعمل مدیریت درمان بیماران با کد ۲۴۷ در پایگاه موجود و در دسترس کارکنان عملیاتی می‌باشد. لزوم رعایت و استفاده از گام‌های پروتکل آفلاین توسط کارکنان عملیاتی. تکمیل مستندات مربوط به فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش‌بیمارستانی (PCR) به‌صورت الکترونیکی و در مراکز فاقد اتوماسیون عملیاتی به‌صورت فیزیک ثبت گردد. وجود دستگاه‌های تله‌کاردیوگرام در آمبولانس براساس دستورالعمل‌های ابلاغی سازمان. کارکنان عملیاتی ملزم به گذراندن آموزشی مدیریت بیماران با سکتۀ حاد قلبی اورژانس پیش‌بیمارستانی می‌باشند.	



سنجه سه		ارزیابی و انجام اقدامات فوریت‌های پزشکی در مصدومین ترومایی مطابق با دستورالعمل‌های ابلاغی اجرا و ثبت می‌شود.
سطح سنجه: ۱		گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی
۱	گذراندن آموزش‌های لازم در زمینه مصدومین ترومایی (دوره PHTM).	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	وجود و دسترسی به دستورالعمل ویژه مصدومین ترومایی ترافیکی و غیرترافیکی.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	آگاهی تمام کارکنان عملیاتی از دستورالعمل ابلاغی.	مصاحبه
۴	اجرایی کردن مفاد دستورالعمل ابلاغی توسط کارکنان عملیاتی در مواجهه با مصدومین ترومایی.	مصاحبه
۵	تأمین منابع و تجهیزات موردنیاز برای مدیریت درمان مصدومین.	مشاهده
۶	جابه‌جایی و انتقال اصولی و ایمن بیمار از محل حادثه تا مرکز درمانی تروما.	مشاهده و مصاحبه
۷	دسترسی به خدمات اورژانس هوایی در صورت اندیکاسیون.	مشاهده و مصاحبه
۸	ثبت اقدامات انجام شده.	بررسی مستندات
توضیحات		دستورالعمل جامع عملیات اورژانس پیش‌بیمارستانی (فرآیند عملیات اورژانس) به شماره نامه ۱۱۸۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹. منابع موجود: استفاده از کتاب درمان‌های گام‌به‌گام در اورژانس پیش‌بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب‌های مرجع اورژانس پیش‌بیمارستانی با شماره ابلاغ ۱۱۵/۳۰/۳۳ مورخ ۱۳۹۹/۰۴/۲۲. جابه‌جایی و انتقال اصولی و ایمن بیمار از محل حادثه تا مرکز درمانی انجام گردد. دستورالعمل مصدومین ترومایی در پایگاه موجود و در دسترس کارکنان عملیاتی می‌باشد. لزوم رعایت و استفاده از گام‌های پروتکل آفلاین توسط کارکنان عملیاتی. تکمیل مستندات مربوط به فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش‌بیمارستانی (PCR) به‌صورت الکترونیکی و در مراکز فاقد اتوماسیون عملیاتی به‌صورت فیزیکی ثبت گردد. کارکنان عملیاتی ملزم به گذراندن آموزشی مدیریت مصدومین ترومایی (PHTM) می‌باشند.
سنجه چهار		ارزیابی و انجام اقدامات فوریت‌های پزشکی در بیماران ایست قلبی و تنفسی مطابق با دستورالعمل‌های ابلاغی اجرا و ثبت می‌شود.
سطح سنجه: ۱		گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی
۱	گذراندن آموزش‌های لازم در زمینه بیماران ایست قلبی و تنفسی (PHCLS).	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	وجود و دسترسی به دستورالعمل ویژه برای احیای قلبی - ریوی پیش‌بیمارستانی.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	آگاهی تمام کارکنان عملیاتی از دستورالعمل ابلاغی.	مصاحبه
۴	اجرایی کردن مفاد دستورالعمل ابلاغی توسط کارکنان عملیاتی در مواجهه با بیماران با علائم ایست قلبی و تنفسی.	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	تأمین منابع و تجهیزات موردنیاز برای احیای قلبی - ریوی.	بررسی مستندات و مصاحبه و مشاهده



۶	ثبت اقدامات انجام شده.	بررسی مستندات
توضیحات	♦ دستورالعمل جامع عملیات اورژانس پیش بیمارستانی (فرآیند عملیات اورژانس) به شماره نامه ۱۱۸۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹. ♦ منابع موجود: استفاده از کتاب درمان‌های گام‌به‌گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب‌های مرجع اورژانس پیش بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۰۰/۳۳/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۴/۰۴/۲۲. ♦ جابه‌جایی و انتقال اصولی و ایمن بیمار از محل حادثه تا مرکز درمانی انجام گردد؛ ♦ دستورالعمل بیماران ایست قلبی و تنفسی در پایگاه موجود و در دسترس کارکنان عملیاتی می‌باشد؛ ♦ لزوم رعایت و استفاده از گام‌های پروتکل آفلاین توسط کارکنان عملیاتی؛ ♦ تکمیل مستندات مربوط به فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش بیمارستانی (PCR) به‌صورت الکترونیکی و در مراکز فاقد اتوماسیون عملیاتی به‌صورت فیزیکی ثبت گردد و ♦ منابع شامل الکتروشوک؛ AED، ونتیلاتور، اکسیژن پرتابل، لارنگوسکوپ ترجیحا ویدئو لارنگوسکوپ، LMA.	
سنجه پنج	ارزیابی و انجام اقدامات فوریت‌های پزشکی در بیماران اورژانس‌های اجتماعی مطابق با دستورالعمل‌های ابلاغی اجرا و ثبت می‌شود.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی	روشن ارزیابی
۱	گذراندن آموزش‌های لازم در زمینه اقدامات فوریت‌های پزشکی در بیماران اورژانس‌های اجتماعی.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	وجود و دسترسی به دستورالعمل ویژه برای بیماران با اورژانس‌های رفتاری / روان.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	آگاهی تمام کارکنان عملیاتی از دستورالعمل ابلاغی.	مصاحبه
۴	اجرائی کردن مفاد دستورالعمل ابلاغی توسط کارکنان عملیاتی در مواجهه با بیماران با اورژانس‌های رفتاری.	مصاحبه
۵	هماهنگی با سازمان‌های همکار ۱۲۳ و ۱۱۰.	بررسی مستندات و مصاحبه
۶	تأمین منابع و تجهیزات موردنیاز برای بیماران با اورژانس‌های رفتاری.	بررسی مستندات و مصاحبه
۷	ثبت اقدامات انجام شده.	بررسی مستندات
توضیحات	دستورالعمل جامع عملیات اورژانس پیش بیمارستانی (فرآیند عملیات اورژانس) به شماره نامه ۱۱۸۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹. منابع موجود: استفاده از کتاب درمان‌های گام‌به‌گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب‌های مرجع اورژانس پیش بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۰۰/۳۳/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۴/۰۴/۲۲. جابه‌جایی و انتقال اصولی و ایمن بیمار از محل حادثه تا مرکز درمانی انجام گردد. دستورالعمل بیماران اورژانس‌های اجتماعی در پایگاه موجود و در دسترس کارکنان عملیاتی می‌باشد. لزوم رعایت و استفاده از گام‌های پروتکل آفلاین توسط کارکنان عملیاتی.	



تکمیل مستندات مربوط به فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش‌بیمارستانی (PCR) به‌صورت الکترونیکی و در مراکز فاقد اتوماسیون عملیاتی به‌صورت فیزیکی ثبت گردد.		
سنجه شش	ارزیابی و انجام اقدامات فوریت‌های پزشکی در اورژانس مادر باردار و نوزادان مطابق با دستورالعمل‌های ابلاغی اجرا و ثبت می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	گذراندن آموزش‌های لازم در زمینه اقدامات فوریت‌های پزشکی در اورژانس مادر باردار و نوزادان.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	وجود و دسترسی به دستورالعمل ویژه برای بیماران با اورژانس مادر باردار و نوزادان.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	آگاهی تمام کارکنان عملیاتی از دستورالعمل ابلاغی.	مصاحبه
۴	اجرایی کردن مفاد دستورالعمل ابلاغی توسط کارکنان عملیاتی در مواجهه با بیماران با اورژانس‌های مادر باردار و نوزاد.	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	تأمین منابع و تجهیزات موردنیاز برای بیماران با اورژانس‌های مادر باردار و نوزاد (ست زایمان، داروی اکسی‌توسین و سولفات منیزیم، آمبو نوزاد و لارنگوسکوپ نوزاد).	مشاهده
۶	ثبت اقدامات انجام‌شده.	بررسی مستندات
دستورالعمل جامع عملیات اورژانس پیش‌بیمارستانی (فرآیند عملیات اورژانس) به شماره نامه ۱۱۸۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹. منابع موجود: استفاده از کتاب درمان‌های گام‌به‌گام در اورژانس پیش‌بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب‌های مرجع اورژانس پیش‌بیمارستانی با شماره ابلاغ ۱۱۵/۳۰/۳۳ مورخ ۱۴۰۴/۰۴/۲۲. جابه‌جایی و انتقال اصولی و ایمن بیمار از محل حادثه تا مرکز درمانی انجام گردد. دستورالعمل مدیریت درمان بیماران مادر باردار و نوزاد در پایگاه موجود و در دسترس کارکنان عملیاتی می‌باشد. لزوم رعایت و استفاده از گام‌های پروتکل آفلاین توسط کارکنان عملیاتی. تکمیل مستندات مربوط به فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش‌بیمارستانی (PCR) به‌صورت الکترونیکی و در مراکز فاقد اتوماسیون عملیاتی به‌صورت فیزیکی ثبت گردد.		
استاندارد ۳	نظارت و پایش بر اجرای صحیح فرآیندهای عمومی و تخصصی خدمات فوریت انجام می‌شود.	
سنجه یک	شاخص‌های عملکردی اجرای صحیح فرآیندها تدوین و پایش می‌گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	تدوین شاخص‌های عملکردی.	بررسی مستندات
۲	اندازه‌گیری و پایش شاخص‌ها.	بررسی مستندات
۳	تحلیل داده‌ها و ارائه گزارش به مسئول بالادستی.	بررسی مستندات
۴	برنامه‌ریزی و اجرا اقدام اصلاحی در صورت نیاز.	بررسی مستندات
♦ شاخص‌های عملکردی مانند: میانگین زمان پاسخ‌گویی در ۲۴۷-۷۲۴ و ♦ میانگین زمان صحنه در ۲۴۷-۷۲۴ و تحویل به سی‌تی‌اسکن / کت لب.		توضیحات



