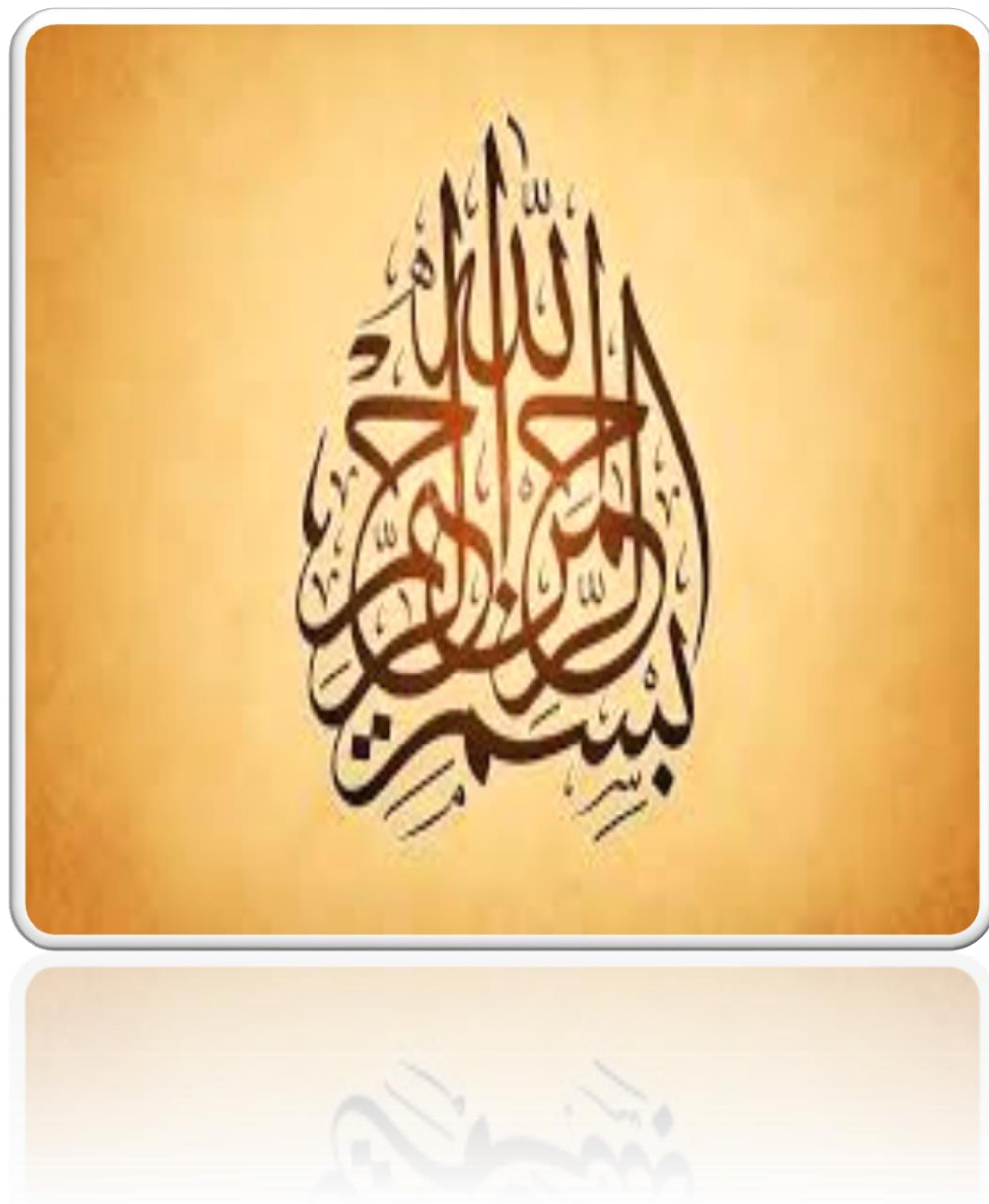


استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی



استاندارد های اعتبار بخشی

ملی اورژانس پیش

بیمارستانی



فهرست

۱. محور مدیریت و رهبری.....	۴
۲. محور مدیریت خطر حوادث و بلایا.....	۳۰
۳. محور پدافند غیر عامل.....	۴۳
۴. محور بهبود کیفیت و ایمنی.....	۵۶
۵. محور منابع انسانی.....	۶۵
۶. محور ارتباطات.....	۸۵
۷. محور مدیریت پایگاه.....	۱۰۰
۸. محور مراقبت های عمومی و درمانی.....	۱۲۵
۹. محور فناوری اطلاعات سلامت.....	۱۳۷
۱۰. محور کنترل عفونت و بهداشت محیط.....	۱۴۹
۱۱. محور گیرنده خدمت.....	۱۵۹

۱. محور مدیریت رهبری

استاندارد ۱		سند استراتژیک مرکز تدوین شده و به صورت دوره ای پایش و بازنگری می شود.
سنجه یک	سند استراتژیک مرکز هماهنگ با سیاست های اصلی تدوین، مصوب، ابلاغ و بازنگری می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		روش ارزیابی
۱	تدوین برنامه استراتژیک مطابق الگوی علمی منتخب، هماهنگ با سیاست های اصلی مرکز	بررسی مستندات
۲	لحاظ موازین ایمنی بیمار، کاهش زمان و رویکرد بهبود مستمر کیفیت در اهداف کلان و بودجه بندی 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	آماده سازی سند استراتژیک و تصویب و ابلاغ برنامه استراتژیک به واحدها	بررسی مستندات
۵	در دسترس بودن سند استراتژیک در واحدها (ترجیحا بصورت الکترونیک)	مشاهده
۶	آگاهی کارکنان از قسمت های مرتبط با فعالیت خود	مصاحبه
۷	بازنگری حداقل سالیانه و یا اصلاح آن در صورت نیاز در هر مقطع زمان	بررسی مستندات
توضیحات		سند استراتژیک مجموعه ی مستنداتی است که شامل برنامه استراتژیک، ارزیابی و کنترل اجرای استراتژیها، اهداف عملیاتی/عینی/اختصاصی برای سال های اجرای برنامه استراتژیک است که به آن برنامه عملیاتی هر سال اضافه می شود. این مستندات مهم دارای پیوستههایی است که حداقل شامل مطالعات انجام شده برای برنامه ریزی 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 شناخته شده علمی، اقدام به برنامه ریزی استراتژیک مینماید (توصیه می شود با توجه به توانمندیهای درون سازمانی، روشی مناسب انتخاب شود تا امکان اجرایی کردن آن برای مرکز فراهم گردد). تحلیل وضعیت موجود و پیش بینی شرایط آتی مرکز با یکی از روشها و الگوهای شناخته شده علمی و در نظر گرفتن انتظارات ذینفعان در تدوین برنامه مد نظر قرار گیرد.

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

استراتژیها و اهداف ابلاغ شده از طرف سازمان بالادست در استراتژیها و اهداف کلان مرکز در نظر گرفته شود. ضروری است حداقل بطور سالیانه مورد بازنگری قرار گیرد تا در صورتی که تغییرات جدیدی در محیط داخلی یا خارجی مرکز و یا تغییری در سیاست ها و استراتژی های 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 بصورت الکترونیکی در دسترس قرار گیرد. * برنامه های عملیاتی بهبود کیفیت و ایمنی بیمار الزاماً نبایستی عناوین مزبور را داشته باشند بلکه نتیجه نهایی برنامه های 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 اندازه گیری، قابلیت دستیابی، واقع بینانه و دارای زمانمند بودن است.		
سنجه دو	برنامه های عملیاتی طراحی و اجرا می شوند.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین برنامه عملیاتی برای هر یک از اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی تعریف شده در سند استراتژیک، بطور سالیانه و با مشارکت واحدهای مرتبط	بررسی مستندات
۲	تعیین فعالیت های لازم برای دستیابی به هر یک از برنامه عملیاتی	بررسی مستندات
۳	مشخص نمودن مسئول اجرا و دوره زمانی اجرای هر فعالیت، تعیین منابع (شامل منابع مالی، انسانی، اطلاعاتی و یا فیزیکی) مورد نیاز برای هر فعالیت	بررسی مستندات
۴	مشخص نمودن نحوه پایش اجرای برنامه عملیاتی	بررسی مستندات
۵	اطلاع کارکنان از برنامه های عملیاتی مرتبط با واحد خود	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	برنامه عملیاتی مستنداتی است شامل مجموعه فعالیتها و اقدامات زمان بندی شده (معمولاً در بازه زمانی یک سال) برای دستیابی به اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی در راستای به اجرا 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 تعیین شده حاصل شود، وجود دارد. برنامه عملیاتی شامل اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی با ویژگی اسمارت بودن است و بر اساس اهداف کلان و استراتژیهای مشخص شده در برنامه استراتژیک تعیین میگردند. برای هر	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

برنامه، مسئول پایش تعیین شده که در زمانهای معین، اجرای فعالیتهای را پایش کرده و با اندازه گیری شاخص های تعیین شده، میزان تحقق اهداف اختصاصی/عملیاتی را تعیین و گزارش می نماید.		
سنجه سه	میزان پیشرفت و تحقق اهداف برنامه های عملیاتی، ارزیابی و بازنگری می شود.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین حداقل یک شاخص دستیابی به هدف و شاخص پیشرفت فیزیکی برای هر برنامه	بررسی مستندات
۲	اندازه گیری شاخص دستیابی به هدف و شاخص پیشرفت فیزیکی بصورت فصلی	بررسی مستندات
۳	تهیه گزارش های پایش، اجرا و دستیابی به هدف در بازه های زمانی مشخص و ارائه به مدیریت	بررسی مستندات
۴	در صورت لزوم اقدام اصلاحی و به روز رسانی برنامه های عملیاتی بر اساس نتایج پایش و اندازه گیری شاخص های مربوط	بررسی مستندات
توضیحات	در شناسنامه شاخص مسئول پایش و اندازه گیری شاخص معرفی می شود . برای اطمینان از اجرای صحیح برنامه عملیاتی تدوین شده دو معیار (شاخص) طراحی شود پایش پیشرفت برنامه عملیاتی/ بهبود کیفیت یا درصد تحقق اجرای برنامه های پیش بینی شده پایش شاخصهای تعیین شده برای دستیابی به اهداف اختصاصی برنامه ها شاخص تحقق برنامه که بر اساس اهداف اختصاصی در بازه های زمانی تعیین شده، اندازه گیری می شود 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 بر اساس زمان بندی 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 بر اساس زمان بندی تعیین شده انجام شود الزاماً به معنی ارتقای ده درصدی شاخص برنامه نیست! و اگر تغییری در رضایتمندی بوجود نیاید پیشرفت برنامه قابل قبول است اما اهداف برنامه محقق نشده اند. 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	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

پایش نحوه اجرا و اندازه گیری تحقق برنامه اهتمام شود. چراکه در مقاطع پایش و اندازه گیری فرصت بازنگری در هر دو بعد میسر می شود.		
استاندارد ۲ مرکز از تامین منابع مالی و مدیریت هزینه ها جهت استقرار و استمرار کیفیت خدمات، اطمینان حاصل می نماید.		
سنجه یک	منابع و بودجه های عملیاتی تخصیصی، مطابق اهداف برنامه های مربوط هزینه می شوند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی روش ارزیابی		
۱	وجود نظام ثبت اطلاعات حسابداری و سامانه اطلاعات حسابداری مناسب	بررسی مستندات/مشاهده
۲	انجام کنترل های داخلی حسابداری مطابق با استانداردهای مرتبط	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	هزینه کرد منابع و بودجه های عملیاتی تخصیصی مطابق اهداف برنامه های ابلاغی مربوط	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات منابع مالی مرکز شامل ردیف های بودجه ای، کمک های برنامه ای از طرف سازمان و کمک های 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 برنامه ها را ثبت کند. کنترل داخلی در حسابداری مطابق استانداردهای حسابداری انجام می شود. مدیر مالی گزارشهای تقسیری و تحلیلی ماهانه از رخدادهای مالی و انطباق آنها با برنامه های مصوب تهیه کرده و در اختیار مدیریت قرار می گیرد. 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 می کند. رئیس مرکز مسئولیت هزینه کرد صحیح بودجه و اعتبارات تخصیصی را بر عهده دارد.		
سنجه دو	جذب منابع مالی / سرمایه ای از محل مشارکتهای مردمی / موسسه های خیریه در چارچوب ضوابط مربوط صورت می پذیرد.	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 هدف گذاری برای سال های آینده	بررسی مستندات
۲	تصویب برنامه های توسعه ای و سایر برنامه هایی که تامین بخشی از منابع مالی آن متکی به خیرین است .	بررسی مستندات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۳	تدوین و اجرای برنامه های تبلیغاتی و ترویجی برای جذب خیرین بیشتر و کمکهای بیشتر از خیرین	بررسی مستندات
۴	همکاری موسسه های خیریه به منظور شناسایی نیازهای مددجویان و اولویتهای توسعه بهسازی	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	شناسایی خیرین و ایجاد تعامل و ارتباط موثر با آنان جهت جلب مشارکت توسط نمایندگان منتخب استانی	بررسی مستندات / مصاحبه
۶	تامین هزینه های ساخت و تجهیز پایگاه ها با تایید کمیته مدیریت اجرایی	بررسی مستندات
۷	تهیه گزارش های تحلیلی مالی در تامین کمک های مالی و سرمایه ای از سوی خیرین	بررسی مستندات
۸	اجرا و ابلاغ تفاهم نامه با مجمع خیرین سلامت کشور و مجمع خیرین وزارت راه و شهر سازی	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 تامین سرمایه مرکز در طی چند سال اخیر شناسایی شده و برای سال های بعدی هدف گذاری شود. اعتبارات مناسب و زمانبندی شده برای برنامه های توسعه ای مرکز که به تصویب مراجع بالا دست ذیصلاح رسیده باشد، تهیه می شود. برنامه های مصوب و زمانبندی تامین مالی بر حسب سلايق خیرین شهرستانی/ استانی به ایشان اعلام شده و تقاضای همکاری میگردد. تمامی رخدادهای مالی در سامانه حسابداری درج شده و مدیر مالی گزارش های تفسیری و تحلیلی فصلی در تامین و مصرف اعتبارات به مجمع خیرین و تیم مدیریت اجرایی ارائه می کند. برگزاری جلسات منظم با خیرین و موسسات 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 می باشد. تنظیم و ابلاغ تفاهمنامه با مجمع خیرین سلامت کشور و مجمع خیرین وزارت راه و شهر سازی جهت ساخت ۳۰۰ پایگاه اورژانس جاده ای خیر ساز که مقرر شد ۱۰۰ پایگاه آن در فاز اول و در پایان دوسال تحویل گردد. اخذ گزارشات استانی بصورت فصلی توسط نمایندگان منتخب اورژانس در سراسر کشور و تهیه گزارش مصور و مستندات از ساخت پایگاهها.

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

مدیران/ مسئولان در انجام وظایف محوله متعهد و پاسخگو هستند.		استاندارد ۳
سطح سنجه : ۲	مدیران/ مسئولان از دانش و مهارت لازم برای انجام ماموریت های محوله برخوردارند.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی/ ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات/مشاهده	وجود گواهی آموزش مدیران	۱
بررسی مستندات و مصاحبه	نیازسنجی آموزشی در زمینه رهبری و مدیریت برای تمام مسئولان/ مدیران سطوح مختلف تیم هدایت و تیم رهبری	۲
بررسی مستندات	گذراندن دوره های آموزشی مدیریتی عمومی و اختصاصی متناسب توسط مدیران و مسئولان	۳
بررسی مستندات	استفاده از آموزشهای مدیریتی برای تحلیل اطلاعات و تصمیم گیری های سازمانی توسط مدیران و مسئولان در رده های مختلف	۴
آموزش های مدیریتی و رهبری در دو دسته عمومی و اختصاصی قرار میگیرند. آموزش های عمومی آن دسته از آموزش ها را شامل می شود که برای تمام افراد شاغل در پست ها یا نقش های مدیریتی/ سرپرستی بدون در نظر گرفتن واحد تحت نظر شان نیاز است و آموزش های اختصاصی مدیریت و رهبری منظور آموزش هایی است که با توجه به مسئولیت فرد مورد نیاز است مستندات ات و سوابق که نشان دهنده استفاده از آموزه های مدیریتی در تصمیم گیری های مهم حوزه مسئولیتی مدیران است ارزیابی می شوند در نیازسنجی آموزشی باید هر دو حیطه دانشی و مهارتی مدنظر باشد و بر اساس نیاز سنجی انجام شده و عناوین تصویب شده تحت هدایت تیم رهبری، تقویم آموزشی سالیانه تنظیم و مطابق تقویم آموزشی نسبت به برگزاری آموزش ها و یا گذراندن آموزش ها اقدام شود در مواردی که اثربخشی آموزش برگزار شده تایید نشود نیاز است اقدام اصلاحی مناسب تعیین و اجرایی شود.		توضیحات
سطح سنجه: ۱	مدیر جانشین طبق دستورالعمل ابلاغی سازمان اورژانس کشور فعالیت می نماید.	سنجه دو
روش ارزیابی	گام اجرایی/ ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات	ابلاغ شرح وظایف مدیر جانشین طبق دستورالعمل سازمان اورژانس کشور	۱
بررسی مستندات و مشاهده	حضور منظم مدیر جانشین در شیفت های مختلف	۲

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۳	تعیین افراد به عنوان مدیر جانشین طبق شرایط تعیین شده در دستور العمل ابلاغی	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	با عنایت به ارائه خدمات فوریت های پزشکی شبانه روزی در اورژانس پیش بیمارستانی و لزوم هدایت و کنترل ناوگان عملیاتی و همچنین حفظ توان ارائه خدمات در طول شبانه روز 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 / تاخیر در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع مشاهده نمی شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	وجود دپو تجهیزات و دارو مصرفی پزشکی و غیر پزشکی	مشاهده
۲	اطمینان از عملکرد صحیح تجهیزات دپو شده	مصاحبه و مشاهده
توضیحات	عدم اختلال فرایندی در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع در سوابق عملکرد مرکز و عدم تاخیر 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 دوماه 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 تک تک داروها) تامین شود . ملزومات و کالاهای مصرفی پزشکی و غیر پزشکی منطبق با مقدار استاندارد تعیین شده در انبار ملزومات موجود باشد نیروی انسانی ماهر برای نگهداری و تعمیرات فعال برای تاسیسات، آمبولانس و نیز برای دستگاهها و تجهیزات پزشکی تامین شود دستگاههای جایگزین آماده بکار سالم به تعداد کافی و در دسترس باشند لوازم و مواد مصرفی تجهیزات و قطعات یدکی آنها به اندازه کافی در انبار باشد	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

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		
بر نحوه عقد قراردادهای مالی و معاملاتی و عملکرد پیمانکاران نظارت می شود.		استاندارد ۴
سطح سنجه: ۱	انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی به صورت مدون برنامه ریزی و انجام می شود.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات و مصاحبه	تحلیل ضرورت واگذاری خدمات به پیمانکاران براساس شواهد عینی و صلاح مرکز توسط مدیریت	۱
بررسی مستندات	مشخص نمودن اهداف و انتظارات مرکز از واگذاری خدمات به پیمانکاران	۲
بررسی مستندات	انتخاب پیمانکاران منطبق بر اهداف، انتظارات، معیارهای کیفی و قوانین و مقررات بالادست	۳
بررسی مستندا	تعیین معیارهای کیفی تخصصی با مشارکت متخصصین امر در هر مورد واگذاری خدمات و نحوه امتیازدهی به این معیارها	۴
بررسی مستندات	تنظیم توافق نامه ها و قراردادهای انجام شده	۵
بررسی مستندات و مصاحبه	تعیین و چگونگی سنجش معیارهای کیفیت موضوع مطروحه و یا محصولات حاصل از قرارداد	۶
مشاهده و مصاحبه	ارائه خدمات طبق قرارداد، در زمان مشخص در خصوص ساخت پایگاه و تامین نیروی انسانی و...	۷
در خصوص محل شستشوی آمبولانس، دفع زباله های بهداشتی، خرید تجهیزات، تعمیرگاه، برون سپاری پایگاه ها، همکاری با سازمانهای همکار، ساخت و ساز و قرارداد الزامی است. تمامی کارکنان مرتبط با برون سپاری و عقد قراردادها بایستی از روشهای انتخاب پیمانکاران آگاهی کامل داشته باشند.		توضیحات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

نکات مورد توجه در برون سپاری: • انجام برون سپاری خدمات منطبق بر صرفه و صلاح مرکز • اولویت بخشی کیفیت در انتخاب پیمانکاران • 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 و یا محصولات به روشنی مشخص می گردد. حداقل مورد انتظار در قراردادها، شامل تعیین ناظر فنی، نحوه نظارت، پاسخگویی پیمانکار به ناظر فنی، مکانیزم های جریمه و یا فسخ قرارداد و رعایت دقیق الزامات و استانداردهای اعتبار بخشی 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 لیستهای تخصصی و بکارگیری 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.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	*الزام پیمانکار به رعایت دقیق الزامات و استانداردهای اعتبار بخشی و سایر قوانین و الزامات وزارت بهداشت در متن قرارداد منعقد	بررسی مستندات
۲	مشخص نمودن نحوه نظارت بر عملکرد پیمانکاران در هریک از قراردادهای برون سپاری	بررسی مستندات
۳	پاسخگویی پیمانکار به ناظر فنی و پیش بینی مکانیزم های جریمه و یا فسخ قرارداد در متن قرارداد منعقد	بررسی مستندات
۴	طراحی نظارت ساختارمند و ارزیابی دوره ای عملکرد پیمانکاران با استفاده از چک لیستهای تخصصی و بکارگیری ناظر فنی متخصص و مرتبط	بررسی مستندات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