سنجه دو	نظارت بر اجرای فرایندها مطابق با برنامه اجرا و در صورت نیاز اقدام اصلاحی برنامه ریزی و اجرا می گردد.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزش یابی	روش ارزیابی
۱	برنامه بازدیدهای دوره ای در شیفتهای مختلف.	بررسی مستندات
۲	پایش مطابق برنامه براساس چک لیست.	بررسی مستندات
۳	ارائه گزارش و بازخورد به مسئول بالادستی و مسئولین مربوطه.	بررسی مستندات
۴	برنامه ریزی و اجرا جهت اقدام اصلاحی	بررسی مستندات
توضیحات	♦ چک لیستی براساس فرایندها تدوین شود و ♦ بازدید به صورت شبانه روزی برنامه ریزی شود.	

فصل ۹



حوزه فناوری اطلاعات سلامت

استاندارد ۱	سامانه مدیریت عملیات اورژانس پیش بیمارستانی (آسیار) راه اندازی و توسعه داده شده است.
سنجه یک	تجهیزات مورد نیاز (سخت افزار و نرم افزار) جهت راه اندازی سامانه های مدیریت عملیات پیش بیمارستانی ایجاد شده است.
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزش یابی
بررسی مستندات و مشاهده	تأمین تجهیزات مورد نیاز جهت راه اندازی سامانه مدیریت عملیات پیش بیمارستانی.
بررسی مستندات و مشاهده	نصب و راه اندازی تجهیزات جهت استقرار سامانه مدیریت عملیات پیش بیمارستانی.
توضیحات منظور از تجهیزات شامل سرور سامانه اتوماسیون، خطوط آنالوگ و دیجیتال جهت دیسپچ ارتباطات، EOC و مرکز هدایت و پایش مراقبت های درمانی (MCMC)، Gateway خطوط ۱۱۵ آنالوگ و دیجیتال، سیستم های ضبط مکالمات آنالوگ و دیجیتال، سرور پشتیبان سامانه اتوماسیون، سویچ و روتر، گوشی های همراه اندروید جهت استفاده در پایگاه ها، سیستم رایانه کامل جهت ارتباطات دیسپچ ۵۰-۱۰، EOC و MCMC، ذخیره ساز مکالمات و دیتا (Storage). * میزان تکمیل سامانه با توجه به تعداد پایگاه راه اندازی شده در نظر گرفته و امتیازدهی می شود.	



سنجه دو	سامانه مدیریت عملیات پیش بیمارستانی در مرکز دانشگاه و تمامی شهرستان های تحت پوشش راه اندازی، تکمیل و بهره برداری می گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش یابی		
۱	انعقاد قرارداد پشتیبانی سامانه اتوماسیون عملیات پیش بیمارستانی.	بررسی مستندات
۲	گزارش مکتوب نصب و راه اندازی سامانه اتوماسیون عملیات پیش بیمارستانی.	بررسی مستندات
۳	به کارگیری سامانه اتوماسیون عملیات پیش بیمارستانی در شهرهای راه اندازی شده.	بررسی مستندات
۴	به روز بودن نرم افزار سامانه اتوماسیون عملیات پیش بیمارستانی.	بررسی مستندات
۵	امکان بازیابی اطلاعات در کمتر از ده دقیقه.	بررسی مستندات
۶	آگاهی و آموزش پرسنل درخصوص نحوه استفاده از سامانه اتوماسیون عملیات پیش بیمارستانی.	بررسی مستندات و مصاحبه
۷	پایش وضعیت سامانه و ارائه بازخورد درخصوص مشکلات جهت بهبود این خدمت.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	نکاتی که حتما بایستی مورد بررسی قرار گیرد: - تمامی مراکزی که سامانه در آنجا راه اندازی شده است، به طور کامل و بدون خطا از سامانه مذکور استفاده می کنند. - نصب آخرین نسخه اعلامی شرکت پیمانکار بر روی رایانه ها و گوشی های تکنسین ها الزامی می باشد.	
سنجه سه	سامانه ثبت مدیریت حوادث راه اندازی و توسعه داده شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش یابی		
۱	راه اندازی و به کارگیری نرم افزار ثبت سوانح ویژه در EOC به صورت ۲۴ ساعته.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	وجود و به کارگیری تجهیزات سخت افزاری مرکز EOC طبق دستورالعمل.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	وجود و استفاده از سیستم ارتباطات چند لایه ای تلفن در EOC.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	سیستم ارتباطات چند لایه ای اینترنت در EOC.	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	سیستم ارتباطات بیسیم در EOC.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	منظور از تجهیزات شامل سرور سامانه اتوماسیون، خطوط آنالوگ و دیجیتال جهت دیسپچ ارتباطات، EOC و مرکز هدایت و پایش مراقبت های درمانی (MCMC)، Gateway خطوط ۱۱۵ آنالوگ و دیجیتال، سیستم های ضبط مکالمات آنالوگ و دیجیتال، سرور پشتیبان سامانه اتوماسیون، سویچ و روتر، گوشی های همراه اندروید جهت استفاده در پایگاه ها، سیستم رایانه کامل جهت ارتباطات دیسپچ ۵۰-۱۰، EOC و	



MCMC، ذخیره‌ساز مکالمات و دیتا (Storage). * میزان تکمیل سامانه با توجه به تعداد پایگاه راه‌اندازی شده در نظر گرفته و امتیازدهی می‌شود.		
سنجه چهار	سیستم پزشکی از راه دور راه‌اندازی و توسعه داده شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	راه‌اندازی و به‌کارگیری نرم‌افزار بر روی سامانه آسایار.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	قرارداد پشتیبانی از نرم‌افزار.	بررسی مستندات
۳	تست کردن سیستم پزشکی از راه دور.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	وجود گزارش‌های عملکرد سیستم پزشکی از راه دور.	بررسی مستندات
۵	وجود و به‌کارگیری تجهیزات سخت افزاری.	بررسی مستندات و مصاحبه
۶	آگاهی و مهارت کارکنان.	مصاحبه
توضیحات پزشکی از راه دور به استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات برای ارائه خدمات پزشکی و بهداشتی از راه دور گفته می‌شود. فناوری ارتباطات این امکان را فراهم می‌کند تا خدمات پزشکی به مراکزی که از لحاظ جغرافیایی از مرکز ارائه‌دهنده مجزا هستند فراهم شود. ارتباط تله مدیسین معمولاً از طریق خطوط تلفن معمولی برای انتقال سیگنال‌های دیجیتالی به کمک کامپیوتر تأمین می‌شود. همچنین امکانات پیشرفته ارتباطی نظیر فیبرهای نوری، خطوط ماهواره‌ای و موارد مشابه دیگر امکانات گسترده‌ای را در انتقال اطلاعات فراهم می‌کنند. دستگاه تله‌کاردیولوژی و توانایی ارسال ECG، وجود سیم‌کارت.		
سنجه پنج	سامانه MCMC راه‌اندازی و توسعه داده شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	تأمین تجهیزات موردنیاز جهت راه‌اندازی سامانه MCMC.	بررسی مستندات و مشاهده
۲	نصب و راه‌اندازی تجهیزات جهت استقرار سامانه MCMC.	بررسی مستندات و مشاهده
۳	انعقاد قرارداد پشتیبانی سامانه MCMC.	بررسی مستندات
۴	به‌روزرسانی نرم‌افزار MCMC.	بررسی مستندات و مشاهده
۵	امکان گزارش‌گیری از سامانه.	مشاهده
توضیحات براساس دستورالعمل ابلاغی سازمان اورژانس کشور. مفاد دستورالعمل به شماره ۴۰۱/۳۵۳۸ د مورخ ۱۳۹۶/۱۱/۱۵ سازمان اورژانس کشور با موضوع		