بررسی مستندات	تهیه گزارشات تحلیلی حاصل از نتایج پایش توسط ناظرین بر عملکرد پیمانکاران و ارائه به تیم مدیریت و تصمیم گیری در خصوص تداوم رابطه کاری با آنها	۵
بررسی مستندات و مصاحبه	پرداخت به موقع و کامل حقوق و مزایا در پایگاههای برون سپاری شده طبق قرارداد	۶
بررسی مستندات	ارزیابی سالیانه و مقطعی از انجام تعهدات قرارداد ها جهت تصمیم گیری در تمدید و یا رد قرارداد مجدد	۷
توضیحات <u>در صورت برون سپاری ناظرین فنی قراردادها:</u> توصیه ۱. طراحی نظارت ساختارمند بر عملکرد پیمانکاران با استفاده از چک لیستهای تخصصی و بکارگیری 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. *حقوق و مزایای تعیین شده در قرارداد ها مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت می گیرد.		
استاندارد ۵		
سطح سنجه: ۱	جلسات کمیته هممطابق ضوابط مربوطه و متناسب با ابعاد عملکرد مدیریتی مرکز در راستای روند ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی برگزار می گردد.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات	تنظیم، تصویب و ابلاغ آیین نامه داخلی برای هر یک از کمیته ها	۱
بررسی مستندات	برگزاری جلسات کمیته ها مطابق آیین نامه مصوب و حداقل برابر دستورالعمل های ابلاغی و حداکثر متناسب و بر اساس ابعاد عملکردی مرکز برای هر کمیته	۲
بررسی مستندات	تعیین دبیر و اعضای اصلی کمیته ها، متناسب با وظایف و تخصص های مورد نیاز، توسط مدیریت	۳

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۴	تعیین دستور کار جلسات کمیته ها در راستای اهداف و مأموریت هر کمیته و با توجه به مشکلات واقعی و جاری مرکز	بررسی مستندات
۵	برگزاری جلسات کمیته ها با رعایت آیین نامه داخلی و اهداف هر کمیته	بررسی مستندات
توضیحات	حداقل جلسات مشترک / مستقل مورد انتظار در این استاندارد شامل کمیته های ذیل است: • کمیته مدیریت اجرایی • شورای سیاستگذاری سلامت در حوادث و بلایا، پدافند غیرعامل • کمیته بهبود کیفیت (بررسی شاخص ها، خطا، شکایات) • کمیته تصادفات (بر اساس ابلاغ دستورالعمل پیشگیری از حوادث آمبولانسی) • کمیته نقل و انتقالات آیین نامه داخلی، مستندات ی است که برای کنترل کار کمیته/ گروه/ اداره و نظم دهی 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 کمیته های پیش بیمارستانی مبنای تدوین، آیین نامه دستورالعمل ابلاغی است و در غیر این صورت با تشخیص تیم مدیریت آیین نامه کمیته ها تدوین و تصویب می شود. رعایت آیین نامه داخلی برای تمامی اعضا الزامی است . اجزای آیین نامه داخلی کمیته ها: • 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 آیین نامه و صرفاً ثبت سمت اعضای مورد نیاز تا در صورت تغییر افراد نیاز به ویرایش آیین نامه نباشد). • شرح وظایف نقشهای مختلف که برای کمیته در نظر گرفته شده است . • مسئولیتها و اختیارات هر یک از نقشها از جمله شرح وظیفه و مسئولیتها و اختیارات رییس و دبیر کمیته بصورت مجزا • نحوه ارزیابی عملکرد کمیته و نحوه تعامل کمیته با سایر کمیته ها و تیم مدیریت • تبیین "ضوابط برگزاری جلسات" در انتهای آیین نامه داخلی "ضوابط برگزاری جلسات" شامل مدت و فاصله زمانی برگزاری جلسات، نحوه رسمیت یافتن جلسات، تصویب و تصمیم گیری در حوزه وظایف و نحوه پیگیری مصوبات است و با همه ملحقات آن در انتهای آیین نامه های داخلی کمیته ها درج می شود. در تدوین آیین نامه هر کمیته و نحوه فعالیت آن دقت شود تا عدم مغایرتی با دستورالعملهای ابلاغی کمیته ها از وزارت بهداشت/ سازمان/ دانشگاه/ دانشکده وجود نداشته باشد.	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه دو	مصوبات کمیته شامل راه حل های واضح، مشخص و قابل اجرا برای حل مشکلات و تحقق نتایج مطلوب است.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	تعیین دستور کار جلسات کمیته ها، همسو با مشکلات مرکز در حوزه عملکردی و اهداف هر کمیته	بررسی مستندات و مشاهده
۲	ارائه گزارش در ابتدای هر جلسه در خصوص اقدامات انجام گرفته و مشکلات رفع شده مطابق مصوبات جلسات پیشین	بررسی مستندات
۳	همفکری اعضا و تصویب راه حل های واضح، کاربردی و مشخص، همسو با دستور کار جلسات و مباحث مطرح شده در جلسه	مصاحبه و بررسی مستندات
۴	مشخص بودن ارتباط بین مصوبات جلسات کمیته و مشکلات شناسایی شده	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	تعیین دستور کار جلسه آتی در صورت نیاز	بررسی مستندات
۶	تهیه صورتجلسات با رعایت فرمت ثابت، با تشخیص و طراحی مرکز	بررسی مستندات
۷	بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای مصوبات کمیته ها	بررسی مستندات و مصاحبه و مشاهده
توضیحات	حداقل های 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 • امضای اعضای حاضر و ذکر اسامی اعضای غایب جلسه شرح مباحث/ مذاکرات مطرح شده در جلسه کمیته باید به صورتی درج گردد که علت مصوبات جلسات برای خواننده صورتجلسه مشخص شود و از نگارش جمالت کوتاه و غیرشفاف پرهیز شود. .	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه سه	اثر بخشی مصوبات کمیته ها ارزیابی و در صورت لزوم اقدام اصلاحی موثر بعمل می آید	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	اندازه گیری و تحلیل شاخص درصد اجرایی شدن مصوبات کمیته های پیش بیمارستانی طبق مهلت زمانی تعیین شده توسط کارشناس بهبود کیفیت با همکاری دبیران کمیته ها	بررسی مستندات
۲	ارزیابی میزان بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای تصمیمات کمیته ها توسط مسئول بهبود کیفیت	بررسی مستندات
۳	ارائه گزارشهای دوره ای (حداقل فصلی) از فعالیت و کیفیت عملکرد کمیته ها به تیم مدیریت توسط مسئول بهبود کیفیت	بررسی مستندات
۴	انجام اقدامات اصلاحی در کمیته های توسط تیم مدیریت بر اساس نتایج سنجش اثربخشی هریک از کمیته ها	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات	ارزیابی عملکرد کمیته ها مطابق نحوه ارزیابی درج شده در آیین نامه کمیته مربوط صورت می پذیرد . مصوبات کمیته های پیش بیمارستانی قابلیت اجرایی داشته و بایستی در صورتجلسات به طور واضح مشخص شده باشد که چه کسی، چه کاری را با استفاده از چه منابعی و در چه مهلت زمانی باید انجام دهد/ پی گیری میکند. منابع مورد نیاز برای اجرای مصوبات توسط مدیریت مرکز تامین می شود.	
استاندارد ۶	بازدیدهای نظارتی به منظور نظارت دقیق و مستمر از اورژانس های بیمارستانی و پایگاه های ۱۱۵ تحت پوشش و آمبولانس های خصوصی انجام می شود.	
سنجه یک	بازدید نظارتی از واحدهای مختلف اورژانس مطابق با برنامه انجام و در صورت نیاز اقدام اصلاحی اجرا می شود. (بر اساس دستورالعمل عملیات اورژانس پیش بیمارستانی ابلاغی سازمان اورژانس کشور)	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	برنامه ریزی منظم و مدون بازدیدهای مدیریتی (نام پایگاه/ / ستاد، زمان بازدید و ...)	بررسی مستندات
۲	تجزیه و تحلیل بازدیدهای میدانی و چک لیست ها	بررسی مستندات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۳	گزارش به مدیران ارشد	بررسی مستندات
۴	گزارش تفصیلی به واحدهای بازدید شده	بررسی مستندات
۵	صورت جلسات 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 سلیقه ای، به استفاده از روش های یکپارچه و اثربخش و با مشارکت مسئول آموزشی و کارشناسان نظارت با برنامه ریزی انجام شود. حداقل های مورد انتظار در برنامه ریزی نظارت بر نحوه ارائه خدمات (دیسچ- عملیات): • تعیین و اولویت بندی فرایندها، برنامه ها و اقدامات نیازمند به نظارت و بازدید مستمر • تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح و ابعاد نظارتی • تهیه ابزار نظارت و تعیین نمونه ارزیابی و نحوه تهیه گزارش نظارت • برنامه زمان بندی ارزیابی برای هر یک از مسئولان نظارت • تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط • اجرای نظارت با شیوه ارزیابی همه جانبه و در تمام سطوح مدیریتی و عملیاتی • طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود بر اساس نتایج نظارت • کسب اطمینان از اثر بخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه های 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 پیش بینی شود.		
سنجه دو	نظارت و پایش عملکرد بیمارستان های دانشگاهی (آموزشی درمانی) / درمانی) توسط اداره هدایت و پایش مراقبت های درمانی دانشگاه (MCMC) انجام می گیرد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ ملاک ارزشیابی		
۱	دسترسی به دستورالعمل ابلاغی	بررسی مستندات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۲	وجود لیست تعداد بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه به تفکیک دانشگاهی و غیردانشگاهی، درمانی و آموزشی موجود می باشد	بررسی مستندات
۳	پایش تصویری تمام بیمارستان های دانشگاهی از طریق دوربین های مستقر در اورژانس بیمارستان ها	مشاهده
۴	ثبت مستندات دوربین در سامانه	بررسی مستندات و مشاهده
۵	نظارت بر روند انتقال و اعزام بین بیمارستانی	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	مفاد دستورالعمل به شماره ۴۰۱/۳۵۳۸/د مورخ ۱۳۹۶/۱۱/۱۵ سازمان اورژانس کشور با موضوع دستورالعمل اجرایی استقرار مرکز پایش مراقبت های درمانی در دانشگاه ها و دانشکده های 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 می باشد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	تایید اولیه در ارسال مدارک جهت تاسیس و تمدید مراکز آمبولانس خصوصی مطابق با آخرین آئین نامه اجرایی و ثبت در سامانه صدور پروانه ها	بررسی مستندات
۲	کنترل پروانه بهره برداری اخذ شده مراکز براساس آخرین دستورالعمل ها	بررسی مستندات
۳	بانک اطلاعاتی به روز سانی شده مراکز آمبولانس های خصوصی	بررسی مستندات/مشاهده
۴	نظارت بر عملکرد و تعرفه های آمبولانس خصوصی	بررسی مستندات
۵	گزارش تحلیلی و در صورت نیاز اقدام اصلاحی و بازخورد به مرکز و نتایج آن	بررسی مستندات
۶	گزارش فعالیت آمبولانس های فاقد مجوز به مراجع ذیربط	بررسی مستندات
۷	صدور برگه معاینه طبی آمبولانس های مجاز مراکز	بررسی مستندات/مشاهده

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۸	برگزاری دوره های آموزشی بدو ورود و حین خدمت کارکنان مراکز آمبولانس خصوصی	بررسی مستندات
۹	انجام بازدیدهای دوره ای از مراکز آمبولانس خصوصی	بررسی مستندات
توضیحات	وجود آخرین آئین نامه تاسیس مراکز خدمات آمبولانس خصوصی به شماره ۴۰۱/۳۳۰۹ مورخ ۱۳۹۷/۹/۵ و همچنین آئین نامه تاسیس مراکز خدمات آمبولانس هوایی خصوصی به شماره ۱۱۵/۹۲۶ مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۱۲ در دسترس بودن و آگاهی کارکنان از تعرفه مصوب سال بررسی چک لیست نظارتی مراکز آمبولانس خصوصی بررسی مکاتبات و مستندات ات برخورد با مراکز غیر مجاز	
استاندارد ۷	تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت مبتنی بر شواهد و دانش روز می باشد.	
سنجه ۱	تصمیمات و اقدامات مدیریت نشان دهنده استفاده از اطلاعات پردازش شده و شواهد سیستمی است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	ایجاد سیستم گزارش دهی مناسب برای دریافت گزارشهای تحلیلی مورد نیاز	مشاهده
۲	نظارت بر عملکرد واحدها بر اساس گزارش های به دست آمده از منابع مختلف	بررسی مستندات / مشاهده
۳	تصمیم سازی و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و اطلاعات پردازش شده در تمام سطوح مدیریتی مرکز	مصاحبه/بررسی مستندات
توضیحات	سیستم گزارش دهی مناسب برای دریافت گزارشهای تحلیلی مورد نیاز در زمانهای مشخص و اطمینان از اینکه تمام واحدها در مسیر پیشرفت/بهبود بایستی به صورت هماهنگ حرکت نمایند. حداقل گزارشهای تحلیلی مورد نیاز شامل : گزارش تحلیلی نتایج اندازه گیری شاخصهای عملکردی هر سه ماه یک بار گزارش تحلیلی رضایت سنجی از بیماران/ خانواده بیماران (هر سه ماه یک بار) گزارش تحلیلی رضایت سنجی از کارکنان (حداقل هر شش ماه یک بار) گزارش اجرای برنامه های عملیاتی/بهبود مرکز و تحقق اهداف تعیین شده هر سه ماه یک بار گزارش ارزیابی فعالیت کمیته های مرکز (هر سه ماه یک بار) گزارش ارزیابی شاخصهای عملکردی مربوط به سکنه های قلبی و مغزی و .. شش ماه یک بار گزارشهای توصیفی و تحلیلی از اجرای برنامه های بالادستی ابلاغ شده گزارش تحلیلی MCMC-EOC	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

انجام بازدیدهای میدانی تیم رهبری و مدیریت به دو صورت با اعلام قبلی و یا به صورت سرزده برای اطمینان از کسب نتایج متوازن ضروری است. همچنین برگزاری جلسات حضوری با روسا/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 گزارشدهی 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 اولویتهای برنامه ریزی انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	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 نیاز سنجی پژوهشی از تمامی واحدها	بررسی مستندات
۵	تعیین اولویتهای 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 کتابهای موجود تهیه بانک اطلاعاتی از نخبگان و محققان کمیته پژوهش از زیر محورهای کمیته اجرایی می باشد.	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

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 ارزشیابی		
۱	تدوین و اجرای فرایند مستندات سازی و چگونگی ثبت تجربیات	بررسی مستندات
۲	آگاهی تمامی کارکنان از فرایند مذکور	مصاحبه
۳	دریافت پیشنهادات و نظرات کارکنان با حفظ حقوق معنوی پیشنهاد دهنده	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 ارائه دهندگان پیشنهادات برتر در صورت تایید تیم مدیریت	بررسی مستندات
توضیحات	در فرایند می بایست چگونگی ثبت تجربیات مشخص و در دسترس کارکنان قرار گردد (ثبت به صورت الکترونیکی در سامانه است یا بصورت صندوق پیشنهادات، اتوماسیون و ...). پیشنهاد می گردد به ایجاد بستر الکترونیکی در وب سایت برای اخذ پیشنهادات یا حداقل ایجاد صندوق و یا واحد متولی اخذ پیشنهادات کارکنان (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 برنامه ریزی 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 یکسان سازی روشهای مراقبتی	بررسی مستندات
۳	برنامه ریزی و اجرای استانداردها و گایدلاین های ابلاغی وزارت بهداشت و سازمان اورژانس	بررسی مستندات و مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۴	ارزیابی دوره ای وضعیت ارائه خدمات از نظر مبتنی بر شواهد بودن و انجام اقدامات برای بهبود وضعیت	بررسی مستندات
۵	تایید مراجع ذیربط سازمان اورژانس در خصوص موفقیت و پیشگامی مرکز در زمینه ارائه خدمات مبتنی بر شواهد	بررسی مستندات
توضیحات	تشکیل کمیته های پژوهشی و بررسی مقالات در جهت استفاده از نتایج آنها در ارائه با کیفیت خدمات یکی از راههایی است که نشان دهنده مبتنی بر شواهد بودن می باشد.	
استاندارد ۸	برنامه های آموزشی کارکنان تدوین اجرا و پیگیری می گردد.	
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	اطلاع رسانی سیاستهای آموزشی به واحدها	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	آگاهی کارکنان ستادی و عملیاتی از سیاست های آموزشی	مصاحبه/ بررسی مستندات
توضیحات	در تدوین سیاستهای آموزشی کارکنان مواردی شامل گروههای هدف برنامه های آموزشی، مجری برنامه های آموزشی، اولویتهای آموزشی هر گروه هدف، نحوه نیاز سنجی آموزشی، شیوه های اجرای برنامه های آموزشی، نحوه تامین منابع مورد نیاز و نحوه نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی مد نظر قرار گیرد. سیاستهای آموزش کارکنان گروه عملیاتی و ستادی توسط تیم مدیریت (مدیر مرکز، مسئول آموزش، مسئول واحدها) تدوین و ابلاغ می گردد. ملاک اصلی برنامه ریزی آموزشی شرح وظایف و مهارتهای مورد نیاز برای انجام وظایف عمومی و تخصصی مصوب بر اساس آخرین نسخه کتاب شرح وظایف جامع می باشد. گذراندن دوره های PHTM و PHCLS یا (ACLS) و تریاز تلفنی مطابق بسته های ابلاغی سازمان اورژانس کشور الزامی می باشد.	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه دو	توسعه پایگاههای آموزشی بر اساس آئین نامه ابلاغی به صورت سالانه صورت گرفته است.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	بررسی نیازسنجی تعداد پایگاه آموزشی منطبق با آئین نامه ابلاغی و ثبت در سامانه	بررسی مستندات
۲	پایگاه های آموزشی راه اندازی شده است.	بررسی مستندات و مشاهده
۳	تامین و تجهیز پایگاه آموزشی منطبق با آئین نامه	بررسی مستندات و مشاهده
۴	تامین مربی آموزشی	بررسی مستندات
۵	نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی در پایگاه آموزشی طبق مفاد آئین نامه ابلاغی	بررسی مستندات
۶	اجرای برنامه های آموزشی دانشجویان در پایگاه آموزشی طبق مفاد آئین نامه ابلاغی صورت گرفته است	بررسی مستندات
۷	برنامه آموزشی منظم و دوره ای برای کارکنان وجود دارد.	بررسی مستندات / مشاهده
۸	آموزش هایی بر اساس اعلام واحد کنترل کیفیت و آموزش انجام می شود .	بررسی مستندات
۹	صلاحیت نهایی آموزش گیرندگان تعیین و گواهی نامه صادر می شود .	بررسی مستندات
توضیحات	آئین نامه پایگاه آموزشی به عنوان دستورالعمل موارد کلی و جزئی مورد توجه در پایگاه توسط معاونت آموزشی سازمان تهیه و ابلاغ گردیده است. تمامی مراکز موظف هستند نسبت به راه اندازی پایگاههای آموزشی طبق استاندارد های اعلامی در آئین نامه اقدام نمایند. و تجهیز پایگاههای آموزشی به عنوان یکی از اولویت های آموزشی مد نظر قرار دهند. تمامی مراکز موظف به جذب تکنسین های عملیاتی علمی و خبره جهت مربیگری در پایگاههای آموزشی هستند. مراکز در جا نمایی پایگاههای آموزشی موارد مهم و کلیدی نظیر پایگاه شهری طبق استاندارد های پایگاه آموزشی را رعایت نموده و همچنین در چینش پایگاههای آموزشی دسترسی و فضای فیزیکی لازم را مد نظر قرار می دهند.	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

وجود منابع علمی روزآمد اورژانس پیش بیمارستانی (ابلاغی سازمان) اعم از کتاب ها، پروتکل های آفلاین و پوستر های ابلاغی در پایگاه آموزشی الزامی است. شاخص تاسیس و افزایش پایگاه آموزشی به بیش از ۱ پایگاه: • در مراکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی دانشگاه با حداقل ۲۰ نفر نیروی عملیاتی یا ۴ پایگاه اورژانس (شهری و جاده ای)، تاسیس اولین پایگاه آموزشی الزامی است. • به ازای هر ۱۵ پایگاه (شهری- جاده ای) یک پایگاه آموزشی فعال اضافه می گردد.(رعایت اصول مکان یابی مناسب جهت دسترسی بهتر ضروری است) • مراکز تحت پوشش دانشگاه هایی که رشته فوریت های پزشکی را در مقاطع کاردانی و یا کارشناسی ناپیوسته دارند موظف به تاسیس حداقل یک پایگاه آموزشی می باشند . • وجود تجهیزات آموزشی و کمک آموزشی زیر در پایگاه آموزشی ضروری می باشد: • 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 ثابت سازی و انتقال • آتل های سخت • باند و گاز و چسب • نوت بوک یا کامپیوتر جهت نمایش فیلم و فایل های آموزشی • دسترسی به اینترنت • تخته وایت بورد و ماژیک • کتابخانه (دارای کتب مرجع اورژانس پیش بیمارستانی پایه / میانی / پیشرفته ، پروتکل ها و گاید لاین های آموزشی ابلاغی ، منابع آموزشی روز آمد) • صندلی به تعداد کافی • پروتکل ها و دستور العمل های آموزشی ابلاغی از سازمان اورژانس کشور • منابع علمی معتبر در حوزه فوریت های پزشکی	
--	--

آئین نامه پایگاه آموزشی توسط معاونت آموزشی سازمان تهیه و ابلاغ گردیده است. تمامی مراکز موظف هستند نسبت به راه اندازی پایگاههای آموزشی اقدام نموده و برنامه آموزشی مربوط به پرسنل در بدو ورود، آموزش های حین خدمت و آموزش دانشجویان در این پایگاهها صورت می گیرد.