دستورالعمل اجرایی استقرار مرکز پایش مراقبت‌های درمانی در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور.		
استاندارد ۲		مسیریابی، ردیابی و مکان‌یابی موقعیت تماس گیرنده با ۱۱۵، آمبولانس و تکنسین‌های فوریت به صورت الکترونیکی مدیریت می‌گردد.
سنجه یک	بستر شبکه اختصاصی امن راه‌اندازی شده و امکانات مسیریابی با استفاده از نرم‌افزارهای مسیریاب داخلی به بهره‌برداری رسیده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	وجود خطوط ارتباطی امن بین مرکز فوریت‌های پیش‌بیمارستانی و دانشگاه.	مشاهده و مصاحبه
۲	تأمین سیم‌کارت‌های عملیات، بر بستر شبکه اختصاصی امن باشند.	مشاهده
۳	اتصال سیم‌کارت‌های عملیاتی مرکز فوریت‌های پیش‌بیمارستانی دانشگاه به شبکه اختصاصی امن (APN).	مشاهده
۴	نصب نرم‌افزار مسیریاب داخلی بر روی گوشی‌های تکنسین‌ها.	مشاهده
۵	بهره‌برداری از نرم‌افزار مسیریاب داخلی در فرآیند خدمت‌رسانی.	مشاهده
برقراری ارتباط MPLS یا Neuronta بین مرکز اورژانس پیش‌بیمارستانی (محل قرارگیری سرورهای اتوماسیون آسایار) و دانشگاه بر بستر فیبر نوری. منظور از نرم‌افزار مسیریاب داخلی، نرم‌افزاری‌های نظیر بلد، نشان و ... می‌باشد. درخصوص این استاندارد، ارزیاب باید بررسی کند زمانی که مددجو با ۱۱۵ تماس می‌گیرد، محل دقیق وی روی نرم‌افزار مشاهده گردد. عطف به نامه شماره ۱۱۵/۲۱۴۱ مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۰۸ ریاست محترم سازمان اورژانس کشور درخصوص راه‌اندازی شبکه اختصاصی امن همراه (سرویس APN)، مراکز می‌بایست لیست شماره سیم‌کارت‌های خود را به اپراتور مربوطه (همراه اول، ایرانسل) اعلام کرده تا سیم‌کارت‌ها توسط اپراتور به شبکه اختصاصی امن متصل گردد.		توضیحات
سنجه دو	توکن حاوی کلید خصوصی جهت خدمت الکترونیکی استعلام موقعیت جغرافیایی مددجویان ۱۱۵ مورد استفاده قرار می‌گیرد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	امضا و ارسال تعهد نامه تحویل خدمت الکترونیکی استعلام موقعیت جغرافیایی تماس گیرنده با ۱۱۵.	بررسی مستندات
۲	تحویل توکن از دفتر پیشخوان خدمات الکترونیک دولت.	بررسی مستندات
۳	راه‌اندازی خدمت الکترونیکی استعلام موقعیت جغرافیایی مددجویان ۱۱۵ در مرکز.	بررسی مستندات و مشاهده



۴	بهره‌برداری از خدمت الکترونیکی در فرآیند خدمت‌رسانی.	بررسی مستندات و مشاهده
۵	پایش وضعیت خدمت الکترونیکی و ارائه بازخورد درخصوص مشکلات جهت بهبود این خدمت.	مشاهده
توضیحات	درخصوص این استاندارد، ارزیاب می‌بایست موقعیت جغرافیایی تماس‌گیرنده با ۱۱۵ را روی سیستم دیسپچ (سامانه اتوماسیون عملیات پیش‌بیمارستانی) مشاهده نماید.	
سنجه سه	سامانه راهبری ناوگان لجستیک در کلیه خودروهای امدادی اورژانس موجود و قابل ردیابی است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	نصب دستگاه‌های ردیاب روی آمبولانس‌های مرکز.	مشاهده
۲	راه‌اندازی سامانه نرم‌افزاری راهبری ناوگان لجستیک.	مشاهده
۳	بررسی کارکرد مناسب دستگاه‌های ردیاب.	مشاهده و مصاحبه
۴	گزارشات ردیابی در سامانه راهبری موجود و قابل پیگیری است.	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات	ارزیاب بایستی روی سامانه نرم‌افزار راهبری ناوگان، مکان و موقعیت دقیق آمبولانس به همراه جزئیاتی نظیر سرعت، محل توقف و ... را مشاهده نماید. ارزیاب می‌بایست خروجی گزارش تهیه شده از سامانه را بررسی و مشاهده نماید.	
استاندارد ۳	نگهداشت و امنیت تجهیزات سخت افزاری و نرم‌افزارها برنامه‌ریزی و براساس آن عمل می‌شود.	
سنجه یک	روش‌های نگهداری و پشتیبانی منظم داده‌ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان (Back up) تدوین و اجرا می‌گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	تدوین خط‌مشی و روش اجرایی چگونگی نگهداری و پشتیبانی منظم داده‌ها و اطلاعات الکترونیکی داده‌ها.	بررسی مستندات
۲	تعیین روش‌های پشتیبانی آنلاین و آفلاین در روش اجرایی.	بررسی مستندات
۳	مشارکت پرسنل در تدوین روش اجرایی چگونگی نگهداری و پشتیبانی منظم داده‌ها و اطلاعات الکترونیکی داده‌ها.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	آگاهی کامل کارکنان مرتبط حوزه فناوری اطلاعات از روش اجرایی.	مصاحبه
۵	بررسی انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی.	بررسی مستندات و مصاحبه



در روش اجرایی مشخص گردد داده‌ها به صورت خودکار (Auotomat) یا دستی (Manual) با استفاده از روش‌های FullBackup یا Differntial در بازه زمانی مشخص پشتیبان‌گیری شود. در روش اجرایی «نگهداری و پشتیبانی منظم داده‌ها و بانکهای اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان» نحوه اخذ تأییدیه پنج مورد ذیل در قالب چک لیست یا طی یک نامه صادر شده از دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه نیز پیش‌بینی شود. وجود گزارش تأییدشده مسئول فنی سامانه اطلاعات از وجود برنامه زمان‌بندی پشتیبان‌گیری خودکار بر روی سرورهای بانک اطلاعاتی مرکز در طول یک شبانه‌روز. وجود گزارش تأیید شده مسئول فنی سامانه اطلاعات از کپی خودکار نسخه‌های پشتیبانی بانک اطلاعاتی سامانه اطلاعات بیمارستانی به صورت روزانه و هفتگی بر روی سروری جدا از سرور اصلی بانک اطلاعاتی مرکز. صدور نامه گواهی صحت فنی و عملیاتی نسخه‌های پشتیبان گرفته شده از بانک سامانه اطلاعات مرکز که توسط مسئول فنی سامانه اطلاعات مرکز. وجود گزارش تأیید شده مسئول شبکه و زیر ساخت دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه از نصب نرم‌افزار آنتی‌ویروس لایسنس دار و به‌روزرسانی شده حتی به صورت آفلاین بر روی سرورها و کلاینت‌های مرکز. وجود گزارش تأییدشده مسئول شبکه و زیرساخت دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه از عدم اتصال مستقیم سرورهای سامانه‌های مرکز به اینترنت به غیر از سرور آنتی‌ویروس مرکز. استفاده از رایانه‌های واسط و کنترل شده برای اتصال شرکت‌های پشتیبان به سرورهای مرکز. منظور از نسخه پشتیبان آنلاین، نگهداری فایل‌های پشتیبان روی فضایی که به سرور و شبکه متصل است. (در این روش در صورت آلوده شدن شبکه، فایل‌های پشتیبان نیز آسیب می‌بیند). منظور از نسخه پشتیبان آفلاین، نگهداری فایل‌های پشتیبان روی دستگاهی که شبکه و سرور متصل نیست (در این روش در صورت آلوده شدن شبکه و سرور، فایل‌های پشتیبان آسیبی نمی‌بیند و می‌توان به صورت مجدد از آن‌ها استفاده نمود).		توضیحات
سنجه دو	نگهداشت و پشتیبانی از تجهیزات سخت افزاری برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ ملاک ارزش‌یابی		
۱	تدوین روش اجرایی «پشتیبانی از سیستم‌های سخت‌افزاری» با مشارکت صاحبان فرایند.	روش ارزیابی
۲	آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط براساس روش اجرایی.	بررسی مستندات
۳	اجرای پشتیبانی از سیستم‌های سخت افزاری در سطح مرکز.	مصاحبه
توضیحات	سوابق فرایندهای ارتقای و تعمیرات سخت افزاری و درخواستهای خروجی برای تعمیرات به خارج از مرکز، نگهداری شوند. همچنین وجود شناسنامه به‌روز شده از شبکه و تجهیزات سخت افزاری لازم و ضروری است.	



سنجه سه	اتاق سرور برای سامانه‌ها و اطلاعات مرکز مدیریت حوادث، به صورت استاندارد و ایمن پشتیبانی از سامانه اطلاعات پیش بیمارستانی فعالیت می نماید.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزش یابی	روش ارزیابی
۱	بررسی و نظارت امنیت فیزیکی اتاق سرور مطابق با چک لیست به صورت دوره‌ای.	بررسی مستندات
۲	تحلیل نظارت و اقدام اصلاحی براساس آن.	بررسی مستندات
۳	فضای فیزیکی و امکانات ساختاری استاندارد.	مشاهده
۴	رعایت ایمنی اتاق سرور و تجهیزات.	مشاهده
۵	رعایت امنیت اتاق سرور.	مشاهده
توضیحات	نظارت و بررسی امنیت فیزیکی اتاق سرور طبق چک لیست ابلاغی سازمان اورژانس کشور. ویژگی اتاق سرور: مرکز اتاق سرور با حداقل مشخصات زیر برای پشتیبانی از سامانه اطلاعات فعالیت نماید: - محیط آن پاکیزه، ایزوله و دارای پوشش دیواری مناسب بوده و امکان تردد در آن بدون مجوز ریاست/مدیریت یا ریس فن آوری اطلاعات مرکز مقدور نباشد؛ - دارای سیستم برق اضطراری و تغذیه کننده بدون وقفه جریان الکتریکی (UPS) برای سرورهای مرکز باشد (دارای سیستم‌های الکتریکی استاندارد UPS، PDU، ژنراتور و ... می باشد)؛ - ایمن بوده و دارای امکانات ضد حریق (درب و دیوار) باشد؛ - سرورها و محل نگهداری تجهیزات در آن کامل برجسب گذاری شده و دفترچه راهنمای حداقلی برای دسترسی و عیب یابی سریع موجود باشد؛ - استفاده از رایانه‌های رومیزی در مرکز به عنوان سرور اصلی سامانه‌ها و بانک اطلاعاتی قابل قبول نیست؛ - وجود کالینت و پرینترهای پشتیبان؛ - اتاق سرور هیچ گونه راه نفوذ و پنجره رو به بیرون نداشته باشد؛ - ابزارهای هوشمند نظارت نظیر درب ضد سرقت، دوربین یا سامانه‌های هشدار به کاربر باشند و تجهیزات سخت افزاری موجود در اتاق سرور دارای دو ورودی مجزای برق، اتصالات شبکه کافی بوده و در داخل رک‌های استاندارد قرار گرفته باشند. سایر شرایط فیزیکی و امکانات ایمنی: - ابعاد استاندارد اتاق سرور رعایت شده است: عرض ۱۱۰ تا ۱۲۰ سانتی متر و ارتفاع ۲/۵ متر؛ - تجهیزات سرمایشی (استفاده از کولر گازی با ویژگی Auto Start)؛ - کف کاذب از جنس آنتی استاتیک؛ - عایق در برابر صدا؛ - وجود چاه ارت؛ - سیستم هشدار اعلام و اطفای حریق؛	



♦ رطوبت سنج و دماسنج؛ ♦ تابلو برق؛ ♦ سوئیچ خاموش اضطراری؛ ♦ سیستم روشنایی استاندارد و هوشمند و ♦ کنترل تردد درب ورودی.		
سنجه چهار	امنیت اطلاعات ورودی طبق دستورالعمل‌های ابلاغی سازمان اورژانس کشور تأمین می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
روش ارزیابی		
۱	وجود سیستم امنیتی در مورد فناوری اطلاعات.	بررسی مستندات و مشاهده
۲	تعیین شرایط و معیارهای سطح دسترسی درون سازمانی و برون سازمانی به اطلاعات بیماران.	بررسی مستندات و مشاهده
۳	رعایت سطوح دسترسی به اطلاعات با شرایط و معیارهای معین و مبتنی بر اصل محرمانگی.	بررسی مستندات و مشاهده
۴	نظارت بر صحت اطلاعات ورودی.	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات	عطف به نامه شماره ۱۱۵/۱۰۰/۶۲۱ مورخ ۱۳۹۸/۱۱/۲۶ معاون محترم سازمان اورژانس کشور درخصوص دستورالعمل ابلاغی مرکز فناوری اطلاعات، ارتباطات و امنیت ریاست جمهوری با عنوان «خط‌مشی ایزوله‌سازی شبکه‌های اداری از شبکه‌های دیگر برای سازمان‌های متصل به شبکه دولت» که در پیوست ۲ موجود می‌باشد. وجود تصویر گواهی‌نامه گواهی امنیت سامانه اطلاعات مرکز، گواهی‌نامه امنیت سامانه اطلاعات مرکز به صورت فیزیکی به توسعه‌دهنده سامانه‌های سلامت ارائه می‌شود و کپی آن در مرکز موجود بوده و قابل استناد است.	
سنجه پنج	براساس شیوهای مدون، ورود صحیح داده‌ها در سامانه اطلاعات بیمارستانی نظارت و کنترل می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
روش ارزیابی		
۱	تدوین خط‌مشی و روش اجرایی کنترل صحت داده‌های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی با مشارکت صاحبان فرایند.	بررسی مستندات
۲	آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط براساس خط‌مشی و روش اجرایی.	مصاحبه
۳	ارزیابی و کنترل صحت داده‌های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی حداقل به صورت ماهانه توسط مسئول واحد.	بررسی مستندات
۴	اطلاع‌رسانی نتایج ارزیابی و کنترل صحت داده‌ها به بیمارستان‌ها.	بررسی مستندات



مشاهده	دریافت تصاویر مراکز درمانی در مرکز پایش مراقبت‌های درمانی MCMC با کیفیت مطلوب.	۵
مشاهده و مصاحبه	امکان گزارش‌سازی و گزارش‌گیری از سامانه.	۶
توضیحات	پهنای باند متناسب با تعداد دوربین‌ها در نظر گرفته شده است. دریافت تصاویر از بستر امن و مورد تأیید سازمان اورژانس کشور وضوح تصاویر دریافتی مناسب می‌باشد.	
استاندارد ۴	ارتباط رادیویی بیسیم مراکز هدایت عملیات و مدیریت بحران به صورت مستمر برقرار و پاسخ‌گو می‌باشد.	
سنجه یک	ارتباط پایدار مرکز هدایت عملیات بحران با ستاد هدایت عملیات و مدیریت بحران وزارت متبوع بر بستر شبکه DMR / ترانک عمومی برقرار می‌باشد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	نصب و راه‌اندازی تجهیزات ارتباطی مراکز هدایت عملیات و مدیریت بحران.	مشاهده
۲	برقراری ارتباط بین مرکز هدایت عملیات بحران دانشگاه و ستاد هدایت عملیات و مدیریت بحران وزارت متبوع.	بررسی مستندات و مشاهده
۳	پایش وضعیت سامانه ارتباطی مراکز هدایت عملیات و مدیریت بحران.	مشاهده
توضیحات	تجهیزات ارتباطی شامل: تجهیزات ارتباطی رادیویی اعم از بیسیم و تکرارکننده موردنیاز بر بستر فرکانس مشترک یا تجهیزات ارتباطی بر بستر شبکه ترانک عمومی می‌باشد.	
سنجه دو	ارتقا شبکه رادیویی از آنالوگ به دیجیتال (DMR) مطابق با طراحی شبکه رادیویی دانشگاه انجام می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	تأمین تجهیزات موردنیاز جهت نصب و راه‌اندازی تجهیزات رادیویی دیجیتال.	مشاهده و بررسی مستندات
۲	نصب و راه‌اندازی تجهیزات رادیویی.	مشاهده
۳	بهره‌برداری از تجهیزات رادیویی در حالت دیجیتال.	مشاهده
توضیحات	فاکتور / قرارداد خرید تجهیزات رادیویی موجود باشد.	
سنجه سه	بهره‌برداری از خطوط ارتباطی پرسرعت اینترنت و شبکه اختصاصی امن APN انجام شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	امکانات اینترنت پر سرعت برای سیستم‌های ارتباطی و فناوری اطلاعات.	بررسی مستندات و مشاهده



۲	وجود خطوط ارتباطی شبکه داخلی جهت انجام امور.	بررسی مستندات و مشاهده
۳	سیم کارت‌های عملیات، بر بستر شبکه اختصاصی امن باشند.	بررسی مستندات و مشاهده
۴	سیستم و مسیرهای جایگزین APN.	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات	عطف به نامه شماره ۱۱۵/۲۱۴۱ مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۰۸ ریاست محترم سازمان اورژانس کشور درخصوص راه‌اندازی شبکه اختصاصی امن همراه (سرویس APN)، مراکز می‌بایست لیست شماره سیم کارت‌های خود را به اپراتور مربوطه (همراه اول، ایرانسل) اعلام کرده تا سیم کارت‌ها توسط اپراتور به شبکه اختصاصی امن متصل گردد.	
سنجه چهار	ارتباط مخابراتی و گوشی ماهواره‌ای جهت برقراری ارتباط در مرکز هدایت عملیات بحران وجود دارد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	وجود گوشی ماهواره‌ای در مرکز هدایت عملیات و مدیریت بحران.	مشاهده
۲	آگاهی پرسنل درخصوص نحوه استفاده از گوشی ماهواره‌ای.	مصاحبه
۳	داشتن شارژ اعتباری و آماده به‌کاربودن گوشی ماهواره‌ای.	بررسی مستندات و مشاهده
۴	اعلام شماره‌های تلفن‌های ماهواره‌ای به سازمان‌های مرتبط و سازمان اورژانس کشور.	بررسی مستندات و مشاهده
۵	وجود ارتباط مخابراتی Hotline با مرکز هدایت و مدیریت بحران وزارت.	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات	فهرست تجهیزات و چک عملکرد آن ضروری است.	