آموزش بدو خدمت و حین خدمت : به منظور توانمند سازی 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 نموده اند، 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) می باشد. 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 بر اساس skill sheet ابلاغی مورد ارزیابی قرار می گیرند. با توجه به اهمیت موضوع و جذب نیرو های علمی و کارآمد در سیستم در صورت عدم کسب حد نصاب نمره طبق شیوه نامه، کمیته علمی پایگاه آموزشی در خصوص نحوه ادامه همکاری با ایشان تصمیم گیری می نماید.

تبصره ۱: در صورت عدم تکمیل مستندات کافی مبنی بر حضور در تعداد عملیات های ذکر شده با هماهنگی مسئول پایگاه و مربی آموزشی شیفت های تکمیلی در ماههای آینده برنامه ریزی می شود.

تبصره ۲: در صورت تکمیل مستندات حضور در عملیات اورژانس و زودتر از ۱۲۰ ساعت برای فراگیر، ادامه شیفت های کاری (پرسنل عملیاتی) طبق برنامه کشیک های تنظیم شده خواهد بود.

تبصره ۳: در صورت اعلام مرکز کنترل کیفیت یا واحد آموزش طبق صلاحدید به میزان ساعات آموزشی اضافه می شود.

تمامی مراکز موظف به تجهیز پایگاههای آموزشی بر اساس موارد مندرج در آئین نامه می باشند.

مربی آموزشی می بایست دارای مدرک مربیگری باشد.

وظایف مربی آموزشی:

- برنامه ریزی برای تمام فرایندهای آموزشی
- مدیریت کلیه تعاملات لازم در برنامه های آموزشی
- ایجاد فضای همکاری و صمیمیت و احترام متقابل و اشاعه فرهنگ نظم و آرامش (عزت نفس)، سرعت و دقت در کار
- اجرای برنامه های آموزشی طبق واحد های درسی دانشجویان جهت دانشجویان کاردانی و کارشناسی ناپیوسته
- اجرای برنامه های آموزشی شغلی تئوری و مهارتی جهت تکنسین های عملیاتی (آموزش های بدو و حین خدمت)
- نظارت بر آموزش های تئوری و مهارتی ارائه شده به همکاران عملیاتی و دانشجویان
- نظارت بر نحوه تکمیل لاگ بوک ها و چک لیست های مهارتی (SKILL SHEET)

• پایش و ارزیابی برنامه های 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 • انگیزه بخشی و ایجاد روحیه پویایی در روند آموزش پایگاه • اطلاع رسانی و مدیریت برنامه های آموزشی • پیگیری کمبودها و رفع نواقص پایگاه آموزشی • حضور ۲ تکنسین در کنار دانشجو و انجام عملیات به صورت ۳ نفره آئین نامه پایگاه آموزشی توسط معاونت آموزشی سازمان تهیه و ابلاغ گردیده است و تمامی مراکز موظف هستند نسبت به راه اندازی پایگاههای آموزشی اقدام نمایند. دانشجویان فوریتهای پزشکی و سایر رشته ها در صورت معرفی نامه رسمی از طرف دانشگاه به ریاست مرکز جهت حضور در پایگاه آموزشی به مربی آموزشی معرفی می گردند. نحوه سنجش عملکرد و ارزشیابی دانشجو و تکنسین تازه کار در پایگاه آموزشی : به منظور سنجش و ارزشیابی عملکرد فراگیران در پایگاه آموزشی فوریتهای پزشکی دو ابزار طراحی شده است. • الف) ابزار اول دفترچه فعالیت های عملی (LOG BOOK) می باشد که توسط فراگیر تکمیل شده و در اختیار مربی قرار می گیرد. دفترچه فعالیت های عملی (LOG BOOK) دفترچه ای است که روند عملکرد فراگیر در زمینه فعالیت های آموزشی - عملی را ثبت می نماید. در پایان دوره اطلاعات موجود در LB جهت تعیین نمرات بخشهای ارزشیابی عملی و حضور و غیاب مورد استفاده قرار می گیرد. فراگیر می بایست 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 فعالیت هایی است که انتظار می رود فراگیر در پایگاه های آموزشی فوریت های 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 می شود. نمونه دفترچه فعالیت های عملی (LOG BOOK) در پیوست موجود می باشد. • ب) ابزار دوم دفترچه ارزیابی مهارت در فوریت های پزشکی (SKILL SHEET) می باشد که توسط مربی تکمیل می گردد. فراگیر می بایست 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 نمره ای واقعی در سطح مهارت هایش دریافت کند.	
--	--

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

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 کوچکتر تقسیم شده است و هر جزء دارای نمره می باشد. در این روش ارزشیابی یک سناریو برای فراگیر قرائت می شود و از وی خواسته میشود که اقدامات مناسب را بر روی مولاژ انجام دهد، شخص ارزیاب فعالیت های کارآموز را مشاهده کرده و با ابزار ارزیابی مهارت مطابقت می دهد. در پایان مشخص می شود که فراگیر کدام قسمت از یک مهارت را نادرست انجام داده و یا از قلم انداخته است و نمره نهایی بدون اعمال سلیقه شخص ارزیاب، برای فراگیر مشخص می گردد. 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 شرکت کنندگان در دوره های آموزشی حین خدمت • وجود مستندات مربوط به تکمیل Log book , skill shee همکاران عملیاتی حاضر در پایگاه های آموزشی		
سنجه سه	تعامل و هماهنگی با معاونت آموزشی دانشگاه و گروه فوریتهای پزشکی وجود دارد.	سطح سنجه: ۲
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
روش ارزیابی		
۱	حضور رئیس اورژانس در جلسات مشترک کاری با گروه فوریتهای پزشکی و هماهنگی در تربیت دانشجویان	بررسی مستندات
۲	مشارکت ریاست مرکز و همکاران عملیاتی علمی و توانمند (مربیان آموزشی) در تدریس دروس عملیاتی رشته فوریتهای پزشکی در دانشگاه	بررسی مستندات
۳	تعامل موثر جهت تدریس دروس عملیاتی با گروه فوریتهای و حضور مربیان آموزشی از مرکز جهت تدریس در دانشگاه	بررسی مستندات
۴	برنامه ریزی و گزارش به دانشگاه جهت حضور و آموزش دانشجویان فوریتهای پزشکی در پایگاه های آموزشی جهت دوره های کارآموزی و کار در عرصه	بررسی مستندات
توضیحات	مراکز موظف هستند با دانشگاههای دارای رشته فوریتهای پزشکی تعامل نمایند. برگزاری جلسات هماهنگی جهت برنامه ریزی آموزشی بین اورژانس و دانشگاه توسط مراکز صورت می گیرد. همچنین مراکز موظف	

هستند گزارش تعاملات با دانشگاه و صورتجلسات را به سازمان منعکس نمایند تمامی تعاملات علمی – آموزشی و یا پژوهشی مراکز با دانشگاه علوم پزشکی مکتوب شده و مستندات آن نگهداری می گردد. تمامی دانشجویان کاردانی و کارشناسی با معرفی نامه رسمی از دانشگاه جهت گذراندن دوره کارآموزشی و کارورزی (کار در عرصه) به مرکز اورژانس پیش بیمارستانی معرفی می گردند. دانشجویان در ابتدای ورود به اورژانس نسبت به شرایط و ضوابط دوره کارآموزی توجیه شده و در مدت کارآموزشی توسط مربی آموزشی مورد ارزیابی بالینی قرار می گیرند.

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 می گردد.

شرایط عمومی پرسنل و فراگیران (دانشجویان) در پایگاه آموزشی فوریت های پزشکی :

- رعایت نظم در زمان ورود و خروج پایگاه
- رعایت اخلاق حرفه ای 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 در خصوص 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 مهارت های 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 زمینه ها
- لازم است تمامی شرایط مذکور به صورت مکتوب در ابتدای دوره آموزشی در اختیار فراگیر قرار گیرد.
- با توجه به اینکه مسئولیت حفاظت و نگه داری از تجهیزات آموزشی و کمک آموزشی بر عهده مربی آموزشی می باشد لذا هرگونه استفاده و یا جابه جایی در تجهیزات با اجازه ایشان صورت می گیرد.

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

• مسائل حقوقی و قانونی مربوط به تمامی کارکنان و دانشجویان در پایگاه آموزشی طبق ضوابط قانونی و شرح وظایف سازمانی مصوب می باشد.		
واحد روابط عمومی مرکز با برنامه های تخصصی و اقدامات مناسب به صورت اثربخش فعالیت می نماید.		استاندارد ۹
سنجه یک	واحد روابط عمومی دارای تعداد نیروی انسانی و تجهیزات کافی (متناسب با جامعه هدف) می باشد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	تخصیص فضای فیزیکی مستقل متناسب با مساحت کل مرکز	مشاهده
۲	تخصیص نیرو با مهارت و تخصص مرتبط با حوزه روابط عمومی و اطلاع رسانی متناسب با حجم کار در مرکز	بررسی مستندات
۳	تخصیص تجهیزات اداری، و ابزار عمومی و تخصصی متناسب با شرح وظایف واحد (از قبیل رایانه، چاپگر، دوربین عکاسی و ...)	مشاهده
سنجه دو	برنامه سالیانه منطبق بر اهداف واحد روابط عمومی تدوین و تصویب گردیده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	نیازسنجی سالانه از همکاران عملیاتی، دانشجویان و ستاد در خصوص نیازمندی های اطلاع رسانی و چالش های مرتبط با این حوزه	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	تدوین تقویم مناسبیت های مذهبی و ملی مرتبط با سازمان اورژانس کشور و سازمان های همسو جهت اطلاع رسانی و تهیه و انتشار محتوای مناسب	بررسی مستندات / مشاهده
۳	تدوین برنامه عملیاتی سالیانه (با تفکیک زمان بندی فصلی) به منظور تولید و انتشار محتوا به منظور فرهنگ سازی و ارتقای آگاهی شهروندان در زمینه تعامل با اورژانس	بررسی مستندات/مشاهده

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه سه	اقدامات اطلاع رسانی، فرهنگ سازی، مستندات سازی و تهیه محتوا انجام و اجرا می گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	تعامل مداوم با مسئولین و همکاران سایر واحدها و حضور مستمر در جلسات به منظور آگاهی از اولویت های مرکز در حوزه اطلاع رسانی و تولید محتوا	بررسی مستندات
۲	برنامه ریزی و اجرای برنامه های فرهنگی و مناسبی به منظور ایجاد شور، نشاط و علقه سازمانی در بین همکاران	بررسی مستندات
۳	تعامل با رسانه های استانی اعم از تصویری، نوشتاری و مجازی به منظور انتشار اخبار و تولیدات فرهنگی و آموزشی مرتبط با فعالیت های مرکز	بررسی مستندات / مشاهده
۴	استفاده از بستر فضای مجازی، تبلیغات محیطی شهری، تبلیغات رسانه ای و ... به منظور آموزش، فرهنگ سازی و ارتقای فرهنگ عمومی در زمینه تعامل با اورژانس در بین شهروندان	بررسی مستندات / مشاهده
۵	تعامل هدفمند و دوسویه با روابط عمومی های سایر ادارات استان به ویژه سازمان های همسو و حضور فعال، پیگیر و موثر در جلسات موجود	بررسی مستندات و مصاحبه

۲. محور مدیریت خطر حوادث و بلایا

استاندارد ۱	سازماندهی برنامه های 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 بصورت فصلی برگزار می گردد.	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 بصورت منظم تشکیل می شود.	بررسی مستندات
۲	آیین نامه کارگروه، شرح وظایف، نقش ها و مسئولیت های اعضا مشخص و ابلاغ شده و افراد از آن آگاهی دارند.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	برنامه ریزی های مدیریت خطر حوادث و بلایا و پدافند غیرعامل منطبق با شرح وظایف در کارگروه / شورا انجام می شود.	بررسی مستندات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۴	منابع مورد نیاز جهت اجرای برنامه های 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(آتش نشانی، پلیس منطقه، هلال احمر 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 می نمایند. شرح وظایف شورای سیاستگذاری سلامت در حوادث و سوانح شامل سیاستگذاری، برنامه ریزی، نظارت، هماهنگی و توسعه در مراحل آمادگی، پاسخ و بازتوانی بحران در سطح دانشگاه در حوزه های خدمات پیش بیمارستانی، 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	مرکزهدایت عملیات (EOC) دانشگاه در مکانی محافظت شده، 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 می باشد.	بررسی مستندات، مصاحبه و مشاهده
توضیحات	اتاق EOC در مکانی خارج از منطقه درمان قرار دا شته با شد به گونه ای 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 بهره برداری فوری تجهیز شود. حداقل تجهیزات و وسایل برای آماده به کار شدن	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

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 داده ها را به مدیریت اطلاعات مرکز متصل می کند. در شرایط اضطراری خطوط معمول ارتباطی مانند تلفن ثابت، تلفن همراه و یا قطع خواهند شد و یا مشغول و غیرقابل استفاده می شوند. با توجه به اهمیت برقراری ارتباط جهت فراخوان کارکنان، هماهنگی با سایر مراکز و نهادها و ... لازم است برای این شرایط وسایل ارتباطی جایگزین مانند بی سیم، بلندگو، پیک و پیش بینی شود. ایجاد خطوط HOT Line فی مابین سازمان هواشناسی، پلیس، راه آهن، هواپیمایی، اداره کل مدیریت بحران استان، سازمان اورژانس کشور، هلال احمر، آتش نشانی، سازمان هواشناسی کشور (از طریق لینک اینترنتی، سامانه پیامکی، فکس و اعلام شماره ثابت)، مرکز مدیریت راه های کشور (از طریق برقراری لینک دوربین ها 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 غیر عامل و جهت برقراری ارتباط مستمر و ۲۴ ساعته حائز اهمیت است. اهم شرح وظایف EOC شامل: ۱. راه اندازی سامانه هشدار سریع ۲. ایجاد هماهنگی جهت اعزام تیمهای اضطراری در زمان ضرورت ۳. مشاهده روزانه نحوه عملکرد اجزاء اجرایی مراکز فوریتی 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 ارزشیابی	روش ارزیابی
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 بیمارستانها صورت گرفته است.	بررسی مستندات
۳	افراد از شرح وظایف و مسئولیتهای 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 دستگاههای مسئول و همکار حوزه سلامت در شرایط اضطراری را دنبال نموده و یک بستر عملیاتی منسجم، یکپارچه و هماهنگ به منظور تمرکز بخشی به فعالیتهای حوزه سلامت در حوادث و سوانح ایجاد می نماید.	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

ارزیابی خطر حوادث و بلاای انجام شده و براساس نتایج آن، برنامه ریزی و مدیریت می شود.		استاندارد ۲
سنجه یک	ارزیابی سالیانه و اولویت بندی مخاطرات و تهدیدات منطقه تحت پوشش دانشگاه انجام شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		روش ارزیابی
۱	عوامل خطر آفرین و تهدیدات پدافندی منطقه تحت پوشش شناسایی شده است.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	امتیاز دهی 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 منجر به آسیب جانی، مالی و محیطی به مردم و یا دانشگاه شوند. تهدید: هر عنصر یا وضعیتی که پیش شرط وقوع یک رویداد ناگوار، حادثه و یا اضطرار باشد و موجودی منافع، امنیت ملی و 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 و 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 و 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 نمودن ضربه به مأموریت ها، وظایف، تصویر یا اشتهار 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 داشته باشد، تهدید سایبری گفته می شود. تهدید پرتویی: احتمال هرگونه رویداد که با استفاده از عوامل پرتویی موجب تضعیف و نابودی سرمایه های انسانی و یا آسیب های اقتصادی از طریق تخریب و نابودی سرمایه های هسته ای کشور گردد، تهدید پرتویی محسوب می گردد. اولین مرحله در این مسیر شناسایی و اولویت بندی عوامل خطر آفرین (مخاطرات) و تهدیدات است تا مشخص شود دانشگاه بیشتر در معرض چه مخاطراتی قرار دارد. عوامل خطر آفرین در دانشگاه با دو منشأ می تواند باشد:

▪ منشأ داخلی : در داخل ساختمان های دانشگاه، بیمارستان ها، مراکز بهداشتی درمانی، مراکز اورژانس پیش بیمارستانی، مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی، خوابگاه ها و... رخ می دهند. (مانند: آتش سوزی ، قطع برق یا آب، قطع گازهای طبی، قطع سیستم های ارتباطی، نشت مواد رادیواکتیو، گروگان گیری و...) ▪ منشأ خارجی : خارج از ساختمان های دانشگاه بوده ولی دانشگاه را تحت تأثیر قرار داده و باعث ورود بیش از انتظار مجروحان و مصدومان به مراکز ارائه دهنده ی خدمات بهداشتی و درمانی می شود مانند تصادفات، زلزله، سیل، اپیدمی ها و.. مسلم است مخاطرات دانشگاههایی که در شمال کشور هستند با دانشگاههایی که در جنوب و یا کرمان قرار دارند و یا دانشگاههای مرزی، کاملاً متفاوت است و از طرفی آسیب پذیری دانشگاهها و ظرفیت آنها نیز متفاوت است لذا برنامه های مدیریت خطر دانشگاهی، اختصاصی هر دانشگاه نوشته می شود. برای شناسایی و اولویت بندی عوامل خطر آفرین (مخاطرات) ابزارهای مختلفی وجود دارند که می توان 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، فوریت های جامعه، اپیدمی ها و سوانحی طبیعی و براساس شواهد علمی و تجربی استفاده گردد. در اولویت بندی عوامل خطر آفرین (مخاطرات)، امتیاز دهی براساس احتمال وقوع، شدت آسیب، دوره بازگشت (تکرارپذیری) و میزان آسیب پذیری است و در کارگروه و با مشارکت اعضاء امتیاز دهی صورت می گیرد. پس از اعمال ضرایب امتیاز هر مخاطره مشخص و در جدول ثبت می شود. پنج مخاطره ای که بیشترین امتیازات را کسب کنند به عنوان اولویت برنامه ریزی دانشگاه قرار می گیرند. توصیه : • در کل دانشگاه برای ۵ مخاطره / تهدید (داخلی و خارجی) اول برنامه ریزی نماید. • مخاطره آتش سوزی به دلیل سنجه جداگانه در اعتباربخشی، جزء ۵ مورد مخاطره قرار نگیرد. • در دانشگاههایی که با توجه به منطقه جغرافیایی و اقلیمی در معرض بروز اپیدمی ها هستند حتما اپیدمی ها جزء ۵ مخاطره اول دانشگاه قرار گیرد.		
سنجه دو	ارزیابی سالیانه ایمنی مراکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث و پایگاه های اورژانس در حوادث و سوانح انجام شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	تیم ارزیابی مراکز و پایگاههای اورژانس پیش بیمارستانی تشکیل شده است.	روشن ارزیابی بررسی مستندات و مصاحبه
۲	ارزیابی ایمنی مراکز و پایگاهها در حیطه های سازه ای، غیرسازه ای بصورت سالیانه انجام می شود.	بررسی مستندات و مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۴	نتایج ارزیابی ها و ترسیم کارنامه ارزیابی ها در کارگروه/ شورای سیاستگذاری حوادث و بلایا و پدافند غیرعامل تحلیل می گردد.	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	برنامه اصلاحی در راستای ارزیابی های صورت گرفته تهیه می شود.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	اعضاء تیم ارزیابی شامل نمایندگان واحدهای معاونت فنی عملیات، تجهیزات پزشکی، ساختمان، تاسیسات، بهبود کیفیت می باشند. ایمنی مراکز و پایگاهها عناصر سازه‌ای، غیرسازه‌ای و عملکردی را در برمی گیرد. • حیطه ایمنی سازه‌ای شامل اجزایی است که وزن ساختمان را تحمل می کنند مثل ستون ها، تیر آهن ها، صفحات بتون و سقف ها می باشد. • حیطه ایمنی غیر سازه‌ای شامل اجزایی از سازمان هستند که در تحمل وزن ساختمان نقش ندارند مانند سیستم های 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، کمد ها و وسایل و تجهیزات پزشکی / اداری جهت جلوگیری از سقوط یا پرتاب شدن در صورت بروز حوادثی مانند زلزله ثابت شده باشند. • حیطه عملکردی شامل اطلاع کارکنان از برنامه های حوادث و فوریت های می باشد. شرکت در برنامه های آموزشی و تمرین ها و به کار گیری مهارت در زمان بروز حوادث مدنظر است. • برای انجام ارزیابی از چک لیست ارزیابی ایمنی پایگاه ها استفاده شود. ارائه گزارشات ایمن سازی، مقاوم سازی مراکز پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی و اجرای پروژه های بهبود عملکرد مراکز در جلسات کارگروه 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 ی پوشش بیمه ای مراکز در برابر انواع مخاطرات طبیعی (مانند سیل، زلزله و رانش زمین) و آتش سوزی مد نظر قرار گیرد..	
سنجه سه	نتایج ارزیابی ایمنی بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی بررسی و اقدامات اصلاحی برنامه ریزی می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
روش ارزیابی		