فصل ۱۰



کنترل عفونت و بهداشت محیط

استاندارد ۱		سازماندهی، برنامه‌ریزی و تأمین منابع جهت پیش‌گیری و کنترل عفونت در مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی ایجاد و تدوین شده است.
سنجه یک	اصول برنامه کنترل کیفیت در اقدامات مدیریتی رعایت و اجرا شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	تعیین و ابلاغ کارشناس کنترل عفونت با امضای رئیس مرکز.	روش ارزیابی بررسی مستندات
۲	آگاهی کارشناس کنترل عفونت از شرح وظایف.	بررسی مستندات
۳	انطباق عملکرد کارشناس کنترل عفونت مرتبط با شرح وظایف.	بررسی مستندات و مصاحبه
کارشناس کنترل عفونت: کسی است که مسئول اجرا و حفظ کلی برنامه‌ها است. تعدادی از وظایف او به این شرح است: ♦ ثبت، پیگیری و راهنمایی موارد مواجهه شغلی کارکنان و مستندات‌سازی آن‌ها (مطابق فلوجارت)؛ ♦ همکاری با واحد آموزش به منظور اجرایی‌شدن آموزش‌های قبل از ورود و آموزش‌های حین خدمت کارکنان؛ ♦ پیگیری ارسال دستورالعمل‌ها، راهنماها و مواد آموزشی کنترل عفونت به کارکنان و اجرایی‌شدن آن‌ها؛ ♦ تعیین و آموزش سرپرستان نوبت‌کاری به عنوان همکار کنترل عفونت در هر شیفت مرکز ارتباطات و پیگیری گزارش‌های دریافتی؛ ♦ تکمیل چک‌لیست‌های مربوطه، تهیه گزارش‌های آماری منظم، تکمیل اطلاعات در سامانه مربوطه؛		
توضیحات		



♦ اطمینان از اثربخشی آموزش‌ها و دریافت دستورالعمل‌ها و راهنماها توسط کارکنان و اخطارها و * ممیزی و بازرسی‌های منظم از نحوه اجرای برنامه‌ها و پذیرش کارکنان.		
سطح سنجه: ۱	برنامه عملیاتی پیش‌گیری و کنترل عفونت تدوین، ابلاغ و اجرا می‌شود.	سنجه دو
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات	تدوین و ابلاغ برنامه عملیاتی پیش‌گیری و کنترل عفونت (شامل گزارش‌های پایش و اجرا و ارزیابی).	۱
بررسی مستندات	بازنگری برنامه‌های عملیاتی براساس نتایج پایش و اندازه‌گیری شاخص‌های مربوط	۲
بررسی مستندات	بررسی اثربخشی فعالیت و در صورت لزوم اقدام اصلاحی.	۳
برنامه عملیاتی مدیریت حفاظت شغلی، ایمنی و کنترل عفونت در اورژانس پیش‌بیمارستانی سالیانه تدوین و به کلیه مراکز جهت اجرا ابلاغ و در سامانه HOP پایش و ارزیابی می‌شود.		توضیحات
سطح سنجه: ۱	منابع، امکانات و تجهیزات لازم برای اجرای برنامه‌های عملیاتی کنترل عفونت فراهم گردیده است.	سنجه سه
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی	
مشاهده و مصاحبه	سهولت در دسترسی به وسایل حفاظت فردی به تعداد کافی.	۱
مشاهده	وجود فضای فیزیکی استاندارد جهت گندزدایی آمبولانس‌های ۱۱۵ در مراکز درمانی*	۲
مشاهده	وجود تسهیلات و ظروف نگه دارنده به تعداد کافی برای تمامی انواع پسماندها.	۳
مشاهده	دسترسی به داروهای پروفیلاکسی در صورت مواجهه شغلی.	۴
مشاهده	وسایل و تجهیزات کافی مربوط به پیش‌گیری از اپیدمی‌های نوپدید.	۵
* راه‌اندازی جایگاه گندزدایی آمبولانس‌های ۱۱۵ در بیمارستان‌ها مطابق با ضوابط بهداشتی و استانداردهای ساخت به کلیه مراکز از طرف ریاست سازمان اورژانس کشور و مدیرکل منابع فیزیکی و امور عمرانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ شده است. مطابق با آیین‌نامه اجرایی وزارتی به شماره ۲۰۲/۳۷۴ د مورخ ۹۹/۰۳/۱۷ - شماره ۱۱۵/۳۱۴۳ د مورخ ۹۹/۰۳/۲۴ و ۲۰۲/۵۵۸ / مورخ ۹۷/۰۳/۲۰ و ابلاغ سازمان اورژانس کشور به شماره نامه ۴۰۱/۴۱۵۷ د مورخ ۹۶/۱۲/۲۲.		توضیحات
دستورالعمل‌های ابلاغی کنترل عفونت اجرا و پایش می‌شود.		استاندارد ۲
سطح سنجه: ۱	راهنمای شست‌وشو و گندزدایی تجهیزات و وسایل که شامل روش‌های فیزیکی و شیمیایی و نحوه استفاده از مواد گندزدا تدوین و اجرا می‌شود.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی	
مشاهده	وجود کتاب راهنمای گندزدایی در تمامی واحدها و پایگاه‌ها.	۱
مصاحبه	آگاهی کارکنان از مفاد و مراحل روش‌های گندزدایی.	۲



مشاهده	وجود برچسب بر روی ظروف محلول‌های گندزدایی.	۳
مصاحبه و مشاهده	کارکنان منطبق با راهنمای گندزدایی است.	۴
توضیحات		
کتابچه / مجموعه راهنمای گندزدایی با اطلاعات به‌روزرسانی شده، شامل روش‌های فیزیکی و شیمیایی مورد استفاده در مراکز و پایگاه‌ها مشتمل بر روش صحیح استفاده، احتیاط‌های انجام کار، غلظت مورد نیاز و طریقه ساخت محلول‌های رقیق گندزدایی شیمیایی، توسط واحد بهداشت محیط تهیه و به‌روزرسانی شده است. لیست مواد گندزدای مجاز موجود در سایت سازمان غذا و دارو موجود است. تدوین کتابچه مطابق با دستورالعمل اجرایی مدیریت کنترل عفونت به شماره ۴۰۱/۳۴۶۹۲ د مورخ ۹۵/۱۱/۱۶ سازمان اورژانس است.		
سطح سنجه: ۱	اصول بهداشتی و نظافت آمبولانس‌ها رعایت می‌شود و محل مناسبی با تسهیلات لازم برای شست‌وشو و گندزدایی آمبولانس وجود دارد.	سنجه دو
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات و مشاهده	وجود دستورالعمل نظافت و گندزدایی و لکه‌برداری آمبولانس با رعایت اصول حفاظت فردی.	۱
مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل.	۲
مشاهده	مکان گندزدایی آمبولانس دارای امکانات و امکان اتصال به سیستم سپتیک و رعایت اصول کنترل مواد عفونی.	۳
بررسی مستندات و مصاحبه	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ.	۴
توضیحات		
با توجه به ابلاغ کتاب مدیریت کنترل عفونت و حفاظت شغلی در اورژانس پیش‌بیمارستانی به شماره نامه ۴۰۱/۲۵۶ د مورخ ۹۸/۲/۲ و دستورالعمل مدیریت کنترل عفونت به شماره ۴۰۱/۳۴۶۹۲ د مورخ ۹۵/۱۱/۱۶ ابلاغ راه‌اندازی جایگاه شست‌وشوی آمبولانس‌های ۱۱۵ در بیمارستان‌ها به شماره ۴۰۱/۴۱۵۷ د مورخ ۹۶/۱۲/۲۲ و ۲۰۲/۵۵۸ د مورخ ۹۷/۳/۲۰ و ۱۱۵/۳۱۴۳ د مورخ ۹۹/۳/۲۴.		
سطح سنجه: ۱	اصول بهداشتی در نظافت، شست‌وشو و گندزدایی پایگاه رعایت می‌شود.	سنجه سه
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی	
مصاحبه و بررسی مستندات	آگاهی کامل تمامی کارکنان از دستورالعمل رعایت اصول بهداشت محیط	۱
مصاحبه و بررسی مستندات	انطباق عملکرد کارکنان با دستورالعمل.	۲
مشاهده	رعایت اصول بهداشتی و نظافت عمومی توسط کارکنان.	۳
مشاهده	یونیفرم یکسان، مرتب و تمیز تمامی کارکنان.	۴
توضیحات		
با توجه به ابلاغ کتاب مدیریت کنترل عفونت و حفاظت شغلی در اورژانس پیش‌بیمارستانی به شماره نامه ۴۰۱/۲۵۶ د مورخ ۹۸/۲/۲ و دستورالعمل مدیریت کنترل عفونت به شماره ۴۰۱/۳۴۶۹۲ د مورخ ۹۵/۱۱/۱۶.		



سنجه چهار	تفکیک پسماندها طبق ضوابط بهداشتی انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش یابی		
۱	وجود دستورالعمل جمع آوری و تفکیک پسماندهای عفونی، شیمیایی، بی خطر سازی و جمع آوری وسایل نوک تیز.	بررسی مستندات و مشاهده
۲	اجرای جمع آوری و بی خطر سازی پسماندهای تیز و برنده.	بررسی مستندات و مشاهده
۳	اجرای جمع آوری و بی خطر سازی پسماندهای عفونی.	بررسی مستندات و مشاهده
۴	روش اجرایی جمع آوری و بی خطر سازی پسماندهای شیمیایی و دارویی.	بررسی مستندات و مشاهده
۵	وجود تسهیلات و تجهیزات لازم جهت مدیریت پسماند*.	بررسی مستندات و مشاهده
۶	اجرای روش انتقال پسماند مطابق با قوانین و مقررات کنترل عفونت.	بررسی مستندات و مشاهده
۷	اجرای روش خروج پسماند مطابق با قوانین و مقررات کنترل عفونت.	بررسی مستندات و مشاهده
۸	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ.	بررسی مستندات و مشاهده
۹	وجود محل مناسب جهت شست و شو و گندزدایی سطوح های زباله.	مشاهده
توضیحات	تدوین دستورالعمل با رعایت اصول و الزامات ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته و براساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای «ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته».	
	برای تمامی انواع پسماندها، تسهیلات و ظروف نگه دارنده موجود است.	
	مطابق با آیین نامه اجرایی ۱۱۵/۴۰۳ د مورخ ۱۳۹۹/۰۲/۱۷.	
سنجه پنج	بهداشت دست ها مطابق ضوابط مربوط رعایت و بر اجرای آن نظارت می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش یابی		
۱	وجود تسهیلات بهداشت دست متناسب با روش های استاندارد در تمامی واحدها.	مشاهده
۲	در دسترس بودن حجم مناسب از محلول پایه الکلی در موقعیتهای ارائه خدمت.	مشاهده
۳	اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست.	مشاهده و بررسی مستندات
۴	انجام اقدام اصلاحی مؤثر براساس تحلیل نتایج ارزیابی.	بررسی مستندات



۵	پایش میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک پنج موقعیت اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت.	بررسی مستندات
توضیحات	پایش میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک پنج موقعیت اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت با تاکید بر دو موقعیت قبل از تماس با بیمار و قبل از انجام اقدامات درمانی تمیز/ استریل برنامه‌ریزی و انجام می‌شود. ممیزی میزان بهداشت دست: ♦ اندازه‌گیری میزان رعایت بهداشت دست در تمام پایگاه‌ها با روش‌های قابل اطمینان؛ ♦ انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود براساس نتایج؛ ♦ مدیریت و برنامه‌ریزی ممیزی‌ها توسط افسر کنترل عفونت طبق برنامه زمان‌بندی و ♦ ارائه گزارش نتایج ممیزی بهداشت دست در کمیته پیش‌گیری و کنترل عفونت.	
سنجه شش	الزامات و ملاحظات مراقبت از بسته‌های استریل و یکبار مصرف برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.	سطح سنجه: ۲
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	دمای کمتر از ۲۴ درجه سانتی‌گراد، رطوبت نسبی کمتر از ۷۰ درصد، در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل.	مشاهده
۲	فشار مثبت و تهویه مناسب با حداقل ۶ بار گردش هوا در ساعت و به دور از تابش نور مستقیم خورشید در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل.	مشاهده
۳	انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطمی بالاتر از سطح زمین و در قفسه‌های مشبک با سطوح صاف.	مشاهده
۴	تعریف مدت نگهداری و انقضای بسته‌های اقلام استریل با توجه به جنس پوشش بسته، تعداد لایه، نوع ابزار و شرایط نگهداری.	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات	زمان انقضاء استفاده از بسته‌های استریل متفاوت است که کارکنان براساس روش اجرایی مربوط باید از آن آگاهی داشته و عمل نمایند.	
استاندارد ۳	ایمنی کارکنان در پیش‌گیری از مواجهه شغلی رعایت می‌گردد.	
سنجه یک	برنامه پیش‌گیری از آسیب‌های بهداشتی و مواجهه شغلی کارکنان وجود دارد.	سطح سنجه: ۲
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	وجود پروتکل مواجهه شغلی با خون و ترشحات آلوده (نیدل استیک) در پایگاه‌ها.	بررسی مستندات و مشاهده
۲	وجود فلوجارت فرآیند پیش‌گیری و نحوه مواجهه با needle stick در پایگاه.	بررسی مستندات و مشاهده
۳	وجود فلوجارت فرآیند پیش‌گیری و نحوه مواجهه با تماس با خون، مایعات و بافتهای بدن در پایگاه‌ها.	بررسی مستندات و مشاهده



۴	آگاهی کارکنان از فرآیند پیش گیری و نحوه مواجهه با needl stick مطابق با آخرین دستورالعمل ابلاغی.	مصاحبه
۵	آگاهی کارکنان از فرآیند پیش گیری و نحوه مواجهه با تماس با خون، مایعات و بافتهای بدن مطابق با آخرین دستورالعمل ابلاغی.	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ.	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات	مطابق با آیین نامه اجرایی وزارتی به شماره ۴۰۱/۴۶۸ د مورخ ۹۸/۰۲/۱۵ - شماره ۴۰۱/۲۳۶۵۱ د مورخ ۹۵/۰۸/۰۹.	
سنجه دو	دستورالعمل «استفاده از وسایل حفاظت فردی» با توجه به نوع مراقبت اجرا می شود.	سطح سنجه: ۲
گام اجرایی / ملاک ارزش یابی		
۱	وجود و دسترسی کارکنان به دستورالعمل ابلاغی حفاظت فردی و احتیاطات استاندارد.	بررسی مستندات و مشاهده
۲	آگاهی کارکنان عملیاتی از دستورالعمل.	مصاحبه
۳	تأمین منابع، امکانات برای کارکنان مرتبط.	مشاهده
۴	وجود وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای حفاظت فردی کارکنان عملیاتی.	مشاهده
۵	وجود راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی.	مشاهده
۶	دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای استفاده در موارد مقتضی.	مصاحبه و مشاهده
توضیحات	*** با توجه به ابلاغ کتاب مدیریت کنترل عفونت و حفاظت شغلی در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره نامه ۴۰۱/۲۵۶ د مورخ ۹۸/۲/۲ و آخرین دستورالعمل های سازمان طی نامه شماره ۱۱۵/۲۳۸۶ مورخ ۹۸/۱۱/۶ کورونایروس و دستورالعمل - اجرایی نحوه برخورد با بیماران مشکوک به آلودگی به کرونا ویروس. با توجه به نوع مراقبت (تماسی - قطره ای و هوا برد)، وسایل حفاظت فردی لازم ذکر شده و ترتیب و نحوه پوشیدن و خارج کردن وسایل نیز ذکر شود. با توجه به نوع مراقبت (تماسی - قطره ای و هوا برد)، وسایل حفاظت فردی شناسایی تأمین شده است.	
استاندارد ۴	بررسی و پایش از نحوه اجرای صحیح برنامه های کنترل عفونت انجام و براساس آن اقدام اصلاحی صورت می گیرد.	
سنجه یک	شاخص های کنترل عفونت پایش و تحلیل و براساس نتایج آن اقدامات اصلاحی انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش یابی		
۱	تعیین شاخص های عملکردی کنترل عفونت.	بررسی مستندات و مشاهده



۲	پایش شاخص‌ها در محدوده زمانی تعیین شده.	بررسی مستندات
۳	جمع‌آوری و تحلیل نتایج شاخص‌ها.	بررسی مستندات
۴	ثبت در سامانه.	بررسی مستندات
۵	تدوین و اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت و ابلاغ به واحدها.	بررسی مستندات
توضیحات	* شخص‌ها شامل: تعداد کارکنان آموزش دیده، موارد مواجهه شغلی، راه‌اندازی جایگاه‌ها، خودارزیابی پایگاه	
سنجه دو	نظارت بر نحوه انجام و اجرای صحیح برنامه‌های کنترل عفونت انجام و براساس نتایج آن اقدامات اصلاحی اجرا می‌گردد.	سطح سنجه: ۲
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	تدوین چک‌لیست ممیزی جهت واحدها.	بررسی مستندات
۲	تعیین زمان‌بندی انجام ممیزی.	بررسی مستندات
۳	انجام ممیزی براساس چک‌لیست‌ها طبق زمان‌بندی مصوب.	بررسی مستندات
۴	ارائه نتایج ممیزی‌ها و گزارش به واحدها مربوطه.	بررسی مستندات
۵	تدوین و اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت و ابلاغ به واحدها.	بررسی مستندات
توضیحات	براساس فعالیت‌های اختصاصی واحد چک‌لیست‌های اختصاصی تدوین شود. در طراحی چک‌لیست بر ارزیابی ساختارهای لازم برای اجرای فرایندهای کنترل عفونت (امکانات و تجهیزات توصیه دستورالعمل‌ها و روش‌های لازم) مد نظر باشد. توصیه: دستورالعمل‌های کنترل عفونت مد نظر باشد.	
سنجه سه	نظارت بر بهداشت محیط انجام و در صورت نیاز اقدام اصلاحی تدوین و اجرا می‌گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	تعیین زمان‌بندی انجام ممیزی.	بررسی مستندات
۲	انجام ممیزی براساس چک‌لیست ابلاغی سازمان طبق زمان‌بندی مصوب.	بررسی مستندات
۳	ثبت در سامانه.	بررسی مستندات
۴	تدوین و اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت و ابلاغ به واحدهای مربوطه.	بررسی مستندات
توضیحات	چک‌لیست پایش سلامت محیط کار پایگاه اورژانس به شماره ۱۱۵/۷۲۰ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۱۳.	
سنجه چهار	گزارش‌دهی بیماری‌های نوپدید و بازپدید و حملات بیولوژیک و موارد مشکوک (نظام مراقبت سندرمیک) مدیریت و پایش می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	تدوین روش اجرایی گزارش‌دهی بیماری‌های نوپدید، حملات بیولوژیک و موارد مشکوک.	بررسی مستندات



۲	آگاهی کامل تمامی کارکنان از روش اجرایی.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی و ثبت در سامانه.	بررسی مستندات
۴	ثبت موارد شناسایی شده و قابلیت گزارش گیری.	بررسی مستندات
۵	تدوین پروتکل‌های حفاظتی پرسنل و مددجو در بیماری‌های نو پدید.	بررسی مستندات
توضیحات	روش اجرایی براساس دستورالعمل‌های ابلاغی تدوین گردد. فهرست بیماری‌ها با توجه به شرایط موجود، نحوه پیش گیری، شناسایی، چگونگی گزارش دهی و ثبت در آن تدوین گردد. وسایل موردنیاز جهت پیش گیری و رعایت احتیاطات استاندارد به تعداد کافی در دسترس کارکنان قرار گیرد.	