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۱	نتایج ارزیابی ایمنی بیمارستان ها (FHSI) و مراکز بهداشتی درمانی (SARA) در کارگروه/شورای سیاستگذاری بررسی می شود.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	اولویت ها و برنامه ریزی اقدامات اصلاحی تعیین می شود.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	برنامه های اصلاحی اجرا می شود.	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 ی پوشش بیمه ای مراکز در برابر انواع مخاطرات طبیعی (مانند سیل، زلزله و رانش زمین) و آتش سوزی مد نظر قرار گیرد	
سنجه چهار	بر اساس نتایج ارزیابی خطر اولویت ها مشخص و برنامه جامع مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	نقشه خطر دانشگاه بر اساس مخاطرات/تهدیدات اولویت دار منطقه ای ترسیم شده است.	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	سناریو های محلی و برنامه ریزی تمرین مرتبط با آنها تدوین شده است.	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	برنامه های جامع مدیریت خطر دانشگاه براساس نقشه خطر تدوین شده است و مورد بازبینی سالانه قرار می گیرند.	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	برنامه ها بصورت منظم و دوره ای مورد پایش قرار می گیرند.	بررسی مستندات و مصاحبه

¹ Farsi Hospital Safety Index

² Disaster Safety And Risk ssessment

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۵	گزارش پایش دوره ای و ارزیابی برنامه های مدیریت خطر دانشگاه در کارگروه /شورا مورد بررسی قرار می گیرد.	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	برای تدوین برنامه های مدیریت خطر حوادث و بلایا به سؤالات ذیل باید پاسخ دهیم : • شایعترین حوادث تهدید کننده ما چیست و ما باید در برابر چه حوادثی آماده باشیم ؟ (ارزیابی عوامل خطر آفرین/تهدیدات) • این حوادث چه تأثیراتی بر مرکز ما دارد؟ آسیب پذیری ها و میزان مواجهه در برابر آن چیست؟ (ارزیابی خطر) • برای مقابله با این تأثیرات چه اقدامات پیشگیرانه 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 پیشگیری و کاهش اثر، آمادگی، پاسخ و بازیابی است.	
استاندارد ۳	اقدامات پیشگیرانه برای ایمنی و امنیت زیرساختهای حیاتی و محیط مراکز و پایگاه ها برنامه ریزی و انجام می شود.	
سنجه یک	اقدامات پیشگیری و کنترل آتش سوزی در مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه برنامه ریزی و اجرا می شوند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	مکان های خطر آفرین جهت آتش سوزی و اجرای اقدامات پیشگیرانه* شناسایی شده است.	بررسی مستندات، مشاهده و مصاحبه
۲	خاموش کننده های دستی آتش برای مراکز و پایگاهها** تأمین می شود.	مشاهده
۳	سیستم اعلام حریق و دتکتورهای حساس به دود/ حرارت آماده و سالم موجود است.	مشاهده
۴	پایش مداوم سیستم ایمنی حریق از طریق بازرسی های دوره ای منظم انجام می گردد.	بررسی مستندات، مشاهده

بررسی مستندات، مصاحبه	آموزش و تمرین مستمر کارکنان برنامه ریزی می شود.	۵
	* شناسایی مکان های خطر آفرین جهت آتش سوزی سازمان N.F.P.A مکان ها را از نظر پتانسیل خطر آتش سوزی و استانداردهای خاموش کننده ها به سه دسته کم خطر ، با خطر متوسط و پرخطر به شرح ذیل تقسیم نموده است: • مکان با خطر کم : مکانی است که تنها مقدار کمی مواد قابل احتراق در محل وجود دارد و در نتیجه آتش سوزی کوچکی پیش بینی خواهد شد. • مکان با خطر متوسط یا معمولی : مکانی است که میزان مواد قابل احتراق در محل بطور متوسط باشد و در نتیجه آتش سوزی در حد متوسط قابل پیش بینی است. • مکان پرخطر : در این مکان ها میزان مواد قابل احتراق موجود در آن نسبتاً زیاد است و در نتیجه آتش سوزی قابل توجهی پیش بینی می شود. مکانهای پرخطر از جهت رعایت استانداردهای مربوط به پیشگیری از آتش سوزی، توجه بیشتری را می طلبد. اقدامات پیشگیرانه شامل تعیین و تهیه امکانات لازم و تجهیزات جهت شناسایی سریع و اطفاء حریق، مشخص نمودن مکان ها و آموزش به کارکنان جهت رعایت ایمنی در این مکان ها می باشد. در مناطق پرخطر موارد ذیل رعایت گردد : • تابلو و علائم مشخص نمودن این مکان ها در مرکز نصب شده است • مخازن واقع شده در محل های سرپوشیده باید دارای تکیه گاه محکم بوده و محل از مواد غیر قابل اشتعال ساخته شده باشد. • جایگاه های مخازن سوخت باید کاملاً علامت گذاری 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 مکان های ایمن که به صورت اختصاصی برای این مواد در نظر گرفته شده است، ذخیره می شوند • منابع تأمین کننده اکسیژن و مخازن ذخیره آن می بایست 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 کننده های دستی بر حسب موقعیت هر بخش/ واحد و نوع آتش سوزی که احتمال وقوع دارد (نوع A,B,C,D,E) نوع و اندازه خاموش کننده ها متفاوت است. طبق جدول ذیل از خاموش کننده های متفاوتی می توان استفاده نمود. در هر واحد که احتمال چند نوع آتش سوزی وجود دارد، از دو یا چند نوع کپسول استفاده می شود.	توضیحات

³National Fire Protection Association

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

نوع حریق	نوع سوخت	خاموش کننده
A	مواد قابل احتراقی که پس از سوختن از خود خاکستر بر جای می گذارند (مثل کاغذ، چوب، پارچه)	آب
B	مایعات قابل اشتعال یا جامداتی که به راحتی قابلیت مایع شدن دارند (مثل الکل، استون، بنزین)	پودر و گاز، CO_2 و کف
C	گازهای مایع و مایعاتی که به راحتی به گاز تبدیل می شوند (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 کننده های 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 شده اند.

- وسایل اطفای حریق باید نزدیک ورودی و خروجی های واحد قرار گیرند.
- فاصله قرارگیری کپسولها برای حریق جامدات ۲۱ متر و حریق مایعات ۱۵ متر می باشد.
- کپسولها باید به آسانی در دسترس باشند فاصله انتهایی کپسول از کف ۱،۲ متر باشد.
- برنامه ریزی آموزشی برای کارکنان جهت اطفاء حریق تدوین و اجرا می گردد.
- راهنمای عملکرد سیستم های محافظت از آتش سوزی موجود است و نیز نتایج تعمیر و نگهداری کپسول ها و شیرهای آتش نشانی ثبت شده است
- ثبت نتایج تعمیر و نگهداری (شارژ مجدد) کپسول های آتش نشانی و شیرهای آتش نشانی موجود باشد.
- نقشه محل قرارگیری شیرهای آتش نشانی در چندین محل به ویژه در EOC وجود داشته باشد.
- در کنار تابلو برق های مرکز، کپسول CO_2 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، بطوری که تعیین محدوده مؤثر آن، براساس توصیه های سازنده و با آزمایشات کنترل کیفی صورت می پذیرد. دتکتورها باید تابع یکی از استانداردهای معتبر بین المللی (مثلا BS و NFPA) یا استاندارد ملی (ISIRI-3706) باشند.

*پایش مداوم سیستم ایمنی حریق

- تدوین چک لیست و کنترل منظم و دوره ای خاموش کننده ها صورت پذیرد. این ارزیابی ها جهت اطمینان از شارژ و آماده استفاده بودن خاموش کننده ها تدوین می شود و بایستی در فواصل زمانی منظم تکمیل می شود.

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

• تاریخ مصرف وسایل اطفای حریق باید بصورت دوره ای کنترل شود و نتایج تعمیر و نگهداری (شارژ مجدد) کیپسول های آتش نشانی و شیر های آتش نشانی موجود باشد. • تعداد کافی از فایرباکس ها 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. • شلنگ ها به شیر های آتش نشانی متصل و از طول کافی برخوردار باشند و دارای منابع آب مخصوص به خود باشند. • شبکه لوله ها ی آب، پمپ ها و اجزای فرعی، منحصر به شیر های آتش نشانی باشد و اطمینان حاصل شود که به صورت دوره ای وجود فشار آب کافی کنترل می شود. • نقشه محل قرارگیری شیرهای آتش نشانی در چندین محل به ویژه در اتاق عملیات فوریت (EOC) وجود دارد.		
سنجه دو	ایمن سازی سطوح و دیوارها در مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی و پایگاه های اورژانس برنامه ریزی و اجرا می شوند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	اصول ایمنی سطوح و دیوارها، پنجره ها، کف پوش ها، درب های ورودی و خروجی و در مرکز رعایت شده است.	مشاهده
۲	اقدامات ایمنی جهت پیشگیری از سقوط کارکنان انجام شده است.	بررسی مستندات ، مصاحبه
۳	اقدامات ایمنی در محوطه مرکز فراهم گردیده است.	مشاهده
۴	اصول ایمنی وسایل و تجهیزات پزشکی مرکز و مهار نمودن تجهیزات رعایت شده است.	مشاهده
۵	آسانسورها فعال، تحت نظارت های مستمر ایمنی و فنی بوده و دارای گواهینامه استاندارد/گواهی ایمنی از اداره کل استاندارد است.(در صورت وجود آسانسور)	بررسی مستندات ، مصاحبه و مشاهده
۶	بازدیدهای دوره ای جهت بررسی ایمنی محیط مرکز انجام شده و اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج آن انجام می گردد.	بررسی مستندات ات، مصاحبه
توضیحات	• جهت جلوگیری از سقوط اجسام و تجهیزات همه آنها به دیوار ثابت شده اند. • قفسه داروها، کمد ها و کابینت ها و تابلوها و قابها تا حد امکان بصورت ایمن و استاندارد به دیوارها فیکس شوند و مهار شوند و حتی الامکان از قابها و تابلوهای مقاوم و سبک استفاده شود. • تجهیزات نصب شده روی دیوارها به صورت ماهانه توسط واحد تاسیسات بازدید و از استحکام آنها اطمینان حاصل می گردد. • در بازدیدهای دوره ای کلیه قسمت های مرکز از لحاظ ایمنی کنترل می شوند. • 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.	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

• راه پله ها و رمپ ها عاری از موانع یا آیت‌مهایی است که می توانند سقوط کنند و باعث انسداد مسیر شوند. راه پله ها و رمپ ها باید نرده هایی داشته که بتوانند در حداکثر ظرفیت خود به صورت ایمن استفاده شوند پله هایشان باید سالم (بدون شکستگی لبه پله) باشد و دارای لبه واضح و مشخص باشند یا لبه هایی (جهت جلوگیری از سرخوردن، مشخص شدن حد و ارتفاع پله) برای آنها مشخص شده باشد. • درمحلهایی 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 نباشند، ترک خوردگی یا لق شدگی (به خصوص در محل های مهم و مکانهای پر رفت آمد) نداشته باشند. کف ساختمان نباید ناهموار یا فرورفته باشد زیرا این موارد منجر به سقوط افراد و یا واژگونی برانکارد و تجهیزات می شوند. در محل‌های که تعداد زیادی از لوله های محافظ، کابل یا کف‌های کاذب وجود دارند، تیم ارزیاب می بایست مطمئن شوند که کف برای مقاومت در برابر فشارهای جانبی زمین لرزه توسط بستهای جانبی تقویت شده اند. • 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		
۱	پله فرار در صورت طبقاتی بودن مرکز پیش‌بینی شده است.	مشاهده
۲	نرده پلکان برای تمام راه پله‌ها وجود دارد.	مشاهده
۳	در مسیرهای خروج و پلکان‌های اضطراری مانعی وجود ندارد و مسیر خروج و پلکان‌های اضطراری در تمام اوقات شبانه روز باز است.	مشاهده
توضیحات	توجه به نکات ذیل در مسیرهای خروج و پله فرار لازم است : • درب های ورودی باید عاری از هر گونه مانع بوده و به اندازه کافی برای عبور افراد و کارکنان در شرایط اضطراری عریض باشند. • توصیه می شود درب ها به سمت خارج باز شوند تا در صورت هجوم جمعیت مانعی در برابر خروج آنها وجود نداشته باشد. • علائم راهنمایی واضح و از نوع شب نما به سمت پله فرار از داخل راهروها تا پله فرار در هر واحد نصب شده باشد.	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

• 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 پله های فرار اضطراری در طراحی نقشه های تاسیسات برقی پیش بینی شود.	
سنجه چهار	انبارها و سوله های تحت پوشش مرکز مدیریت حوادث، با شیوه ایمن مدیریت می شوند.
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	
روش ارزیابی	
۱	مکان یابی مناسب* جهت سوله ها انجام شده است.
۱	فضای انبارها و سوله ها استاندارد می باشد.
۲	انبارش مستقل مواد شیمیایی و قابل اشتعال اجرا شده است.
۳	نکات ایمنی در انبارش مواد مد نظر قرار گرفته است.
توضیحات	
* چک لیست پیوست نامه ابلاغی شماره ۱۱۵/۱۵۳۰ مورخ ۱۴۰۰/۰۸/۲۴ *توجه به تجهیزات انبارها و سوله ها مطابق با چک لیست ابلاغی شماره ۱۱۵/۱۵۳۰/د مورخ ۱۴۰۰/۸/۲۴ و ۱۴۰۱/۴۰/د مورخ ۹۶/۱۲/۱۸ صورت پذیرد. رعایت استانداردهای فضای فیزیکی انبار، رعایت ایمنی انبار از نظر سرقت، آتش سوزی، نگهداری اقلام فاسد شدنی، نگهداری مواد قابل انفجار و اشتعال، چیدن اجناس و کالاها و استفاده از ابزار کار مناسب می باشد. سایر موارد قابل توجه شامل: • وجود فرایند ذخیره سازی اقلام لوازم و ملزومات فنی مورد نیاز در شرایط اضطراری • به روز رسانی فهرست کلی و موجودی فعلی اقلام لوازم و ملزومات فنی مورد نیاز در شرایط اضطراری و توجه به تاریخ انقضای تجهیزات یکبار مصرف پزشکی و اجناس زمان دار • ذخیره کافی لوازم و ملزومات فنی برای ۷۲ ساعت • ذخیره سازی اقلام محافظت فردی مورد نیاز در شرایط اضطراری برای ۷۲ ساعت و به روز رسانی لیست اقلام • ذخیره کافی آب و غذا برای ۷۲ ساعت • رعایت اصول ایمنی و دتکتورهای هشداردهنده در فضای خارج از انبار و مجهز به وسائل آتش نشانی • استفاده از قفسه بندی های فلزی مستحکم و غیر قابل اشتعال • استفاده از درب فلزی و فاقد شکاف در انبار	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

• سیم کشی توکار برق و از داخل لوله های مخصوص ضد ضربه و اشتعال • استفاده از کلیدها و پریزها و روشنایی های ضد جرقه • چیدمان طبقه بندی شده و ایمن از جمله نگهداری مواد سوزاننده و اشتعال زا در طبقات پایین • استفاده از علائم هشداردهنده ممنوعیت سیگار و سایر موارد ایمنی • کف انبار صاف و فاقد هرگونه لغزندگی باشد. • استحکام کافی و زیر سازی مناسب کف انبار از جهت ایمنی در مقابل آتش سوزی و زلزله • روشنایی و تهویه مناسب انبار • وجود جعبه کمک های اولیه در انبار • استفاده از نرده محافظ در پشت پنجره های انبارها • رعایت نکات نگهداری اجزاء غیرسازه ای در هنگام زلزله (مانند قفسه ها و ...) • تدوین چک لیست بر اساس دستورالعمل انبارش ایمن و بررسی دوره ای 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).	
---	--

۳. محور پدافند غیر عامل

برنامه های پیشگیری و کاهش اثر تهدیدات پدافندی تدوین و اجرا شده است.		استاندارد ۱
سطح سنجه: ۱	ارزیابی آسیب پذیری واحدهای کلیدی در حوزه های تحت پوشش دانشگاه انجام شده است.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات مصاحبه	آسیب پذیری های مرکز هدایت عملیات (EOC) دانشگاه شناسایی شده اند	۱
بررسی مستندات مصاحبه	آسیب پذیری های مرکز ارتباطات (تریاز و دیسپچ) شناسایی شده اند	۲
بررسی مستندات مصاحبه	آسیب پذیری های مرکز پایش مراقبت های درمانی (MCMC) دانشگاه شناسایی شده اند	۳

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۴	آسیب پذیری های پایگاه اورژانس هوایی شناسایی شده اند	بررسی مستندات مصاحبه
توضیحات	به دستورالعمل نظام فنی و اجرایی پدافند غیرعامل مراکز ثقل کشور مراجعه گردد.	
سنجه دو	اقدامات پیشگیرانه به منظور ارتقای امنیتی در تهدیدات سایبری، برنامه ریزی و اجرا می شوند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	ارزیابی امنیتی سامانه های نرم افزارهای در حال استفاده در دانشگاه انجام شده است	بررسی مستندات مصاحبه
۲	ارزیابی امنیتی تجهیزات سخت افزاری شبکه های مورد استفاده در دانشگاه انجام شده است	بررسی مستندات مصاحبه
۳	فرایند شناسایی، تحلیل و اطلاع رسانی 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 شرکت های واجد صلاحیت صورت گرفته است	بررسی مستندات مصاحبه
۶	جهت ارتقای امنیت سایبری، از فایروال و آنتی ویروس (بومی) به روزرسانی شده استفاده می شود	بررسی مستندات مصاحبه
توضیحات	- لیست شرکت های دارای صلاحیت پدافند سایبری توسط کمیته پدافند غیرعامل به دانشگاه ها/ دانشکده ها ابلاغ شده است. شماره ۱۲۵/۸۲ مورخ ۱۴۰۰/۱۲/۲۱ - سند راهبردی پدافند سایبری کشور ۱۶۰/۱/۵۸۵ مورخ ۱۳۹۴/۰۳/۲۱ - تدوین ملاحظات پدافند غیر عامل در طراحی و ساخت مراکز داده	
سنجه سه	اقدامات پیشگیرانه به منظور ارتقای امنیت کالبدی، برنامه ریزی و اجرا می شوند.	سطح سنجه: ۱

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		روش ارزیابی
۱	برنامه‌های لازم به منظور تعریف و کنترل دسترسی‌ها انجام شده است.	مستندات . مصاحبه
۲	تقویت موانع فیزیکی به منظور 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
تدوین ملاحظات پدافند غیرعامل در طراحی و ساخت مراکز داده (ابلاغی سازمان پدافند غیرعامل کشور)		توضیحات
سنجه چهار	اقدامات پیشگیرانه جهت ارتقای امنیت محل ذخایر استراتژیک مانند آب، مواد غذایی، دارو، واکسن، خون، فرآورده‌های خونی، سوخت و ... برنامه ریزی و اجرا می‌شوند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		روش ارزیابی
۱	تهیه و تأمین ذخایر استراتژیک از شرکت‌های واجد صلاحیت صورت می‌گیرد.	مشاهده . بررسی مستندات
۲	سطح دسترسی افراد به محل نگهداری ذخایر استراتژیک طبقه بندی شده و تحت نظارت می‌باشد.	مشاهده . مصاحبه
۳	پایش مستمر کیفیت ذخایر استراتژیک به صورت دوره‌ای انجام می‌شود.	مشاهده . بررسی مستندات
۴	محل نگهداری ذخایر استراتژیک از نظر ایمنی در برابر حریق، قطع برق، فساد مواد و دسترسی جانداران مودی تحت نظارت می‌باشد.	مشاهده . مصاحبه
منبع: کتاب تهدید زیستی و سلامت غذایی - ۱۳۹۰ باربا ای راسکو به الزامات و ملاحظات پدافند غیرعامل در مراکز بهداشتی - درمانی شهری مراجعه گردد (خانه بهداشت، اورژانس، درمانگاه، مجتمع درمانی، آزمایشگاه‌ها و رادیولوژی)		توضیحات
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.	سطح سنجه: ۱

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی
مشاهده . مصاحبه	۱ چند منظوره سازی فضاهای فیزیکی مورد استفاده در مراکز تحت پوشش دانشگاه صورت گرفته است
مشاهده . مصاحبه	۲ تامین فضای آلودگی زدایی اولیه/ثانویه در اورژانس‌های پیش بیمارستانی و بیمارستانی صورت گرفته است
مشاهده . مصاحبه	۳ فضای مناسب جهت تریاژ بیمار/مصدومین ناشی از حوادث مواد خطرناک (CBRNE) تامین شده است
مشاهده . مصاحبه	۴ فضای بستری ایزوله جهت بیمار/مصدومین ناشی از حوادث مواد خطرناک (CBRNE) تامین 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	تأمین دارو و تجهیزات مورد نیاز جهت پاسخ به تهدیدات پدافندی صورت گرفته است.
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی
مشاهده . مصاحبه	۱ تجهیزات مورد نیاز جهت شناسایی عوامل شیمیایی/زیستی/پرتویی، تامین شده است
مشاهده . مصاحبه	۲ تجهیزات حفاظت فردی (PPE) مورد نیاز کارکنان نظام سلامت، متناسب با نوع تهدید تامین شده است
مشاهده . مصاحبه	۳ تجهیزات مورد نیاز جهت آلودگی زدایی بیمار/مصدومین ناشی از حوادث مواد خطرناک (CBRNE) تامین شده است
مشاهده . بررسی مستندات	۴ داروهای مورد نیاز جهت خنثی سازی و پاسخ به اثرات سلامتی مواد خطرناک (CBRNE) تامین شده است
مشاهده . بررسی مستندات	۵ برنامه‌ریزی مناسب جهت تامین خون و فرآورده‌های خونی صورت گرفته است
مشاهده . مصاحبه	۶ ایمنی و امنیت محل ذخیره خون و فرآورده‌های تامین و تحت کنترل می‌باشد
مشاهده . بررسی مستندات	۷ نحوه تامین واکسن مورد نیاز جهت پیشگیری بیماری‌های ناشی از تهدیدات زیستی مشخص و تفاهم نامه مناسب منعقد گردیده است

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۸	تجهیزات مناسب جهت حفظ زنجیره سرمای واکسن و داروهای یخچالی تهیه شده است	مشاهده . مصاحبه
۹	ارزیابی دوره‌ای تجهیزات، از نظر کیفیت توسط تیم متخصص صورت می‌گیرد	مشاهده . بررسی مستندات
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 دزیمتر پرتویی • کیت حفاظت فردی پیش بیمارستانی و عملیاتی • لباس فشار مثبت زیستی با دید پانورامابه • تجهیزات CBRNE • ماسک فیلتردار • دستکش و روکش پوتین • لباس NBC داروهای CBRNE • آمپول استنشاقی ایزو آمیل نیتريت: جهت درمان مسمومیت های سیانیدی و عوامل خون • آمپول هیدروکسی کوبالامین: جهت درمان مسمومیت با سیانید • آمپول آتروپین سولفات: جهت درمان مسمومیت و آلودگی عواملی نظیر حشره کش ها • کامبومیل: جهت درمان مسمومیت با عوامل اعصاب و ارگانو فسفره • آکسومیل: جهت درمان مسمومیت با عوامل اعصاب و ارگانو فسفره • پرالیدوکسیم: جهت درمان مسمومیت با ارگانو فسفره و حشره کش ها • 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 مسمومیت ها و اوور دوز • قرص یدید پتاسیم: حوادث پرتویی • قرص آبی پروس: حوادث پرتویی	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

• قرص سدیم کلرید: مواقع بروز هیپوناترمی نظیر دهیدراسیون • ویال بیکربنات سدیم: مواقع بروز هیپوناترمی نظیر دهیدراسیون و مسمومیت با باربیتوراتها 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: آرامبخش • آمپول اندانسترون: جهت جلوگیری از تهوع و استفراغ با عوامل شیمیایی و پرتوی		
سنجه سه	تیم های واکنش سریع جهت پاسخ به حوادث CBRNE تشکیل شده است	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	تیم پاسخ به حوادث CBRNE بر اساس دستورالعمل ابلاغی تشکیل شده است.	بررسی مستندات
۲	اعضای تیم پاسخ به حوادث CBRNE بر اساس شاخص های مصوب، انتخاب شده اند	بررسی مستندات مصاحبه
۳	شرح وظایف اعضای تیم پاسخ به حوادث CBRNE قبل، حین و پس از اعزام تهیه و ابلاغ شده است	بررسی مستندات مصاحبه
۴	ابلاغ اعضای تیم پاسخ به حوادث CBRNE توسط مقام مسئول صادر شده است	بررسی مستندات. مصاحبه
۵	تجهیزات انفرادی مورد نیاز اعضای تیم، تهیه و تحویل شده است	بررسی مستندات. مصاحبه
۶	بیمه حوادث و مسئولیت حرفه ای اعضای تیم به روز می باشد	بررسی مستندات مصاحبه
۷	آموزش های لازم جهت افزایش دانش و مهارت عملیاتی اعضای تیم، ارائه شده است	بررسی مستندات. مصاحبه
۸	نحوه استفاده از دارو، تجهیزات شناسایی و تجهیزات حفاظت فردی به اعضای تیم آموزش داده شده است	بررسی مستندات. مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۹	حداقل یک تمرین (رزمایش) عملیاتی در طول سال، جهت حفظ توانمندی اعضای تیم انجام می شود	بررسی مستندات ات. مصاحبه
توضیحات	دستورالعمل های ابلاغ شده پدافند شیمیایی • شیوه نامه تشخیص و درمان مسمومیت با آرسنیک- تابستان ۹۷ • شیوه نامه تشخیص و درمان عوامل کنترل کننده شورش یا اشک آور- تابستان ۹۷ • شیوه نامه برخورد با بیماران آلوده شده به سم ریسین- زمستان ۹۶ • شیوه نامه برخورد پزشکی با حادثه شیمیایی اسید هیدرو فلوریک- مرداد ۹۶ • شیوه نامه برخورد پزشکی با مسمومیت حاد متانول- پاییز ۹۷ • شیوه نامه تشخیص و درمان مسمومیت با قارچ های سمی خوراکی گروه سیکلو پپتید- بهار ۹۷ • شیوه نامه تشخیص و درمان مسمومیت با گاز آرسین- پاییز ۹۶ • شیوه نامه تشخیص و درمان مسمومیت با عامل خردل- زمستان ۹۶ • شیوه نامه تشخیص و درمان مسمومیت با گاز منو اکسید کربن- شهریور ۹۶ • شیوه نامه تشخیص و درمان مسمومیت با سدیم فلئورو استات- زمستان ۹۶ • شیوه نامه درمان مسمومیت با سیانید و مدیریت پزشکی حوادث دسته جمعی با سم سیانید- پاییز ۹۶ • شیوه نامه تشخیص و درمان مسمومیت با گاز کلرین- مرداد ۹۶ • دستورالعمل های ابلاغ شده پدافند پرتوی • دستورالعمل پاسخ پزشکی پیش بیمارستانی در حوادث پرتوی و هسته ای • دستورالعمل پاسخ پزشکی بیمارستانی مصدومین حوادث پرتوی • مجموعه راهنمای برنامه ریزی، توزیع و مصرف ید پایدار	
استاندارد ۳	مدیریت صحیح بیماران/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 ارزشیابی	روش ارزیابی
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 مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۳	اطلاعات مؤثق در خصوص حادثه، از اولین تیم حاضر در محل دریافت می شود	بررسی مستندات. مصاحبه
۴	گزارش اولیه وقوع حادثه، از طریق دیسپچ به مرکز هدایت عملیات (EOC) ارسال می شود	بررسی مستندات. مصاحبه
۵	تیم تخصصی پاسخ به حوادث CBRNE با هماهنگی EOC به محل حادثه اعزام می شود	بررسی مستندات. 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 ارزشیابی		
۱	ارزیابی ایمنی صحنه توسط سرپرست اولین تیم حاضر در صحنه، صورت می گیرد	بررسی مستندات. مصاحبه
۲	برآورد اولیه مکانیسم آسیب و تعداد بیماران/ مصدومین صورت می گیرد	بررسی مستندات مصاحبه
۳	درخواست به موقع منابع و کمک از سازمان های همکار و پشتیبان با توجه به نوع حادثه صورت می گیرد	بررسی مستندات مصاحبه
۴	گزارش اولیه حادثه به مرکز اعزام جهت آگاه سازی مرکز هدایت عملیات (EOC) ارائه می گردد.	بررسی مستندات مصاحبه
۵	منطقه بندی حادثه (داغ، گرم، سرد) جهت ارائه خدمات مناسب صورت می گیرد	بررسی مستندات مصاحبه
۶	جانمایی فضا جهت انجام تریاژ بیماران/ مصدومین انجام می شود	بررسی مستندات مصاحبه
سنجه سه	فعال سازی تیم پاسخ به حوادث CBRNE مطابق با دستورالعمل های ابلاغی اجرا می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	تیم پاسخ به حوادث CBRNE براساس اعلام نیاز محل حادثه و تأیید مدیر EOC، فراخوان می شود.	مستندات مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

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
سنجه چهار	عملکرد تیم پاسخ به حوادث CBRNE بر اساس نیازهای موجود در صحنه صورت می گیرد	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	سامانه فرماندهی حادثه ICS توسط سرپرست تیم پاسخ به حوادث CBRNE در محل حادثه مستقر می شود	بررسی مستندات مصاحبه
۲	محدودسازی منطقه عملیات با استفاده از نوارهای خطر متناسب با نوع حادثه صورت می گیرد	بررسی مستندات مصاحبه
۳	پیش بینی ساز و کار هدایت بیمار از منطقه داغ به منطقه گرم جهت انجام تریاژ و آلودگی زدایی اولیه صورت می گیرد	بررسی مستندات مصاحبه
۴	محل آلودگی زدایی اولیه با رعایت ایمنی و حفظ حریم خصوصی، در منطقه گرم مشخص می شود	بررسی مستندات ات. مصاحبه
۵	محل تریاژ اولیه با رعایت ایمنی و حفظ حریم خصوصی، در منطقه گرم مشخص می شود	بررسی مستندات مصاحبه
۶	اقدامات حیاتی پایه مورد نیاز جهت حفظ جان بیماران/ مصدومین در منطقه گرم انجام می شود	بررسی مستندات مصاحبه
توضیحات	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 بروز رسانی 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 بر اساس تعداد و نوع مصدومین پیش بینی شده است (امکانات لازم جهت افزایش ظرفیت پذیرش وجود دارد).	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

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. اعزام و استقرار اورژانسی تیم های واکنش سریع در صورت وجود تعداد زیادی مصدوم CBRNE پیش بینی شود. 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 - کودکان) و افراد دارای شرایط خاص (افراد معلول و کم توان ذهنی) در نظر گرفته شده است.		
سنجه پنجم	آلودگی زدایی با رعایت ضوابط مربوطه انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
روش ارزیابی		
۱	تخصیص فیزیکی مناسب جهت آلودگی زدایی بر اساس تعداد و نوع مصدومین انجام می شود	مستندات . مصاحبه
۲	زیرساخت مناسب جهت دفع و امحای فاضلاب ناشی از آلودگی زدایی پیش بینی شده است	مستندات. مصاحبه
۳	روش مناسب جهت پایش ورود و خروج بیماران/ مصدومین به محل آلودگی زدایی وجود دارد.	مستندات . مصاحبه
۴	روش آلودگی زدایی بر اساس نوع ماده انتخاب می شود	مستندات . مصاحبه
۵	محل آلودگی زدایی بیماران خانم و آقا جهت رعایت حریم خصوص بیماران/مصدومین جداسازی می شود	مستندات . مصاحبه
۶	امکانات مناسب جهت دفع زباله های عفونی در منطقه آلودگی زدایی پیش بینی شده است	مستندات . مصاحبه
۷	حمایت روانی بیماران/ مصدومین در زمان آلودگی زدایی انجام می شود	مستندات . مصاحبه
توضیحات	فرایند رفع آلودگی هسته ای • خارج نمودن لباس های رویی و شستشوی سریع پوست و موی آلوده، باعث پاکسازی ۹۵٪ آلودگی می شود • محلول هیپوکلریت سدیم ۰/۵ درصد که برای رفع عوامل شیمیایی بکار می رود، باعث رفع آلودگی پرتوی نیز می شود • استفاده از محلول هیپوکلریت سدیم ۰/۵ درصد برای شستشوی انواع زخم ها • برای شستشوی چشم ها از مقادیر فراوان آب، نرمال سالین یا محلول های چشمی توصیه می شوند. فرایند رفع آلودگی شیمیایی • خارج کردن لباس های آلوده و آلودگی زدایی مجدد (شستشوی پوست با آب فراوان) • برای شستشو بهتر است از آب و صابون و یا محلول هیپوکلریت سدیم ۰/۵ درصد استفاده شود. • رفع آلودگی چشم ها 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)	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

• رفع آلودگی پرسنل خط اول باید با آب و صابون و برس های 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 کیسه های استاندارد پلی اتیلن نگهداری شوند • آلودگی زدایی مصدومین باید بعد از خروجشان از مکان آلوده و ورود به دالان آلودگی زدایی صورت گیرد. • همه البسه خارج شده (حداقل تا لباس های زیر) در کیسه های نشاندار استاندارد قرار گیرد. • شستشوی کامل با آب و صابون و خشک کردن بدن صورت گیرد. باید مراقب بود تا از آسیب به پوست بیماران جلوگیری شده و زخم های باز پوشانیده شوند. • بدن بیماران برای جلوگیری از شوک ناشی از دست دادن حرارت گرم نگاه داشته شده و به سمت منطقه ای که درمان های طبی اورژانس انجام خواهد گرفت حرکت داده شوند. - پسماندها و زباله های واحد رفع آلودگی باید جمع آوری و در ظروف مخصوص و جدا از زباله های بیمارستانی نگهداری گردند و طبق پروتکل دفع گردد.		
سنجه شش	فرایند انتقال بیماران به مراکز درمانی منطبق با دستورالعمل ها انجام می گردد.	
	روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی
۱	بیماران/ مصدومین جهت انتقال به مراکز درمانی از کوریدور ایمن به منطقه سرد جابه جا می شوند	بررسی مستندات مصاحبه
۲	مرکز درمانی مناسب با هماهنگی EOC و MCMC انتخاب می شود	بررسی مستندات مصاحبه
۳	اطلاع رسانی مناسب به مرکز درمانی جهت آمادگی برای پذیرش بیماران/ مصدومین صورت می گیرد	بررسی مستندات مصاحبه
۴	پایش علائم حیاتی و مراقبت های لازم طبق پروتکل های ابلاغی در مسیر انتقال انجام می گردد	بررسی مستندات مصاحبه
۵	بیماران/ مصدومین به مراکز درمانی تحویل و مستندات سازی انجام می شود.	بررسی مستندات مصاحبه
سنجه هفت	مدیریت اجساد طبق دستورالعمل صورت می گیرد.	
	روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی
۱	فرآیند تشخیص هویت درگذشتگان حادثه انجام می شود	بررسی مستندات مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۲	ثبت اطلاعات مربوط به آسیب‌های وارده به درگذشتگان انجام می‌شود	بررسی مستندات مصاحبه
۳	درگذشتگان حادثه پس از ثبت مشخصات در پوشش مخصوص قرار داده می‌شوند	بررسی مستندات 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.	
سنجه یک	فرایند بازگشت به وضعیت بهتر از قبل منطبق با دستورالعمل‌های ابلاغی اجرا می‌شوند	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	مواد مناسب جهت آلودگی زدایی تجهیزات و آمبولانس تهیه شده است.	مشاهده
۲	مکان مناسب جهت آلودگی زدایی تجهیزات و آمبولانس تأمین شده است	مشاهده
۳	آلودگی زدایی <u>تجهیزات</u> پس از اتمام مأموریت انجام می‌شود	بررسی مستندات مصاحبه مشاهده
۴	آلودگی زدایی <u>آمبولانس</u> حمل بیماران آلوده پس از اتمام مأموریت انجام می‌شود.	بررسی مستندات مصاحبه/مشاهده
۵	فضا و امکانات مورد نیاز جهت آلودگی زدایی اعضای تیم پاسخ تأمین شده است.	مشاهده
۶	آلودگی زدایی 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 خسارت مالی ناشی از حادثه انجام می‌شود.	بررسی مستندات
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

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه سه	نیازهای حمایتی کارکنان (مالی، جسمی و روانی) بلافاصله پس از شروع عملیات پاسخ و منطبق بر برنامه بازیابی سریع اجرا می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	حمایت روانی تیم واکنش سریع بعد از حادثه	بررسی مستندات مصاحبه
۲	حمایت مالی تیم واکنش سریع بعد از حادثه و ارائه مزایای ویژه برای تک تک اعضای تیم	بررسی مستندات مصاحبه
۳	درمان و حمایت جسمی اعضای تیم واکنش سریع در صورت بروز تلفات و صدمات جانی	بررسی مستندات مصاحبه
۴	پایش مستمر کارکنان دارای مواجهه با مواد خطرناک از نظر عوارض سلامتی انجام می شود	بررسی مستندات مصاحبه
سنجه چهار	فرایند غیرفعالسازی عملیات پاسخ منطبق بر برنامه بازیابی صورت می گیرد	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	فرایند غیرفعالسازی سامانه ها و بازگشت به وضعیت عادی تبیین شده است	بررسی مستندات مصاحبه
۲	برنامه بازیابی و جایگزینی مجدد منابع و تجهیزات اجرا می شود	بررسی مستندات مصاحبه
۳	اجزای سازه ای و غیرسازه ای آسیب دیده در تهدیدات پدافندی ارزیابی و جهت بازیابی مشخص می شوند	بررسی مستندات مصاحبه
سنجه پنج	تدوین درس آموخته های مدیریت حوادث و تهدیدات بر اساس واقعیت های موجود صورت می گیرند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	ارزیابی و بررسی عملکرد فرایند مدیریت تهدیدات انجام می شود	بررسی مستندات مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۲	نقاط ضعف و قوت فرایند مدیریت تهدیدات شناسایی می شود	بررسی مستندات مصاحبه
۳	برنامه های اصلاحی در راستای ارتقای عملکرد فرایند مدیریت تهدیدات تدوین می شود	بررسی مستندات مصاحبه
۴	درس آموخته های فرایند مدیریت تهدیدات جهت انتقال تجربه نگاشته می شود	بررسی مستندات مصاحبه

۴. بهبود کیفیت و ایمنی

فرآیندهای و شاخصهای مرکز شناسایی، پایش و بصورت مستمر مدیریت می شود.		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 نمودن 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 مجموعه ای از فعالیتهای متوالی و مرتبط به هم است که برای تولید محصول یا ارائه خدمت یا دستیابی به نتایج برنامه ریزی شده انجام می گیرد. فرایند بایستی شروع و خاتمه مشخص داشته و ضمن تعریف ورودی ها و خروجی ها 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 به صورت فلوچارت و یا نگارش انشایی (الگوریتم) تدوین شوند. فلوچارت یا نقشه فرایند یا نمودار فرایند کار: نموداری است که توالی مراحل که در یک فرایند برای اجرای کار درست انجام میشود را نشان میدهد. از طریق مشاهده فلوچارت میتوان تصویری کلی از فرایند به دست آورد و فهمید که یک فرایند چگونه کار میکند و مشکلات کیفیتی در کجا روی میدهد .		توضیحات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

طراحی شماتیک فلوجارت: برای ایجاد ادبیات مشترک بین افراد و فهم فلوجارت 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 میشود . نگارش انشائی (الگوریتم): هر دستورالعملی که مراحل انجام کاری را با زبانی دقیق و با جزئیات کافی بیان نماید بطوری 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 ارزشیابی		
روشن ارزیابی		
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 میبایستی برای هر یک از اجزاء سیستم یکسری شاخص تعریف نمود که این شاخصهای برای اندازه گیری میزان دستیابی به آرمانها یا اهداف از قبل تعیین کننده در یک سازمان مورد استفاده قرار میگیرد. شاخصهای سنجش فرآیندها میتوانند به صورت شاخصهای ساختاری، فرآیندی و یا پیامدی باشند. شاخصهای ساختاری یا درون دادی :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 آنها امکان طراحی و اجرای برنامه ها و تامین اهداف وجود ندارد، در این گروه از شاخصها جای می گیرد . تعداد تماس ها با ۱۱۵، تعداد آمبولانس فعال و پشتیبان، تعداد کارکنان دیسپچ و پایگاهها و ... شاخصهای فرآیندی: برای پایش فعالیتهای در حال اجرا استفاده می شود و نحوه ارائه خدمات، روشها و برنامه هایی که برای دستیابی به اهداف سازمانی بکارگرفته شود را پایش میکند. شاخصهای میانگین زمانی، اغلب شاخصهای فرآیندی هستند . میانگین زمانی رسیدن بر بالین بیمار در ماموریت شهری/ جاده ای، مدت زمان توقف آمبولانس در بیمارستان . شاخصهای پیامدی :شاخصهایی که نتایج فعالیتهای را نشان می دهد. شاخصهای رضایتمندی و ایمنی بیمار حداقل شامل	

میزان رضایتمندی بیماران ، میزان CPR موفق، درصد پوشش سکتۀ مغزی اورژانس (کد سما ۷۲۴)، درصد پوشش سکتۀ قلبی اورژانس (کد ۲۴۷) ، میزان پوشش بالگرد، درصد تماس های منجر به اعزام، درصد اخذ امضاء تعیین نوع شاخصها برای هر فرآیند به وضعیت موجود سازمان، مطالبات سازمانهای بالادستی، هدف از ارتقاء فرآیند و... بستگی دارد و میتواند برای هر فرآیند از سه نوع شاخص هم باشد. نکته مهم در تدوین شاخصها اینست که باید توازنی بین شاخصهای ساختاری، فرآیندی و 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 یکسان سازی مفاهیم و کسب اطلاعات دقیق لازم است برای هر شاخص شناسنامه تدوین شود که حداقل در آن نوع شاخص، نحوه اندازه گیری، بازه زمانی اندازه گیری، فرد مسئول جمع آوری شاخص، نحوه گزارش دهی واحدهای مرتبط مشخص شده باشد. در شناسنامه شاخص مسئول پایش و اندازه گیری شاخص معرفی می شود. برای اینکه کیفیت خدمات ارائه شده در تمامی ابعاد بررسی شود توصیه میشود، حداقل شاخصهای عملکردی در حیطه های ذیل تدوین شود. ایمنی: میزان خطاهای که منجر به حادثه ناگوار، صدمات و ... برای بیمار میشود. همانند تعداد نیدل استیک گزارش شده به موقع بودن خدمات: انجام خدمات در زمان مناسب. همانند بررسی زمانها (نظیر متوسط زمان ماندگاری آمبولانس در بیمارستان) اثربخشی: انجام خدمات مؤثر مبتنی بر شواهد معتبر. همانند میزان CPR موفق عدالت: انجام خدمات به بیماران بدون توجه به جنسیت، نژاد، سن، قومیت و... متناسب با نوع و شدت نیازهای ایشان. همانند تعداد پایگاه های افزایش یافته بیمار محوری: میزان رضایتمندی بیمار از نحوه ارائه خدمات. همانند میزان رضایتمندی گیرنده خدمات ایمنی: میزان خطاهای که منجر به حادثه ناگوار، صدمات و ... برای بیمار میشود. همانند تعداد نیدل استیک گزارش شده به موقع بودن خدمات: انجام خدمات در زمان مناسب. همانند بررسی زمانها (نظیر متوسط زمان ماندگاری آمبولانس در بیمارستان) اثربخشی: انجام خدمات مؤثر مبتنی بر شواهد معتبر. همانند میزان CPR موفق عدالت: انجام خدمات به بیماران بدون توجه به جنسیت، نژاد، سن، قومیت و... متناسب با نوع و شدت نیازهای ایشان. همانند تعداد پایگاه های افزایش یافته	
---	--