فصل ۱۱



محور گیرنده خدمت

مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی از اطلاع‌رسانی و رعایت منشور حقوق بیمار اطمینان حاصل می‌نماید.		استاندارد ۱
سطح سنجه: ۱	منشور حقوق گیرنده خدمت به کلیه واحدها ابلاغ و اجرا می‌گردد.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات و مشاهده	در دسترس بودن منشور حقوق بیمار در پایگاه‌ها و مرکز ارتباطات.	۱
مصاحبه	آگاهی رده‌های مختلف کارکنان از مفاد منشور حقوق بیمار.	۲
بررسی مستندات و مصاحبه	انطباق عملکرد کارکنان با مفاد منشور حقوق بیمار*.	۳
بازدیدهای میدانی، مصاحبه با گیرندگان خدمت (تماس با گیرنده خدمت)، بررسی شکایات گیرنده خدمت و ... روش‌های گوناگون نظارت بر روند منشور حقوق می‌باشد.		توضیحات
سطح سنجه: ۱	پوشش حرفه‌ای کارکنان عملیاتی و ستادی رعایت شده و کارت شناسایی برای بیماران قابل شناسایی است.	سنجه دو
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی	
مشاهده	رعایت پوشش حرفه‌ای کارکنان اعم از ستادی و عملیاتی.	۱



مشاهده	نصب کارت شناسایی خوانا، عکس دار و قابل رویت.	۲
توضیحات	تمامی کارکنان عملیاتی ملزم به نصب کارت شناسایی هستند به گونه‌ای که در معرض دید مراجعین باشد و از قراردادن کارت شناسایی در جیب یا برگرداندن آن خودداری شود.	
سنجه سه	حریم و پوشش گیرنده خدمت رعایت می‌گردد.	سطح سنجه: ۱
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی	
۱	تدوین روش اجرایی حریم و پوشش گیرنده خدمت.	بررسی مستندات
۲	رعایت پوشش مناطقی از بدن گیرنده خدمت که در مراحل درمانی نیازی به مداخله ندارند.	مصاحبه و مشاهده
۳	همراه داشتن یک فرد معتمد یا محرم در مراحل درمانی و جابه‌جایی.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک است، مگر اینکه این امر برخلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.	
سنجه چهار	برنامه‌ای جهت کاهش موانع فیزیکی، فرهنگی، زبان جهت دست‌یابی به ارائه خدمات به گیرندگان خدمت وجود دارد.	سطح سنجه: ۱
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی	
۱	تدوین روش اجرایی جهت برقراری ارتباط مؤثر با افراد غیرایرانی و گردشگران و افراد ناشنوا و کم شنوا.	بررسی مستندات
۲	آگاهی کارکنان از روش اجرایی مذکور.	مصاحبه
۳	انطباق عملکرد با روش اجرایی.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	روش اجرایی دارای چگونگی ارتباط مؤثر با افراد دارای مشکلات ارتباطی مانند افراد کم شنوا یا ناشنوا و ... است.	
سنجه پنج	حفاظت از اموال گیرنده خدمت برنامه‌ریزی شده و براساس آن عمل می‌شود.	سطح سنجه: ۱
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی	
۱	تدوین و ابلاغ روش اجرایی حفاظت از گیرنده خدمت مطابق با آخرین دستورالعمل اجرایی*.	بررسی مستندات
۲	آگاهی کارکنان از روش اجرایی مذکور.	مصاحبه
۳	ارزیابی انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی.	مصاحبه و بررسی مستندات



حداقل‌های دستورالعمل اجرایی شامل: ♦ اگر بیمار/مصدوم شرایط انتقال به مرکز درمانی را داشته باشد، در صورت وجود همراه بیمار مسئولیت مراقبت از اموال بیمار به عهده ایشان می‌باشد. ♦ اگر بیمار/مصدوم شرایط انتقال به مرکز درمانی را داشته باشد، در صورت عدم وجود همراه بیمار، اگر ایشان هوشیار و آگاه باشد عهده دار مراقبت از اموال خود می‌باشد و به محض ورود به مرکز درمانی مراتب تحویل پلیس مستقر در بیمارستان شده و صورتجلسه می‌گردد. ♦ اگر بیمار/مصدوم دارای کاهش هوشیاری بوده و همراه نیز ندارد، در صورت حضور پلیس اموال بیمار تحویل پلیس شده و صورتجلسه می‌گردد و در صورت عدم حضور پلیس با توجه به اولویت حفظ سلامتی بیماران، انتقال بیمار به مرکز درمانی صورت می‌گیرد و به محض ورود به مرکز درمانی، مراتب تحویل پلیس مستقر در بیمارستان شده و صورتجلسه می‌گردد. ♦ کارکنان عملیاتی موظف به ثبت مستندات و وقایع یاد شده از جمله تاریخ، ساعت، محل تحویل، نام فرد تحویل گیرنده، مشخصات اقلام با ارزش رویت شده در فرم pcr بوده تا در زمان ضرورت از حقوق بیمار دفاع گردد. ♦ در مواردیکه با تشخیص کارکنان عملیاتی حضور پلیس جهت تحویل اموال بیمار/مصدوم ضرورت داشته و حسب حال بیمار امکان حضور بیشتر در صحنه ممکن نباشد، واحد دیسپچ پس از اطلاع موظف به پیگیری و اعلام به پلیس می‌باشد (از طریق مصاحبه با گیرنده خدمت و بررسی شکایات).		توضیحات
سنجه شش	بیمار و خانواده وی درخصوص پذیرش یا رد درمان‌های پیشنهادی آگاهی دارند و اجازه انتخاب به آن‌ها داده می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	دادن اطلاعات کافی و جامع در جهت تصمیم‌گیری آزادانه و آگاهانه به گیرنده خدمت.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	امکان انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه به بیمار و همراهان.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	تکمیل فرم رضایت آگاهانه* و اخذ امضا از بیمار و همراه آن در صورت عدم پذیرش درمان از سوی گیرنده خدمت بعد از دادن اطلاعات کافی.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	* در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان، بیمار یا شخص دیگری را در معرض خطر قرار دهد تصمیم‌گیری برعهده تیم درمانی می‌باشد.	
سنجه هفت	به بیمار و خانواده وی درخصوص شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش آگاهی و اجازه انتخاب داده می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	اطلاع‌رسانی به گیرنده خدمت درخصوص تمام اقدامات پژوهشی مرتبط.	بررسی مستندات و مصاحبه



۲	اطمینان به بیمار درخصوص عدم تاثیرگذاری، تصمیم‌گیری وی مبنی بر شرکت یا عدم شرکت در هرگونه پژوهش، در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	رعایت قوانین و مقررات مربوط به رعایت کدهای ملی اخلاق در پژوهش.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	اخذ رضایت از گیرنده خدمت درخصوص انجام فعالیت پژوهشی. رعایت قوانین و مقررات مربوط به رعایت کدهای ملی اخلاق در پژوهش در رابطه با تمام طرح‌های تحقیقاتی که با موضوعات انسانی سر و کار دارد الزامی می‌باشد.	
سنجه هشت	نظارت مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
۱	تعیین روشی برای تعیین نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	نظارت شیوه مند، مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	تدوین شاخص‌های مرتبط با رعایت حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه‌ای و اندازه‌گیری آن.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	تحلیل نتایج اندازه‌گیری شاخص‌ها و تعارضات و اصلاح موارد عدم انطباق مرتبط با حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه‌ای در کمیته بهبود کیفیت.	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	انجام اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود براساس نتایج بررسی روند رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	لازم است مدیریت بازدیدهای سرزده‌ای در تمام ساعات شبانه‌روز برای ارزیابی عملکرد کارکنان درخصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت انجام دهد. همچنین برنامه‌ریزی طراحی سناریوهای نمونه‌ای به‌منظور شناسایی نقص‌های فرایندی یا موردی در راستای احیای حقوق گیرندگان خدمت انجام شود. انواع شیوه‌ها و منابع نظارت: (۱) نظارت میدانی مدیریت (۲) اخذ گزارش‌های محیطی از صندوقهای ارتباط مردمی (۳) برنامه‌های ملاقات حضوری تیم رهبری و مدیریت و اخذ گزارش از گیرندگان خدمت (۴) پیشنهادات و شکایات واصله مرتبط با حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اخلاق حرفه‌ای. بروز مصادیقی از نقض حقوق بیمار به‌دلیل تعارض منافع شخصی، صنفی، گروهی یا اقدامات سازماندهی شده برای تضییع حقوق بیماران مانند اخذ وجوه از بیمار، استفاده از اطلاعات و نقض محرمانگی / حریم بیماران، هرگونه تبانی و معامله در زمینه دارو و تجهیزات و هدایت بیماران به سوی سایر بیمارستان‌ها با هدف تأمین منافع شخصی/گروهی و سایر موارد نقض‌کننده منشور حقوق بیماران بایستی با رویکرد بیمار محوری قاطعانه مدیریت شود. در غیر این صورت از مصادیق نقض حقوق بیماران و قوانین بالادستی وزارت متبوع / سازمان اورژانس تلقی خواهد شد. مصادیق تعارض منافع ایجاد شده در سطح مرکز بایستی براساس منشور حقوق	