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

بیمار محوری : میزان رضایتمندی بیمار از نحوه ارائه خدمات . همانند میزان رضایتمندی گیرنده خدمت		
سنجه سه	نتایج حاصل از پایش شاخص های مدیریتی و عملکردی تحلیل و در صورت لازم اقدام اصلاحی انجام می شود	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		روش ارزیابی
۱	گزارش نتایج شاخص / شاخصهای برنامه ای به کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط مسئول مربوط بر مبنای اصول SPC *	بررسی مستندات
۲	بررسی و تحلیل نتایج شاخص / شاخصهای برنامه ای در جلسات کمیته پایش و سنجش کیفیت	بررسی مستندات
۳	تهیه گزارش تحلیلی نتایج شاخص / شاخصهای برنامه ای و در صورت لزوم پیشنهادات اصلاحی با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت	بررسی مستندات
۴	برنامه ریزی تیم مدیریت جهت انجام اقدامات اصلاحی جهت بازنگری برنامه و به منظور تحقق اهداف آن	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	صاحبان فرآیند و در صورت ضرورت برنامه بهبود کیفیت به منظور رفع موانع پیشرفت برنامه توسط تیم مدیریت اجرایی، تدوین و ابلاغ میشود.	
استاندارد ۲	عملکرد تیم مدیریتی بیانگر تعهد به اجرای برنامه های ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار است.	
سنجه یک	مشکلات جاری و فرصتهای بهبود، شناسایی و اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت مرتبط اجرا می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		روش ارزیابی
۱	شناسایی مشکلات و فرصت های بهبود توسط مسئولان پایگاه / واحدها با همکاری کارکنان مرتبط	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	الویت بندی مشکلات و فرصتهای بهبود و برنامه ریزی برای اقدام اصلاحی توسط مسئولان پایگاه / واحدها با همکاری کارکنان مرتبط	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	جمع آوری ایده های مناسب برای فرصتهای بهبود پیش بینی شده و انتخاب ایده های کاربردی برای اجرا	بررسی مستندات و مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۴	اجرای ایده ها و ارزیابی موثر بودن آنها و در صورت نیاز ارائه پیشنهادات و اقدامات اصلاحی یا برنامه های 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 برون بخشی صرفاً یک مشکل فرآیندی را بازبینی و حل مشکل مینماید. برنامه بهبود مستندات ی است که برای دستیابی به اهداف کیفیتی معین و به صورت یک برنامه اجرایی با فعالیتهای، زمان بندی، منابع و مجریان مشخص طراحی و تدوین می شود همچنان همانند 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 پایگاه ها / 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 برنامه های بهبود ملاک امتیازدهی نیست. بلکه نحوه شناسایی و حل مشکلات پایگاه ها / 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 اضافه شدن ایده مناسب و 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 ایده های کاربردی و یا برنامه های اجرایی، آن را به یک بهبود بالفعل در سیستم/ سازمان تبدیل نمود. ضروری است سوابق مربوط به شناسایی مشکلات، فرصتهای بهبود و ایده های کاربردی اجرا شده و نتایج اجرا به صورت جمع بندی شده نگهداری شود. چرا که درس از گذشته یکی از شیوه های مهم و اثربخش در مدیریت چالشهای تجربه شده است.	
سنجه دو	اقدامات برنامه ریزی شده ای برای پیشگیری از خطاهای پزشکی اجرا می شود	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	تدوین روش اجرایی "ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی"	بررسی مستندات
۲	شناسایی فرآیندهای پرخطر در مرکز	بررسی مستندات و مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۳	تحلیل ارزیابی خطر ، اولویت بندی خطرات	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	انجام مداخلات اصلاحی برای حذف کاهش خطرات	بررسی مستندات
توضیحات	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 بر عهده 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 می شوند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	تدوین روش اجرایی نحوه گزارش وقایع ناخواسته	بررسی مستندات
۲	اقدامات مربوط به ترویج فرهنگ ایمنی به منظور افزایش گزارش دهی وقایع ناخواسته	بررسی مستندات
۳	بررسی و تحلیل مستمر نتایج و روند گزارش دهی وقایع ناخواسته، تحلیل علل ریشه ای وقایع ناخواسته	بررسی مستندات
۴	طراحی و اجرای برنامه/مداخلات اصلاحی به منظور جلوگیری از رخداد وقایع مشابه	بررسی مستندات
۵	اطلاع رسانی/ بازخورد اقدامات اصلاحی به گزارش کنندگان	بررسی مستندات
۶	به مشارکت گذاشتن درسهای آموخته شده با سایر کارکنان پایگاه ها	بررسی مستندات
توضیحات	مهمترین گام در مدیریت خطاهای پزشکی ، گزارش به موقع و جامع خطا، تحلیل ریشه های 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 مدیرانه راه های جایگزین برای ترقیب کارکنان به گزارش خطاهای پزشکی است. قطعاً منظور از این روش تشویق کارکنان خاطی نیست. بلکه با توجه به شرایط فرهنگی و بومی هر مرکز بایستی شیوه های 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 و یا ایجاد صندوق گزارش خطا های با فرمهای معین و بدون نام در هر بخش و بسیاری از روش های 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 تماس ها ۶- سایر روشهای بومی در مرکز مدیریت با اتخاذ رویکرد عاری از سرزنش نابجا منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ منصفانه گزارش دهی وقایع ناخواسته درمان را ترویج مینماید. در فرهنگ منصفانه، این موضوع درک میگردد که کارکنان حرفه ای واجد صلاحیت ممکن است دچار اشتباه شوند و حتی ممکن است رفتارهای متفاوت با هنجارهای سازمانی از خود بروز دهند ولی بی مبالاتی ها 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 نابجا منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار در قبال گزارش دهندگان و رعایت محرمانگی را به کلیه کارکنان ابلاغ نموده است. . گزارشها از نظر روند گزارش دهی اعم از کیفیت و کمیت گزارشهای واصله به تفکیک واحد، رسته شغلی دسته بندی محرمانه شده در ارتقاء گزارش دهی مورد بهره برداری قرار گیرند. درس گیری از وقایع رخ داده و استفاده از آنها به عنوان شواهد در برنامه ریزی و بازنگری برنامه ها و فرایندها جزئی از فرهنگ جاری سازمانی است. استفاده از وقایع رخ داده به عنوان درس از گذشته به عنوان شواهد در برنامه ریزی و بازنگری برنامه ها 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 مداخلات/ اقدامات اصلاحی موضوعی به تفکیک نوع واقعه، رسته شغلی و مانند آن در خصوص وقایع تکرار شونده مشابه یا با احتمال بروز مجدد بالا توجه: در صورتیکه خطایی منجر به مرگ گردد و یا عوارض پایدار و نیز تکرار پذیر باشد می بایست تحلیل ریشه ای (RCA) صورت گیرد. ارزیابی پیشگیرانه خطای پزشکی به معنی ارزیابی خطا نمی باشد چراکه قبل از بروز خطا، عوامل زمینه ساز خطاهای پزشکی (انسانی، تجهیزاتی و ساختاری) ارزیابی میشوند. این عوامل معمولاً پس از تحلیل ریشه ای خطاهای پزشکی شناسایی میشوند. انتظار می رود مرکز با استفاده از تجربیات بدست آمده در موارد شایع در سایر مراکز نسبت به ارزیابی پیشگیرانه برای جلوگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی اقدام نماید. از طرفی 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	
---	--

استانداردهای اعتباربخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

پزشکی حیاتی یا وجود نقایص فرآیندی مانند عدم احراز دقیق هویت بیماران قبل از درمان در بحران ، و سایر نقاط کلیدی مستعد کننده بروز خطا قابل شناسایی هستند.		
استاندارد ۳		مستندات ات مربوط به استانداردهای اعتباربخشی پیش بیمارستانی و ارزیابی عملکرد مرکز مدیریت می شود.
سنجه یک	بهبود کیفیت با همکاری واحدها مستندات ات اعتباربخشی ملی را تهیه نموده و به صورت فایل الکترونیک در دسترس کارکنان قرار می دهد.	سطح سنجه: ۱
گامهای اجرایی / روش ارزیابی		
۱	ایجاد فرمت الکترونیک یکسان خط مشی ها و روشها، روشهای اجرایی، دستورالعمل های مرکز*	بررسی مستندات
۲	رعایت اصول مستندات سازی در مستندات ات اعتباربخشی	بررسی مستندات و مصاحبه و مشاهده
۳	الکترونیکی** بودن تمامی فرمت های خط مشی ها و روشها، روشهای اجرایی و دستورالعمل ها	بررسی مستندات
توضیحات		
* منطبق با فرمت مستندات ات اعتباربخشی معرفی شده سازمان باشد. حداقل الزامات عمومی شامل نام تهیه کننده/ کنندگان و تصویب کننده ، شماره ویرایش و بازنگری کدگذاری شوند.		
** تمامی خط مشی و روش، روشهای 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 میشود.	سطح سنجه: ۱
گام های اجرایی / روش ارزیابی		
۱	تشکیل تیم ارزیابی داخلی اعتباربخشی با محوریت تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستندات
۲	ارزیابی داخلی بر اساس 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**.		

استانداردهای اعتباربخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

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 میتواند این مسئولیت را تفویض نماید اما با توجه به اهمیت نتایج خودارزیابی توصیه نمیشود . توصیه. تعیین افراد پاسخگو برای استانداردهای اعتباربخشی در هریک از محورها و مدیریت و برنامه ریزی تیم مدیریت اجرایی با مشارکت همه اعضای در خود ارزیابی اعتباربخشی توصیه میشود .نتایج ارزیابی داخلی جنبه خود اظهاری داشته و الزاما قابل تعمیم به نتایج نهایی مرکز نخواهد بود.		
سنجه سه	نتایج حاصل از خودارزیابی تحلیل شده و اقدام اصلاحی بر اساس 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 میباشد و روش انجام، افراد دخیل و همچنین نحوه گزارش نتایج به دفتر بهبود کیفیت تعیین میشود. 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.	

۵. محور منابع انسانی

استاندارد ۱		کارکنان بر اساس ضوابط و مقررات مربوط و احراز توانمندی های لازم برای هر یک از مشاغل با چینش مناسب بکارگیری می شوند.
سنجه یک	نیاز سنجی کارکنان بصورت سالیانه انجام می شود.	سطح سنجه ۱:
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		روش ارزیابی
۱	نیازسنجی و برآورد نیروی انسانی مورد نیاز برای تمامی واحدها به تفکیک پایگاههای عملیاتی، دیسپچ و ستاد براساس چارت سازمانی و تشکیلات تفصیلی	بررسی مستندات
۲	ارسال نیاز سنجی به دانشگاه	بررسی مستندات
توضیحات		وجود آخرین نسخه ابلاغ شده کتاب طبقه بندی مشاغل از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به شماره ۱۴۰۰/۰۵/۱۷ مورخ ۲۱۲/۱۲۷۹ 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 مهارتهایی، 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 و 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، مناسبتها، ساعات خاص، فصل، ... در نیازسنجی نیروی انسانی مورد توجه قرار گیرد.
سنجه دو	بکارگیری کارکنان بر اساس توانمندیهای عمومی و اختصاصی تعیین شده برای هریک از مشاغل صورت می پذیرد.	سطح سنجه ۱:

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

گام اجرایی/ملاک ارزشیابی			روش ارزیابی
۱	تدوین فهرست توانمندی های* مورد نیاز 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 در صورت لزوم اجرای برنامه آموزشی در زمینه مهارت ارتباطی مورد نیاز برای کارکنان	بررسی مستندات	
توضیحات			*تدوین فهرست توانمندی های لازم برای انجام وظایف، ضرورتی برای همه مشاغل نیست و مرکز صرفاً درخصوص مشاغلی که علاوه بر شرایط تصدی موجود در کتاب طبقه بندی مشاغل و شرایط احراز و مشاغل (موضوع سنجه ۱) توانمندیهای خاصی مانند گذراندن دوره های آموزشی یا داشتن سوابق اجرایی برای آنها مدنظر است، تدوین می نماید. ارزیابی صلاحیت کارکنان ستادی، دیسپچ و عملیاتی جدیدالورود توسط مسئول آموزش و مسئول واحد براساس سیاستهای آموزشی مدیر مرکز صورت می گیرد. کارکنان جدیدالورود صرفاً تازه استخدام نیستند و تمامی کارکنان عملیاتی و ستادی انتقالی از سایر واحدها و یا شهرستانها نیز بایستی قبل از بکارگیری احراز صلاحیت بشوند. ارزیابی مهارتهای ارتباطی برای کارکنان دیسپچ و پایگاه الزامی است.
سنجه سه	توانمندسازی کارکنان جدیدالورود مطابق با سیاستهای مرکز اجرا می شود.	سطح سنجه:۱	
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی			روش ارزیابی
۱	برگزاری دوره های بدو خدمت بر اساس سیاستهای آموزشی	بررسی مستندات ات و مشاهده	
۲	در صورت عدم احراز مواردی از مهارت های مورد نیاز، اجرای اقدام اصلاحی، ارزیابی مجدد	بررسی مستندات ات و مشاهده	
۳	ارزیابی بر اساس چک لیستهای مهارتی عمومی، اختصاصی و مهارت ارتباط موثر	بررسی مستندات ات و مشاهده	
۴	بکارگیری نیرو پس از احراز صلاحیت	بررسی مستندات ات و مشاهده	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

توضیحات	برنامه آموزشی بدو خدمت کارکنان عملیاتی در معاونت آموزشی تهیه و ابلاغ می گردد. تمامی مراکز موظف هستند نسبت به هماهنگی برنامه های 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، سامانه های عملیاتی نظیر آسایار، کدینگ آمبولانس و مواردی نظیر کار به آمبولانس و تجهیزات و اخلاق و مقررات حرفه ای و موارد قانونی و حقوقی مرتبط، مدیریت بحران و تریاژ و مروری بر سایر مباحث آموزشی به ویژه موارد تهدید کننده حیات(احیا) و مدیریت بیمار ترومایی و اورژانس های شایع است. حضور پرسنل جدید الورد در پایگاه آموزشی طبق ضوابط تعیین شده در آئین نامه 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 Skill Sheet, Log Book ابلاغی ارزیابی شده و پس از تأیید مربی آموزشی می توانند در عملیات حضور یابند. آموزش بدو خدمت و حین خدمت : به منظور توانمند سازی 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 نموده اند، 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) می باشد. 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 بر اساس skill sheet ابلاغی مورد ارزیابی قرار می گیرند. 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 در خصوص نحوه ادامه همکاری با ایشان تصمیم گیری می نماید.		
سنجه چهار	تعداد نیروی انسانی و چیدمان واحد های عملیاتی براساس استانداردهای ابلاغی انجام می شود.	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 ویژگی های افراد در چینش نیروی انسانی در هر شیفت کاری**	بررسی مستندات و مشاهده	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۳	رعایت توازن در چینش***	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات	وجود آخرین نسخه ابلاغ شده کتاب طبقه بندی مشاغل از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به شماره ۱۴۰۰/۰۵/۱۷ د مورخ ۲۱۲/۱۲۷۹ *براساس برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی انجام شده ***منظور از توازن در بکارگیری، رعایت ترکیب رده های شغلی و سابقه افراد و تعداد آنها در برآورد نیروی انسانی بخشهای مختلف با لحاظ حجم سنجی و زمان سنجی های انجام شده در نیازسنجی نیروی انسانی واحدهای مختلف است. در کدهای عملیاتی حداقل یکی از کارکنان می بایست 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 رشته های فوریت های پزشکی، پرستاری، هوشبری و اتاق عمل تحصیلات مرتبط تریاژ تلفنی: پرستار و یا افراد دارای مشکلات جسمانی از رده کد عملیاتی	
سنجه پنج	تعداد نیروی انسانی و چیدمان واحد های <u>ستادی</u> براساس استانداردهای ابلاغی انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
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 طبقه بندی مشاغل از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به شماره ۱۴۰۰/۰۵/۱۷ د مورخ ۲۱۲/۱۲۷۹ براساس برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی انجام شده منظور از توازن در بکارگیری، رعایت ترکیب رده های شغلی و سابقه افراد و تعداد آنها در برآورد نیروی انسانی بخشهای مختلف با لحاظ حجم سنجی و زمان سنجی های انجام شده در نیازسنجی نیروی انسانی واحدهای مختلف است.	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

استاندارد ۲		توانمندسازی کارکنان بر اساس آموزشهای هدفمند، برنامه ریزی و اجرا می شود.
سنجه یک	کتابچه الکترونیکی توجیهی برای آشنا سازی کارکنان عملیاتی، ستادی، اداری و سایر کارکنان جدیدالورود تدوین 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 بامحوریت 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 به صورت فایل الکترونیک	بررسی مستندات
۵	دسترسی و آگاهی کارکنان به کلیه دستورالعمل های مرتبط با حیطه کاری بصورت 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 (ماموریت، چشم انداز، ارزش ها و ..) اهمیت و رعایت موازین منشور حقوق بیمار و رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش نشانی، 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 تماس ها/اعزامات، مقررات داخلی واحد، تجهیزات اختصاصی واحد باشد. کلیه دستورالعمل های مرتبط با حیطه کاری بصورت فایل الکترونیک یا نصب در برد پایگاه موجود باشد.
سنجه دو	برنامه آموزشی سالیانه کارکنان براساس دستورالعمل سازمانی و برنامه توسعه فردی تدوین و ابلاغ می شود.	سطح سنجه: ۱

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

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 دیسپچ در خصوص دوره های مورد نیاز آموزشی	۲
بررسی مستندات	انتخاب اولویت های آموزشی مرکز بر اساس آنالیز نتایج نیازسنجی	۳
بررسی مستندات و مصاحبه	برنامه ریزی جهت اجرای دوره های آموزشی مصوب سازمان و اورژانس مربوطه	۴
بررسی مستندات	برآورد بودجه آموزشی مورد نیاز برنامه آموزشی سالیانه کارکنان	۵
بررسی مستندات	تامین 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 دوره های آموزشی و نتایج آزمون ها	۸
توضیحات سازمان اورژانس برنامه های آموزشی مصوب فصلی را برای سال آتی مشخص و ابلاغ می نماید که اجرای آن در اولویت برنامه های مراکز می بایست قرار گیرد. نیازسنجی آموزشی کارکنان حداقل شامل موارد ذیل است: نیازسنجی بر مبنای توسعه فردی کارکنان ۲- نیازسنجی بر اساس شرح وظایف مصوب ۳- نیازسنجی بر اساس نتایج ارزیابی عملکرد کارکنان ۴- نیازسنجی بر اساس نیازهای آتی سازمان ۵- نیازسنجی بر اساس 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 می شود تمامی فرم ها به صورت الکترونیک تکمیل، تایید و ارسال شود. برنامه توسعه فردی و یا توسعه شغلی و حرفه ای یک فرایند مستمر درخصوص ارزیابی نیازهای آموزشی هر فرد و برنامه ریزی برای رفع این نیازها است. براساس برنامه توسعه فردی هریک از کارکنان، بایستی در حیطه های 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 می گیرد که توسط مسئول واحد/ پایگاه به مقامات مافوق اعلام میشود. نحوه شناسایی برنامه های آموزشی به نحوی است که کارکنان وضع مطلوب و وضع موجود را مقایسه، و فاصله خود را با مهارتها و قابلیت هایی که برای موفقیت در آینده در انجام وظایف محوله باید داشته باشند، تعیین میکنند.		

با توجه به نتایج نیاز سنجی های مراکز اولویت های آموزشی سالانه توسط معاونت آموزش اورژانس کشور پس از انجام نیاز سنجی به تمامی مراکز ابلاغ می گردد و تمامی مراکز موظف هستند نسبت به هماهنگی برنامه های آموزشی شغلی حین خدمت کارکنان عملیاتی اقدام نمایند. تدوین برنامه سالانه بازآموزی ها بر اساس اولویت های ملی و دانشگاهی صورت گرفته و برنامه در اداره آموزش مرکز موجود باشد و در این زمینه اطلاع رسانی کافی به تمامی پایگاهها و پرسنل عملیاتی و دیسپچ 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 می رود دوره های آموزشی ارتقا دهنده نقاط قابل بهبود کارکنان که در فرآیند ارزشیابی کارکنان شناسایی شده اند در برنامه ریزی آموزشی لحاظ شود.

نکات قابل توجه:

تمامی دوره های برگزار شده باید دارای پیش آزمون و پس آزمون باشند و آنالیز مقایسه ای نتایج هر دو آزمون انجام شده و مستندات آن موجود باشد. دسترسی برای حضور در دوره ها برای تمامی پرسنل عملیاتی و دیسپچ فراهم باشد و گواهی پایان دوره بر اساس نمره اکتسابی در کارنامه آموزشی کارکنان ثبت گردد. به منظور تدریس مباحث علمی و تخصصی از متخصصین هر رشته دعوت بعمل آمده و از تدریس توسط افرادی که در زمینه مورد نظر دارای دانش کافی یا تجربه نیستند خودداری گردد.

به منظور استاندارد سازی دوره های آموزشی مناسب سازی فضای فیزیکی به لحاظ ابعاد، سرمایش و گرمایش، پذیرایی و ... صورت گیرد و فرم های نظر سنجی که شامل موارد ذیل در اختیار شرکت کنندگان قرار گیرد.

دوره های ابلاغی PHTM ، PHBS- PHCLS احیای قلبی ریوی و کنترل عفونت، رانندگی تهاجمی، مهارتهای ارتباطی رعایت گیرنده خدمت و ...).