بیماران در هر مرکز و متناسب با شرایط بومی، نوع خدمات و تداخل و تضاد منافع ارائه‌دهندگان خدمت، شناسایی و به‌صورت پیش‌گیرانه به نفع بیماران کنترل شود. تعارض منافع احتمالی و قابل پیش‌بینی در سطح مرکز بایستی ضمن اطلاع‌رسانی و حساس‌سازی کارکنان مرتبط به دقت و به نفع بیماران پیش‌گیری شود.		
مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی تسهیلات لازم برای اطلاع‌رسانی به جامعه را فراهم می‌نماید.		استاندارد ۲
سطح سنجه: ۱	برنامه آموزش همگانی در جهت پیش‌گیری از حوادث و بیماری متناسب با گروه‌های هدف، بیماری‌های شایع و بومی تدوین و اجرا شده است.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات و مصاحبه	تدوین خط‌مشی و روش اجرایی آموزش همگانی.	۱
بررسی مستندات و مصاحبه	بررسی و جمع‌آوری اطلاعات درخصوص نیازسنجی آموزشی.	۲
بررسی مستندات و مصاحبه	تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده و تعیین اولویت‌های سالیانه.	۳
بررسی مستندات	تهیه محتوای آموزشی.	۴
بررسی مستندات و مصاحبه	برگزاری دوره‌های آموزشی به گروه‌های هدف براساس خردین دستورالعمل‌های ابلاغی.	۵
بررسی مستندات	بررسی اثربخشی آموزش و در صورت نیاز اقدام اصلاحی.	۶
مسئول آموزش همگانی با رویکرد پیش‌گیری و تشخیص بموقع درخصوص بیماری‌های شایع و بومی، برنامه‌های آموزشی را برای گیرنده خدمت طراحی و اجرا می‌کند. در تدوین روش اجرایی بایستی چارچوب‌های تعیین نیازهای آموزشی، اولویت‌های آموزشی، شیوه‌ها و تدابیر آموزش در جهت اجرای برنامه‌های آموزش همگانی تبیین شود. سیاست‌های آموزش توسط مدیریت و مسئول آموزش با مشارکت مسئول ارتباطات و پایگاه‌ها تدوین و اعلام می‌شود. همچنین تشکیل و برگزاری منظم جلسات کارگروه آموزش همگانی در مرکز توصیه می‌شود. نیازسنجی آموزشی براساس آخرین برنامه‌های ابلاغی سازمان، مخاطرات فصلی، مناسبتی و جغرافیایی، کمک‌های اولیه، احیای قلبی ریوی پایه و ... آموزش‌ها به‌صورت حضوری یا مجازی، گروهی یا فردی اجرا شود.		توضیحات
سطح سنجه: ۱	مسئول آموزش همگانی برنامه‌های آموزشی را برای گیرنده خدمت طراحی و اجرا می‌کند.	سنجه دو
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی	
بررسی مستندات	تهیه محتوای آموزشی متناسب با نوع مخاطرات و مأموریت‌های جغرافیایی.	۱



۲	توانمندسازی تکنسین‌های اورژانس جهت ارائه آموزش به بیمار.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	اجرای آموزش به بیمار در زمان مأموریت.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	ثبت گزارش ماهیانه براساس فرم‌های PCR در پورتال سازمان اورژانس کشور.	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات	محتوای آموزشی براساس مخاطرات و نوع مأموریت‌های جغرافیایی مرکز تدوین و آماده‌سازی شده و پس از تأمین امکانات، توانمندسازی پرسنل اورژانس به صورت دوره‌های آموزشی یا سایر روش‌ها آموزشی در جهت آموزش به بیمار صورت پذیرد. تکنسین‌ها به صورت چهره به چهره یا ارائه بروشور یا پمفلت به بیمار و همراه بیمار آموزش می‌دهند.	
استاندارد ۳	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی رضایت و شکایات گیرنده خدمت را مورد سنجش و تحلیل قرار می‌دهد.	
سنجه یک	نظام کارآمد رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات در مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی وجود دارد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	اطلاع‌رسانی درخصوص نحوه اعلام و بررسی شکایت /انتقادات/ و پیشنهادات برای آحاد جامعه.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	آگاهی کارکنان از فرایند شکایت /انتقادات/ و پیشنهادات.	مصاحبه
۳	انطباق عملکرد کارکنان براساس فرایند شکایات، انتقادات و پیشنهادات.	مصاحبه و بررسی مستندات
توضیحات	دستورالعمل ابلاغی به شماره ۴۰۱۷ / ۴۰۱ / د نحوه رسیدگی به شکایات اداره نظارت و بازرسی ۱۳۹۷/۱۰/۱۹ فراهم کردن امکانات دریافت شکایات از کانال‌های مختلف نظیر تلفن، کتبی، مراجعه حضوری، اینترنتی، پیامکی و صندوق رسیدگی به شکایات. درفرآیند رسیدگی به شکایات بهترین روش را احصاء و شناسایی نموده و آن را به کار گیرد. نوآوری در توسعه فرایند رسیدگی به شکایات رامدنظر قرار دهد. رفتار شاخص و نمونه در مورد رسیدگی به شکایات را شناسایی و مورد تشویق قرار دهد. پس از ثبت شکایت وارده در سامانه ۱۹۰ مسئول رسیدگی به شکایات در مرکز مربوطه مکلف است در اولین روز کاری نسبت به مشاهده، ارجاع، و بررسی شکایت مربوطه اقدام نموده و پس از طی مراحل قانونی و رسیدگی همه جانبه و کامل به شکایت وارده به نحوی که هیچگونه حقی از پرسنل یا بیمار (خدمت گیرنده) تضییع نگردد در صورت نیاز و ضرورت در کمیته بررسی عملکرد و نظارتی مرکز مطرح گردد و چنانچه شکایت وارده با دقت کافی مورد ارزیابی قرار گرفته و منطبق با پروتکل‌های مرکز بوده که منجر به براءت یا نواوردن شکایت گردد می‌بایستی نتیجه بررسی در سامانه ۱۹۰ ثبت و اعلام گردد.همچنین شکایتی که چند	



موضوعی بوده و از پیچیدگی لازم برخوردار بوده با نظر کمیته بررسی عملکرد و رئیس مرکز پس از ارزیابی لازم چنانچه تخلف پرسنل محرز گردید منطبق با ضوابط و مقررات اداری با فرد خاطی برخورد قانونی نموده و مستندات مربوطه از طریق سامانه نظارتی کشور ۱۹۰ در اختیار سازمان و احیاناً شاکی قرار گیرد.		
سنجه دو	شکایت‌های وارده اعم از کتبی و شفاهی، رسیدگی و تجزیه تحلیل می‌گردد ضمن ارائه بازخورد به متقاضی در صورت لزوم، اقدامات اصلاحی انجام می‌گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
روش ارزیابی		
۱	جمع‌آوری و تحلیل ریشه‌ای شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان توسط دفتر رسیدگی به شکایات / دفتر بهبود کیفیت.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	ارائه گزارش تحلیلی و جمع‌بندی نتایج موارد شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	برنامه‌ریزی و اجرا اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت.	بررسی مستندات و مصاحبه
موارد قابل بررسی: ♦ صورت جلسات رسیدگی به شکایات و تحلیل ریشه‌ای آن‌ها؛ ♦ برگزاری منظم و مرتب جلسات و ♦ اقدامات اصلاحی ناشی از رسیدگی به شکایات در برنامه عملیاتی یا بهبود کیفیت. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت/ حداقل در بازه زمانی (سه ماهه) مجموع پیشنهادات و شکایات واصله را به صورت سیستماتیک تحلیل نموده و نتایج در جلسه مشترک کمیته اخلاق بالینی و کمیته ارتقای کیفیت مطرح و پیشنهادات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت تصویب و برای تأیید نهایی و تأمین منابع احتمالی مورد نیاز به تیم مدیریت گزارش می‌شود. دفتر رسیدگی به شکایت موظف است بلافاصله پس از دریافت شکایات نسبت به طبقه‌بندی و اولویت‌بندی اقدام و به صورت آنی، فوری، درالویت اول و در نوبت رسیدگی طبقه‌بندی کرده و پس از هماهنگی با مسئولان مربوط، نتایج را به متقاضی گزارش نماید. همانطور که در بالا اشاره شد همه شکایات بایستی طبقه‌بندی و سپس تحلیل شده، تا مشکلات و مواردی را که به صورت ساختاری یا سازمانی تکرار شونده و به صورت منفرد رخ داده‌اند به منظور کمک به رفع علل اصلی شناسایی و اعلام گردند. برای تعیین و ارزیابی سطح رضایت شاکیان نسبت به فرایند رسیدگی به شکایات بایستی اقدامات دوره‌ای انجام شود. برای این منظور می‌توان از بررسی‌های تصادفی و دوره‌ای استفاده نمود. (کنترل کردن دوره‌ای و اتفاقی مأموریت‌ها).		
سنجه سه	در فواصل زمانی معین و حداقل فصلی، رضایت بیماران و همراهان مطابق با آخرین دستورالعمل ابلاغی مورد سنجش قرار می‌گیرد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزش‌یابی		
روش ارزیابی		
۱	تدوین روش اجرایی بررسی رضایت‌مندی براساس آخرین پروتکل ابلاغی سازمان.	بررسی مستندات و مصاحبه



۲	رضایت‌سنجی از بیماران حداقل سه ماه یک بار (فصلی) مطابق با روش اجرایی مذکور.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	بررسی نتایج رضایت‌سنجی بیماران و همراهان در کمیته بهبود کیفیت.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	گزارش تحلیلی نتایج رضایت‌سنجی.	بررسی مستندات
۵	تدوین و ابلاغ برنامه اصلاحی در بهبود کیفیت براساس گزارش تحلیل رضایت‌سنجی.	بررسی مستندات
۶	نظارت تیم مدیریت بر اجرای مصوبات اصلاحی.	بررسی مستندات
توضیحات	آخرین پروتکل ابلاغی سازمان در تاریخ به شماره ۱۱۵/۲۰۳۴ مورخ ۹۸/۰۹/۲۵. به‌منظور حذف هرگونه تداخل منافع بهتر است ارزیابان مستقل به‌کار گرفته شوند و به‌منظور نظرسنجی واقعی هر گونه عوامل مداخله‌کننده که نظر بیمار را تحت تاثیر قرار دهد کنترل شود.	