نکات مورد توجه در برگزاری دوره های ابلاغی:

دستور العمل برگزاری دوره و آئین نامه های مربوطه توسط سازمان به مراکز ارسال می گردد. مراکز موظف هستند یک نفر کارشناس حوزه آموزش به عنوان هماهنگ کننده دوره مشخص نمایند. فرایند برگزاری دوره های تخصصی با نظارت ناظرین ستاد یا نمایندگان ایشان در مراکز صورت می گیرد. در خصوص دوره ACLS ، PHTM برگزاری کارگاه به صورت مهارتی و بر اساس سناریو ها از الزامات بوده و در غیر این صورت دوره از درجه اعتبار ساقط است. تمامی فایل های آموزشی و فرایندهای اجرا توسط سازمان به مراکز ابلاغ می گردد. مراکزی که برای اولین بار اقدام به برگزاری کارگاه می نمایند، قبل از برگزاری، با سازمان مکاتبه نموده و با ناظر سازمان جهت حضور و ارزیابی دوره هماهنگ می نمایند در صورت تائید ناظر سازمان مراکز می توانند به طور مستقل نسبت به برگزاری کارگاه اقدام نمایند. یکی از نکات بسیار مهم حفظ امنیت سوالات و سناریو های آزمون ها است که در هر دوره توسط ناظر برای کارشناس آموزش مرکز بیان می گردد.

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

<u>الزامات :</u> ۱. برای دوره ACLS یک سالن کنفرانس با ظرفیت ۳۰ نفر و ۳ کارگاه مجزا با تجهیزات آموزشی لازم مورد نیاز است. ۲. محتوای آموزشی ACLS توسط سازمان ابلاغ گردیده است. ۳. تعداد شرکت کنندگان در کارگاه ACLS ۱۲ نفر است ۴. کارگاه ACLS به ۳ مدرس دارای گواهینامه معتبر نیاز دارد. ۵. برای دوره PHTM به یک سالن ۵۰ نفره و ۴ کارگاه مجزا و همراه با تجهیزات نیاز است. ۶. تعداد شرکت کنندگان در دوره PHTM حداکثر ۲۴ نفر است. ۷. کارگاه PHTM به ۴ مدرس دارای گواهینامه معتبر نیاز دارد. مستندات دوره حداقل به مدت ۶ ماه در مرکز مدیریت نگه داری می شود.		
سنجه سه	اثربخشی برنامه های آموزشی در حیطه آگاهی و مهارت، ارزیابی و بر اساس نتایج آن اقدامات اصلاحی مؤثر برنامه ریزی و اجرا می شوند.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	تعیین شاخصهای اثربخشی آموزشی بر مبنای اهداف آموزشی در حیطه های دانش و مهارت	بررسی مستندات
۲	ارزیابی دوره های آموزشی در حیطه دانش با انجام پیش آزمون و پس آزمون و بر اساس شاخصهای اثربخشی آموزشی	بررسی مستندات
۳	ارزیابی دوره های آموزشی در حیطه مهارت با بررسی مهارتهای عملی آموخته شده و بر اساس شاخصهای اثربخشی آموزشی	بررسی مستندات
۴	طراحی اقدام اصلاحی براساس نتایج ارزیابی اثربخشی دوره های آموزشی برگزار شده	بررسی مستندات
توضیحات	شاخص های اثربخشی آموزشی بر مبنای اهداف آموزشی در حیطه های دانش، مهارت و نگرش تعیین می شوند. انتخاب این شاخص ها متناسب با انتظارات از فراگیران صورت می پذیرد. مثال :سنجش اثربخشی دوره آموزشی احیای قلبی -ریوی در این نمونه شاخص ها بایستی در هر سه حیطه آگاهی به مبانی تئوری، مهارت بکارگیری آموخته ها و بهبود اولویت بندی 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 پیش آزمون و پس آزمون میزان ارتقای مهارت بکارگیری آموخته ها با روش ارزیابی میدانی رعایت توالی و اصول فنی در عرصه عمل (واقعی و مجازی)	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

بهبود اولویت بندی و کیفیت که معمولاً نتایج عملکردی ارزیابی میشود: درصد احیای قلبی - ریوی موفق در صورت عدم تحقق نتایج مورد انتظار در بهبود شاخص های اثربخشی دوره های آموزشی در هریک از حیطه های شناخت لازم است نسبت به تکرار یا تکمیل برنامه های آموزشی اقدام شود. مفهوم آموزش الزاماً معادل یادگیری نیست، در واقع تغییر رفتار پس از آموزش اثربخش، یادگیری تلقی می شود. تغییر رفتار بایستی در سه حیطه شناخت دانشی، مهارتی و نگرشی رخ بدهد تا منجر به یادگیری پایدار بشود. روش های متعدد و معتبری برای ارزیابی اثربخشی آموزشی وجود دارد. از روش های سنتی مانند مدل هدف مدار تایلر تا روش ادیورنه، مدل کرک پاتریک، سالیوان و چندین مدل دیگر که تاثیر گذاری آموزش را در یک تا سه حیطه شناخت دانشی، مهارتی و نگرشی ارزیابی می کنند. آگاهی قبل و بعد آموزش، اثرات تاخیری آموزش، تغییر رفتار، تغییر عملکرد و بهبود نتیجه کامل ترین 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 شرکت کنندگان - سرمایش و گرمایش مناسب - دسترسی مناسب کلاس برای فراگیران وضعیت پذیرایی: کیفیت و کمیت آن - بهداشت فردی شرایط عمومی: پاسخگویی مناسب مجریان - اطلاع رسانی در خصوص برنامه و چگونگی اجرای آن - دسترسی به ابزار نوشتاری جهت فراگیران		
سنجه چهار	کنگره ها و همایش های علمی اطلاع رسانی شده و از حضور کارکنان در دوره های بازآموزی و آموزش مداوم حمایت می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	اطلاع رسانی درخصوص برگزاری کنگره ها و همایشهای علمی	روش ارزیابی بررسی مستندات و مصاحبه
۲	حمایت و مساعدت درخصوص شرکت پزشکان در دوره های بازآموزی و آموزش مداوم	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	حمایت و مساعدت درخصوص شرکت کارکنان عملیاتی در دوره های بازآموزی و آموزش مداوم	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	حمایت و مساعدت درخصوص شرکت کارکنان ستادی در دوره های بازآموزی و آموزش مداوم	بررسی مستندات و مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

توضیحات	اطلاع رسانی کنگره ها و همایشهای علمی به پزشکان و کارکنان می تواند از طرق زیر انجام شود : نصب پوسترها یا فراخوانهای ارسال مقالات و برگزاری کنگره ها و همایشهای علمی در معرض دید پزشکان و کارکنان اطلاع رسانی فراخوانهای ارسال مقالات و برگزاری کنگره ها و همایشهای علمی از طریق سایت مرکز اطلاع رسانی فراخوانهای ارسال مقالات و برگزاری کنگره ها و همایشهای علمی از طریق مکاتبات اداری مساعدت مرکز در شرکت نمودن پزشکان و کارکنان در دوره های بازآموزی و آموزش مداوم میتواند از طریق موافقت حضور کارکنان در ساعات کاری، تخصیص حق الزحمه، اعطا ماموریت آموزشی و سایر سیاستهای تشویقی برنامه ریزی شود.	
سنجه پنج	جانشین پروری و انتقال تجربیات و اطلاعات بین کارکنان، برنامه ریزی و بر اساس آن اقدام میشود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	برنامه ریزی درخصوص شناسایی و پیش بینی احتمالات خروج کارکنان از واحدها	بررسی مستندات ات
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 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 تایید است. توصیه،ایجاد بانک اطلاعات کارکنان و مدیران در مرکز اورژانس و فوریتهای پزشکی، تدوین فلوچارت/فرآیند جانشین پروری و انتخاب جانشین برای مسئولان درمرکز فوریت، تدوین دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس توسط تیم مدیریت مرکز فوریتهای پیش بیمارستانی	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

ارزشیابی و نظارت بر عملکرد کارکنان در مسیر ارتقاء و توسعه، برنامه ریزی و مدیریت می شود.		استاندارد ۳
سطح سنجه: ۱	ارزشیابی سالیانه کارکنان انجام و نتایج آن در طراحی برنامه آموزشی و ارتقا شغلی کارکنان استفاده می شوند.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات	دسترسی به دستورالعمل ارزشیابی کارکنان	۱
بررسی مستندات و مصاحبه	اطلاع رسانی و دسترسی به فرم ارزشیابی سالانه برای تمامی رده های شغلی بر اساس شرح وظیفه	۲
بررسی مستندات	شروع فرایند ارزشیابی سالانه با خود ارزیابی افراد و تکمیل جدول مربوطه در فرم ارزیابی	۳
بررسی مستندات	تهیه فهرستی از نقاط قابل بهبود کارکنان در هریک از بخشها / واحدها	۴
بررسی مستندات	استفاده از نتایج ارزشیابی در روند ارتقا کارکنان	۵
بررسی مستندات و مشاهده	استفاده از نتایج ارزشیابی در برنامه ریزی آموزشی	۶
انتظار می رود دوره های آموزشی ارتقاء دهنده نقاط قابل بهبود کارکنان که در فرایند ارزشیابی کارکنان شناسایی شده اند در برنامه ریزی آموزشی لحاظ شود.		توضیحات
سطح سنجه: ۱	شایستگی کارکنان بر اساس معیارهای معین ارزیابی شده و نتایج آن مال ارتقای شغلی کارکنان است.	سنجه دو
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات و مشاهده	مشخص بودن روند ارتقای شغلی در رده های شغلی مختلف در مقررات داخلی مرکز	۱
بررسی مستندات و مشاهده و مصاحبه	آگاهی کارکنان از ضوابط و روند ارتقای شغلی خود	۲
بررسی مستندات	ارتقای شغلی کارکنان مطابق ضوابط ابلاغی طرح رتبه بندی و احکام کارگزینی مربوط	۳
بررسی مستندات	انتصاب مدیران و مسئولان بخشها/واحدها متناسب با شایستگی های دانشی، مهارتی و تجربه افراد و شواهد عملکردی آنان طبق طرح رتبه بندی	۴

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۵	داشتن حسن شهرت و نداشتن سو سابقه در زمینه اخلاق حرفه ایی شرط لازم برای انتصاب های مدیریتی	مصاحبه
سنجه سه	کنترل های انضباطی بر اساس ارزیابی مستمر کارکنان برنامه ریزی 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 برخورد های انضباطی با متخلفین احتمالی	بررسی مستندات و مشاهده
۲	معرفی کارکنان ستادی/ عملیاتی به هیات های رسیدگی به تخلفات کارکنان	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات		
در ساختار اجرایی دانشگاه های علوم پزشکی حوزه های رسمی رسیدگی به تخلفات اداری تعریف شده و هدف از این استاندارد بررسی و اتخاذ تصمیمات انضباطی برای متخلفین احتمالی است که به هیات های رسیدگی به تخلفات معرفی نمی شوند یا لازم است تا زمان صدور رای نهایی مراجع ذیربط تصمیماتی در مورد آنها اخذ شود.		
سنجه چهار	کارکنان نمونه، بر اساس عوامل کلیدی معین و مؤثر بر کیفیت کار، شناسایی شده و مورد تشویق قرار میگیرند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	تعیین ملاک های 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 ایی 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 میرود هر مرکز پیش بیمارستانی به صورت داخلی اقدام نماید.		

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

استاندارد ۴		برای حمایت از کارکنان برنامه های مدون داشته و بر اساس آن عمل می نماید.
سنجه یک	برای کارکنان پرونده پرسنلی تشکیل شده است.	
	سطح سنجه: ۱	روش ارزیابی
۱	وجود پرونده اداری پرسنل	بررسی مستندات
۲	وجود پرونده سلامت شغلی*	بررسی مستندات
۳	وجود پرونده آموزشی	بررسی مستندات
توضیحات	* بر اساس دستور العمل شماره ۳۰۰/۵۳۱۲ ابلاغی وزارت بهداشت به استناد قوانین بالادستی: ماده ۹۲ قانون کار در خصوص 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 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	روش ارزیابی
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 برگه شمار نمودن و جداسازی اوراق پرونده های پرسنلی	بررسی مستندات
۴	وجود پرونده پرسنلی کاغذی / الکترونیک برای کارکنان بخشها و واحدهای برون سپاری شده	بررسی مستندات
توضیحات	فهرست اوراق پرونده در قسمت داخلی جلد پرونده نصب گردد و صفحات شماره گذاری و با جدا کننده از هم جدا شود . فرم قرارداد کارکنان قراردادی و شرکتی و در بخشهای غیر دولتی، دارای امضای کارفرما و پیمانکار باشد. فرم ارزشیابی	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

کارکنان مبتنی بر مدت قرارداد تکمیل و با امضای ارزشیابی کننده و ارزشیابی شونده رسیده باشد. به منظور حفظ محرمانگی، محل نگهداری مستندات مربوط به موارد سو رفتار حرفه ایی 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، تاییدیه تحصیلی و سایر موارد توسط مسئول واحد منابع انسانی و تایید مدیر مرکز و استخراج برگه های غیر جاری و غیر ضروری و انتقال آنها به بایگانی راکد در محیطی امن و ایمن توصیه می شود.	
سنجه سه	رضایت کارکنان بر اساس دستورالعمل ابلاغی حداقل بصورت سالیانه ارزیابی و بر اساس نتایج آن، اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر اجرا و ثبت می شود.
روش ارزیابی	گام اجرایی/ ملاک ارزشیابی
۱	انجام رضایت سنجی سالیانه کارکنان مطابق با آخرین ابلاغیه سازمان
۲	تحلیل نتایج حاصل از رضایت سنجی کارکنان توسط واحد منابع انسانی و بهبود کیفیت
۳	ثبت در سامانه سازمان اورژانس کشور
۴	ارائه نتایج تحلیلی رضایت سنجی کارکنان به تیم مدیریت
۵	برنامه ریزی و اجرای اقدام اصلاحی
۶	نظارت بر اثربخشی اقدام اصلاحی توسط بهبود کیفیت
توضیحات	مطابق با دستورالعمل ابلاغی شماره ۱۱۵/۳۷۳۴ د مورخ ۹۹/۰۶/۲۳ لازم است ضمن مقایسه نتایج رضایت کارکنان با دوره های قبلی، راهکارهای بهبود موضوعات مرتبط و یا پیش بینی برنامه های 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 وجاهت شغلی، رعایت اصول اخلاقی از سوی

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

تیم مدیریت و توجه بیشتر به ارزشهای انسانی و اجتماعی کارکنان و حذف هر گونه تبعیض و بی عدالتی، در افزایش انگیزه و رضایت کارکنان قائل هستند. این امر مهم نیازمند حضور موثر رهبری است.		
سنجه چهار	سازماندهی و تامین منابع جهت پیشگیری و کنترل بحران های روان شناختی ایجاد و تدوین می گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	تعیین و ابلاغ کارشناس یا متخصص سلامت روان در مرکز بعنوان مسئول سلامت روان مرکز	روش ارزیابی 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 استرس زای حاد	بررسی مستندات
۳	پیش بینی منابع و امکانات لازم جهت ارائه خدمات روانشناختی	بررسی مستندات مشاهده
۴	برگزاری دوره های آموزشی مرتبط با سلامت روان با رویکرد پیشگیری از آسیب های روانی*	بررسی مستندات
۵	ارائه خدمات مشاوره ای و مداخلات درمانی لازم در صورت نیاز	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	بر اساس دستورالعمل اجرایی خدمات پایه سلامت روان کارکنان اورژانس پیش بیمارستانی	
سنجه پنج	شرایط انجام بیمه حوادث شغلی و مسئولیت مدنی کارکنان درخصوص 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

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

توضیحات		پیشنهاد می شود:
- تامین پوشش بیمه ای 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 نمیشد - 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 برنامه ریزی نمایند و در این میان بهره جستن از دانش و تجربه اداره حقوقی دانشگاه توصیه میشود.		
سنجه شش	امکانات رفاهی بر اساس شاخصهای مبتنی بر شواهد عینی و ضوابط مربوط، به کارکنان تعلق می گیرد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
روش ارزیابی		
۱	پیش بینی امکانات رفاهی، برنامه های فرهنگی آموزشی/ تفریحی برای کارکنان	بررسی مستندات و مشاهده
۲	توزیع عادلانه امکانات رفاهی و فرهنگی براساس ملاک های عملکردی معین	بررسی مستندات و مشاهده
۳	تهیه فهرستی از امکانات رفاهی از پایگاه ها و دیسپچ مطابق با دستورالعمل	بررسی مستندات
۴	وجود امکانات رفاهی و ورزشی مطابق با دستورالعمل	مشاهده
توضیحات		پیش بینی امکانات فوق برنامه ای 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 برنامه ها در ارزیابی مرکز تاثیری 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 اطلاع رسانی عمومی و استفاده از امکانات رفاهی براساس ضوابط مشخص، برنامه های فرهنگی آموزشی و تفریحی مرکز است. تعیین ملاک های عملکردی برای استفاده کارکنان از امکانات رفاهی، برنامه های فرهنگی آموزشی و تفریحی مانند پیشنهادات موثر، رضایتمندی و سایر ملاک های مدنظر مدیران ارشد است.
		امکانات ورزشی مطابق با ابلاغ به شماره ۴۰۱/۲۰۸۳/د مورخ ۱۳۹۶/۰۸/۱۳

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

استاندارد ۵		بهبود شرایط و سالم سازی محیط کار، برنامه ریزی شده و بر اساس 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 ارزشیابی		
۱	تشکیل پرونده سلامت شغلی و ثبت در سامانه	بررسی مستندات
۲	ارزیابی سلامت شغلی و معاینات پزشکی در زمان بدو بکارگیری	بررسی مستندات
۳	ارزیابی سلامت شغلی و معاینات پزشکی دوره ای بطور 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 بطور سالیانه و در موارد مورد نیاز	بررسی مستندات و مصاحبه
۷	ایمن سازی (واکسیناسیون) کارکنان بر اساس 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 در اورژانس پیش بیمارستانی شماره ۴۰۱/۳۴۶۹۲ د مورخ ۹۵/۱۱/۱۶ - شماره ۴۰۱/۲۳۶۵۱ د مورخ ۹۵/۰۸/۰۹	
سنجه دو	بیماریهای شغلی شناسایی شده با حمایت مرکز مدیریت می شوند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	شناسایی بیماریهای شغلی بر اساس سوابق معاینات شغلی کارکنان	بررسی مستندات
۲	تدوین و اجرای برنامه آموزشی در خصوص بیماریهای شغلی و روشهای پیشگیری 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 بیماریهای شغلی پایدار یا تاثیر گذار بر سلامتی	بررسی مستندات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۵	انجام اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه/تدوین برنامه بهبود با اولویت بخشهای با شیوع بالای بیماریها و اختلالات شغلی	بررسی مستندات
توضیحات	نامه شماره ۱۸۱۳/۱۱۵ 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 میشوند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
روش ارزیابی		
۱	بررسی میزان شیوع آسیبهای اسکلتی-عضلانی شاغلین و ایستگاههای بخشهای مختلف	بررسی مستندات
۲	تعیین ریسک فاکتورهای ارگونومیک بالا در دیسپیچ 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 دیسپیچ، وضعیت نامطلوب بدنی، وارد شدن فشار بیش از حد بر روی اندام بویژه سالم و مناسب بودن برانکاردر، فقدان تناسب جسمانی و روانی میان انسان و کار، هل دادن و بلند کردن،کشیدن و حمل بار و ابزار نامناسب ایستگاهها و وضعیتهای کاری هستند. شیوع آسیبهای اسکلتی عضلانی شاغلین در مشاغل دارای ریسک فاکتورهای ارگونومیک شامل تمامی بخشهای اداری، بر اساس بازدیدهای میدانی مستمر و مستندات از بخشهای مختلف انجام میشود. اقدامات اصلاحی برای کنترل عوامل زیان آور ارگونومیک مانند اصلاح کابین دیسپیچ، اصلاح پوسچر مناسب براساس اولویت بندی انجام شده صورت میپذیرد. <u>مواردی از اقدامات کارشناس بهداشت حرفه ای در راستای پیاده سازی این استاندارد:</u> • شناسایی و ارزیابی ریسک فاکتورهای ارگونومیک مشاغل مختلف ستادی و عملیاتی (علاوه بر ستاد و عملیات، واحدهای انبار، تاسیسات، تعمیرگاه و ...)، به روشهای متداول • بازدیدهای میدانی بصورت مستمر از بخشهای مختلف توسط کارشناس بهداشت حرفه ای در خصوص بررسی عوامل زیان آور ارگونومیک • ارائه گزارش نواقص در زمینه عوامل ارگونومیک موجود بر اساس بازدیدهای انجام شده و ارزیابی های کمی در واحدها به کمیته اجرایی • حداقل یک بار بررسی شیوع اختلالات اسکلتی عضلانی شاغلین واحدهای مختلف	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

• اولویت بندی ریسک فاکتورهای موجود بر اساس ارزیابی های انجام شده • آموزش کارکنان در خصوص نحوه پیشگیری 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 اثر بخشی 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 بخشهای 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 حرفه ای و پیشنهاد در خصوص 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 اندازه گیری مجدد اقدام شود. • آیین نامه حفاظتی حمل بار دستی به شماره ۱۰۰/۶۶۶ مورخ ۹/۵/۱۱		
سنجه چهار	حوادث شغلی کارکنان با حمایت مرکز پیشگیری، کنترل و مدیریت می شوند .	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	آموزش کارکنان در خصوص 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 در خصوص 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 پیش بیمارستانی شماره ۴۰۱/۳۴۶۹۲ د مورخ ۹۵/۱۱/۱۶ - شماره ۴۰۱/۲۳۶۵۱ د مورخ ۹۵/۰۸/۰۹ و پیشگیری از حوادث آمبولانسی شماره تدوین و اطلاع رسانی کتابچه درس آموزی و پیشگیری از حوادث توصیه میشود. کارکنان پیش بیمارستانی 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 صحنه ها 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 بی توجهی به احتمال تماس با خون و سایر مواد و ترشحات بالقوه عفونی و خطرناک بودن اینگونه مواجهه ها. آگاهی کم از احتمال در معرض قرار گرفتن با بیماری مسری در برخی از بیماران با علائم و نشانه های خطر و به عبارت دیگر بی توجهی به تریاژ سندرمی که بر اساس علائم و شکایات و نشانه های 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 جمع آوری و تفکیک وسایل تیز و برنده و دفع صحیح زباله مهارت کم و نداشتن وسایل حفاظت فردی مناسب در اقدامات پرخطری مثل باز کردن راه وریدی برای تزریقات، باندپیچی، باز کردن راه هوایی، انتوباسیون، ساکشن، کنترل خونریزی، ... آگاهی کم یا عدم تحمل یا پذیرش در اجرای احتیاطات استاندارد و احتیاطها بر اساس راه انتقال بیماری. آگاهی کم از موارد انجام ضدعفونی و رعایت بهداشت دست با استفاده از محلولهای ضدعفونی کننده یا شستشوی دستها با آب و صابون. استفاده از وسایل و تجهیزات معیوب، ناقص و نامناسب. فقدان ایمن سازی پیشگیرانه، نقص در آلودگی زدایی وسایل و سطوح کار، نور کم محیط کار، خطرات در محیط کار مثل آتش سوزی، تصادفات، تماس با بیمارانی که به میزان زیادی دارای خونریزی هستند. عدم آگاهی دیسپچ در واگذاری فوریت در پیک فوریتهای 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 به منظور 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 تایید نمایند.
---------	---

۶. محور ارتباطات

منابع لازم برای ارائه خدمت در واحد ارتباطات در دسترس و آماده بکار 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 ارزشیابی	
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 بدلیل اهمیت و کلیدی بودن مسئولیتها در برقراری ارتباط بین خدمت گیرنده و ارائه دهنده خدمت لازم است از زیر ساختها و ساختار فیزیکی مطلوب جهت تداوم خدمت برخوردار باشند. //مشاهده زیرساختهای اولیه شامل: تامین آب و برق عادی و اضطراری (ژنراتور و UPS) می باشد. //مشاهده 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. 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 می شود. استقامت ساختمان دیسپچ در برابر حوادث و بلایای طبیعی: مقاوم سازی در ۵ سال اخیر صورت گرفته، ساختمان ضد زلزله می باشد، قدمت ساختمان ده سال به بالا می باشد نوع مالکیت ساختمان: استجاری، ملکی، دانشگاهی، سایر تابلو سر در وجود داشته باشد فضایی جهت skill lab آموزشی در دیسپچ توصیه می شود. فضای مناسب جهت استقرار سرور شبکه و تجهیزات جانبی		توضیحات

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 شاخص های ابلاغی منابع انسانی وزارت بهداشت) فضای مناسب جهت استیشن های پرسنل تریاژ تلفنی، پذیرش، واحد اعزام و هدایت و راهبری آمبولانس و پزشکان ۱۰۵۰ به گونه ایی طراحی شود که استیشن ها با رعایت فاصله مناسب از یکدیگر قرار گرفته باشند تا سایر شاخص ها از جمله جلوگیری از آلودگی صدا، خستگی کارکنان، عدم تمرکز و محقق گردد. / متراژ سازه • ۲۵۰۰۰۰ جمعیت تحت پوشش نفر=۴۰متر • ۵۰۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش =۵۰متر • ۷۵۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش =۶۰متر • ۷۵۰۰۰۰ نفر تا ۱۰۰۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش =۷۰متر • ۱۰۰۰۰۰۰ تا ۳۰۰۰۰۰۰ جمعیت تحت پوشش =۱۰۰متر • ۳۰۰۰۰۰۰ متر جمعیت تحت پوشش =۲۰۰متر وجود ساختار پشتیبان یا back up (ساختمانی که اضافه بر ساختار مرکز بوده و بتواند در زمان بحران قابلیت افزایش ظرفیت را داشته باشد). //مشاهده وجود ساختار جایگزین: سازه ایی ثابت یا سیار بوده که در صورت تخریب ساختمان اصلی با دارا بودن تجهیزات کامل به سرعت جایگزین شود. //مشاهده وجود دیسپچ سیار خودرویی //مشاهده جانمایی استیشن سوپروایزر بخش تریاژ تلفنی در مجاورت استیشن مسئول شیفت از واحد اعزام و راهبری آمبولانس در راستای تسهیل ارتباطات //مشاهده تعداد استیشن های موجود در دیسپچ ۲۰ درصد بیشتر از تعداد افراد حاضر در شیفت باشد تا در مواقع بحران استیشن های پشتیبان راه اندازی و استفاده گردند. //مشاهده در صورت امکان و وجود فضای کافی، ترجیحا استیشن های پشتیبان همه اجزا در یک طبقه یا طبقات مجاور هم باشند. //مشاهده محل استقرار مسئول شیفت مشرف بر تمامی واحدها باشد //مشاهده وجود فضای گردش و تردد در ابعاد مناسب از قبیل راهروها در واحد دیسپچ (این فضا طوری طراحی گردد که صندلی ها 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) //مشاهده رعایت پارتیشن بندی بین واحدها و عدم وجود دیوار به دلیل لزوم تسهیل ارتباطی بین اجزا //مشاهده ارتفاع پارتیشن ۱/۵ متر باشد //مشاهده رعایت شرایط آکوستیک شامل:	
--	--

صدا جهت واحدهای تریاژ تلفنی، اعزام و راهبری آمبولانس، پذیرش و مشاوره پزشکی و استفاده از تایل های آکوستیک صدا بر روی سقف، کف، دیوار ها و پارتیشن //مشاهده

عدم استفاده از کف سرامیکی و اشیا براق و همچنین شیشه بین کانترها //مشاهده

استفاده از وسایل چوبی یا MDF به جای شیشه و فلز //مشاهده

ارتفاع سقف واحدهای دیسپچ نباید کمتر از ۳ متر باشد. //مشاهده

از نور های مهتابی و خورشیدی به طور 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 و یا از پرده و نورگیر استفاده شود. //مشاهده

تأسیسات: آسانسور(در صورت طبقاتی بودن)، آب گرم و سرد، تهویه گرم و سرد، تأسیسات گرمایشی و سرمایشی-مجهز به سیستم اطفای حریق هوشمند //مشاهده

وجود انشعابات استاندارد شهری (آب، برق، گاز و تلفن) //مشاهده

تجهیزات رفاهی شامل: وسایل گرمایشی و سرمایشی، تهویه مناسب و تامین کافی هوای تازه متناسب ابعاد سالن، اینترنت و تلفن جهت اتاق استراحت پرسنل، تخت، تشک، روتختی، ملحفه، بالش، پتو، کمد لباس، مایکروفر، یخچال، تلویزیون، میز تلویزیون، ماشین لباسشویی، اتو بخار، اجاق گاز، آب سرد 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 به اندازه ایی بزرگ باشد که جای کافی برای تمامی اشیا 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، به صورتی که گودی کمر را در بگیرد و پشتی از نظر افقی و عمودی تراز باشد-صندلی چرخان باشد-دارای پایه ایی 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 داری قابلیت تنظیم زاویه-اسکتر-وایت برد-فکس-پرینتر-اسپیکر-دستگاه کپی-لپ تاپ و مانیتورهای با سایز بزرگ (ترجیحا سایز ۶۰) و تعداد کافی جهت پایش عملیات با قابلیت دید توسط تمامی پرسنل حاضر در شیفت، دفتر ثبت تجربه، وایت برد

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه دو	تجهیزات ارتباطی برای عملکرد واحد ارتباطات/مرکز پیام موجود و آماده به کار می باشد.	سطح سنجه : ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	وجود تجهیزات ارتباطی استاندارد	مشاهده
۲	آماده بکار بودن تجهیزات ارتباطی	مشاهده
۳	آشنایی کاربران با تجهیزات ارتباطی	مصاحبه
۴	ایجاد امکانات جهت ردیابی آمبولانس ها	مشاهده و بررسی مستندات
توضیحات	تجهیزات ارتباطی شامل: اتوماسیون عملیاتی اورژانس(آسیار با قابلیت راهبری، نظارت سیستم بر عملکرد پرسنل، پاسخگویی به تماس های معلولین، ژئوفنس، ارتباط با نقشه ها(مثل نشان و بلد)، مانیتورینگ پشت خطی ها، گزارش دهی از تمام بخش های مأموریت ها، وجود داشبورد، تلفن دیجیتال- تلفن ثابت به همراه ID CALLER -اینترنت-بیسیم-هدست با قابلیت تغییر ولوم و حذف صداها محیط- دستگاه ضبط مکالمات-خطوط هات لاین- سیم کارت معتبر داخلی (استفاده از سیم کارتهای APN جهت مدیریت ارتباطات در بحران ها) نرم افزارهای مسیریابی GPS -GIS، سرویس تلفن ثابت، همراه و ماهواره ای، وجود نقشه حوزه سرزمینی:نرم افزار، 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 روش ها) زیر ساخت بستر ارتباطی : اینترنت(آنالوگ سیم مسی، فیبر نوری)، خطوط اتصال(خطوط E1، SIP TRUNK)، ارتباط رادیویی نقطه به نقطه، سرویس مبتنی بر سیم کارت های اپراتور تلفن همراه تجهیزات رادیویی: بی سیم، دکل، کابل کشی، تعداد کانال، شبکه بی سیم، ارتباط مکمل، چاه ارت، تکرار کننده ها بهره مندی از سامانه مکان یاب گوشی های اتوماسیون در واحد ارتباطات	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه سه	اقدامات ایمنی و امنیت برای واحد ارتباطات برنامه ریزی و اجرا می شود.	سطح سنجه : ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	وجود امکانات امنیتی	مشاهده
۲	سیستم هوشمند دسترسی به سامانه	مشاهده
۳	امکان ضبط مکالمات (تماس ها)	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 // مشاهده سیستم ضبط مکالمات (CALL CENTER) و آرشو گیری 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) استفاده از نرم افزار های کاربردی مناسب (بدون مشکل) به عنوان اتوماسیون و گزارش گیر تأمین امنیت شبکه: آنتی ویروس به روز بستر امنیتی مناسب	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه چهار	تامین منابع انسانی در اداره ارتباطات منطبق با استاندارد	سطح سنجه ۱:
	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	تعداد نیرو بکارگرفته شده مطابق با دستورالعمل ابلاغی	بررسی مستندات
۲	بکارگیری کارکنان مطابق با شرایط احراز در واحدهای مختلف اداره ارتباطات	بررسی مستندات
۳	چینش مناسب نیرو	بررسی مستندات او مصاحبه
توضیحات	براساس نامه شماره ۲۱۲/۹۵۹/د تاریخ ۱۳۹۸/۰۵/۰۸، مشخص شدن تعداد نیرو مناسب بر حسب جمعیت تحت پوشش هر دانشگاه استاندارد تعریف می گردد. به صورتیکه جهت هر یک میلیون نفر ۳ نفر پرستار تریاژ، ۲ نفر اعزام و هدایت آمبولانس و ۱ پزشک ۵۰-۱۰۰ در هر شیفت نیاز می باشد. ساعت کاری واحد تریاژ تلفنی (۱۱۵) براساس کارسنجی های صورت گرفته: در شرایط معمول ساعات کاری کارشناسان پرستاری طوری طراحی شود که کارشناسان ترجیحا بعد از یک ساعت کار استراحت داشته باشند. در شرایط شلوغی و بالا بودن تعداد پشت خطی ها، 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 می گردد. ساختار و تشکیلات در دیسپچ: • رئیس اداره ارتباطات (حداقل کارشناسی مرتبط با چارت ابلاغی) • مسوول 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) • واحد خدمات	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

دوره های 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) مهارت ها: مهارت های رفتاری و ارتباطی-مدیریت زمان-مدیریت بحران-آشنایی کامل با اتوماسیون عملیاتی-شهرشناسی-مهارت انجام ارزیابی اولیه و سریع بیمار-مدیریت استرس در شیفت بندی پرسنل به این نکته توجه شود که در هر شیفت حداقل یک نفر با تسلط نسبی به زبان انگلیسی وجود داشته باشد.	
استاندارد ۲ دستورالعمل ها/ فرآیندهای اداره ارتباطات ابلاغ و اجرا می شود.	
سنجه یک	برنامه ها و دستورالعمل های تریاژ تلفنی ابلاغ و اجرا می شود.
	سطح سنجه ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی روش ارزیابی	
۱	در دسترس بودن دستورالعمل تریاژ تلفنی
۲	آگاهی کارکنان از دستورالعمل مربوطه
۳	انطباق عملکرد کارکنان با دستورالعمل
	مصاحبه و بررسی مستندات
توضیحات 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 واژه های استاندارد اداره ارتباطات، دستورالعمل توزیع کانال های بی سیم، RFP سیستم اتوماسیون عملیاتی در تمام بخش ها، کتاب فارماکولوژی مورد نیاز برای پرستاران، کتاب های علمی مورد نیاز و بروز به منظور افزایش سطح دانش پرسنل پزشکی و پرستاری، وجود کتاب تریاژ تلفنی در استیشن های ۱۱۵ به همراه دستورالعمل های اجرایی //مشاهده بررسی میزان تسلط کارشناس تریاژ تلفنی با دستورالعمل های ابلاغی (بررسی حداقل ۱/۳ کارشناس تریاژ تلفنی) //مصاحبه	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

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 نا موفق-متفرقه) //بررسی مستندات ات		
سنجه دو	هدایت و راهبری سرویس های امدادی به درستی انجام و بصورت مستمر پایش می گردد.	سطح سنجه ۱ :
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		روش ارزیابی
۱	ایجاد امکانات برای ردیابی تکنسین ها و آمبولانس ها	مشاهده
۲	انتخاب پایگاه یا آمبولانس مناسب براساس شرایط	مشاهده و بررسی مستندات
۳	انتخاب لجستیک آمبولانس مناسب براساس اطلاعات تریاژ تلفنی	مشاهده و بررسی مستندات
۴	کنترل و پایش مأموریت و در صورت نیاز انجام اقدام اصلاحی	مشاهده و بررسی مستندات
۵	هدایت عملیات با به کارگیری اتوماسیون عملیاتی و بی سیم	مشاهده و بررسی مستندات
توضیحات	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 //مشاهده - انتخاب آمبولانس نزدیک تر به آدرس بر اساس لوکیشن- پیشنهاد نرم افزار-الویت بندی روی نقشه یا ژئو فنس //مشاهده - 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، امداد هوایی، دریائی و ...) به ویژه در حوادث پرتلفات //مشاهده - فعال بودن مانیتورهای پایش عملیات (تردد آمبولانس ها، لوکیشن ها، کنترل ترافیک شهری و...) - پایش ناوگان عملیاتی فعال توسط نرم افزارهای مربوطه // مشاهده	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

• استفاده از خطوط هات لاین-شهر شناسی-GPS و لوکیشن کد عملیاتی • 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 سازمانهای 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 پروتکلهای آفلاین و آنلاین انجام می شود.	سطح سنجه : ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	در دسترس بودن دستورالعمل / پروتکل آفلاین و آنلاین	روش ارزیابی
۲	آگاهی کارکنان از دستورالعمل مربوطه	بررسی مستندات
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 باز آموزی وجود دیسپچ تخصصی : دسترسی به تجهیزات مرتبط با تله کاردیولوژی // مشاهده	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه چهار	دستورالعمل پذیرش و اعزام بیمارستانی بدرستی اجرا می شود.	سطح سنجه ۱:
	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
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 روز رسانی 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 //مشاهده در دسترس بودن دستورالعمل تحویل بیمار به مراکز درمانی و اجرای صحیح آن //مشاهده امکان برقراری ارتباط با آمبولانس از طریق بی سیم، تلفن //مشاهده امکان دسترسی به اینترنت پرسرعت، لیست تلفن های بیمارستان (دفتر پرستاری، سوپروایزر، اورژانس)، تلفن های سازمان ها (۱۱۰، ۱۲۵، خدمات فوریت های شهری، کنترل 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 روز رسانی شده در خصوص امکاناتی از قبیل تعداد تخت خالی و لیست پزشکان متخصص/آنکال حاضر در مراکز درمانی مطلع باشند. //مشاهده اطلاع رسانی به رده بالاتر در خصوص مشکلات پیش آمده در خصوص بحث پذیرش بیمار //مشاهده 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 تجمیع بیماران و طولانی شدن زمان ماندگاری آمبولانس ها در مراکز درمانی پیشگیری به عمل آید. //مشاهده	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

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 ارزشیابی		
۱	دسترسی به بانک 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 مسوول شیفت به درستی اجرا می گردد.	سطح سنجه : ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	دسترسی به خطوط تلفن شهری، بین شهری، داخلی //مشاهده	مشاهده
۲	دسترسی به تلفن ماهواره ای داشته باشد//مشاهده	مشاهده
۳	دسترسی به بانک اطلاعاتی، ICS سازمانی، پایگاه ها، نواحی، سازمان های همکار و پشتیبان، روابط عمومی، ستاد دانشگاهها، EOC قطب، EOC دانشگاه، EOC وزارت بهداشت، صداوسیما	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 ات	مشاهده
۶	دسترسی به چارت اعلام وضعیت/	مشاهده
۷	دسترسی به چارت تشخیص سطح بحران	مشاهده

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

اختلالات ارتباطی و بحران ها مانع ارائه خدمات مرکز ارتباطات / پیام نمی شود.		استاندارد ۳
سطح سنجه ۱:	سیستم پشتیبان جهت تضمین برقراری ارتباط در تمام ساعات شبانه روز وجود دارد	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات او مشاهده	پیش بینی خطوط جایگزین ۱۱۵ و خطوط آنالوگ بحران در صورت بروز قطعی طی تفاهم نامه با شرکت مخابرات	۱
مشاهده	خطوط آنالوگ بحران موجود و فعال می باشد	۲
مصاحبه و مشاهده	فراهم بودن امکانات دور کاری در تمامی واحدها	۳
بررسی مستندات و مصاحبه	امکان پایش عملکرد هر کدام از کارکنان در زمان دور کاری	۴
موجود بودن : مستندات ات خطوط پشتیبان، الگوریتم در خصوص 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 تخت های بیمارستانی، پکیج دسترسی به افراد کلیدی درون و برون سازمانی، برنامه فعال سازی ارتباط با بالا دست-پایین دست-هم عرض، برنامه ارزیابی و پایش عملیات در زمان بحران، برنامه سوییچ شدن دیسچ BACK UP، برنامه فرایند دریافت و تأیید خبر، job action sheet، ICS به ICS، برنامه فعال سازی ICS، چک لیست های تجهیزاتی، فرایندهای پیش بینی شده در خصوص استفاده از الگوریتمی خلاصه شده و سریع در شرایط اضطرار، مستندات ات بهره برداری از سیستم دور کاری در زمان های قبلی در زمان دور کاری: تجهیزات لازم به میزان حداقل ۲۰ درصد نیروها موجود باشد. //مشاهده تجهیزات دور کاری شامل: مودم-سیم کارت-هدست-کامپیوتر یا لپ تاب به تعداد نیروها وجود داشته باشد. //مشاهده برگزاری مانور به صورت دوره ایی نیروها آموزش لازم در خصوص مقابله با بحران را دیده اند(دارویی،انسان ساز)		توضیحات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه دو	دیسپچ پشتیبان ثابت / سیار جهت تضمین برقراری ارتباط در تمام ساعات شبانه روز وجود دارد .	سطح سنجه : ۲
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	مستندات ات دال بر وجود دیسپچ پشتیبان ثابت/ سیار	بررسی مستندات ات
۲	بررسی عملیاتی بودن تجهیزات موجود در دیسپچ پشتیبان ثابت/ سیار	مشاهده و مصاحبه
۳	مهارت کارکنان در آماده سازی و فعال کردن دیسپچ پشتیبان ثابت/ سیار	مصاحبه
توضیحات	ساختار جایگزین/ پشتیبان سازه ایی 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 ات بهره برداری از تجهیزات • وجود مستندات ات بازدید های دوره ای جهت اطمینان از فعال بودن سیستم	
سنجه سه	قطع برق در تمام ساعات شبانه روز مانع از ارائه خدمات در مرکز ارتباطات نمی شود.	سطح سنجه : ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	وجود و آماده بکار بودن UPS	مشاهده
۲	آماده به کار بودن ژنراتور/ ژنراتورهای اصلی برق اضطراری/ پنل خورشیدی	مشاهده
۳	وجود مستندات ات بازدید دوره ای بررسی فنی و نگهداری ژنراتورهای اصلی و پشتیبان	بررسی مستندات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

وجود ups جهت برقرار بودن برق قبل از شروع بکار دیزل ژنراتور و جلوگیری کردن از ایجاد وقفه احتمالی تا قبل از روشن شدن ژنراتور باید بررسی شود.		توضیحات
اهم نکات در مدیریت ژنراتور :		
- وجود شناسنامه برای دستگاه ها - تعمیرات و نگهداری به موقع - سرویس های پیشگیرانه - ارزیابی مستمر و مدون براساس چک لیست - ثبت سوابق تعمیراتی در شناسنامه - مسیر مناسب ورودی و خروجی هوا - محل مناسب خروجی دودکش با رعایت مسایل ایمنی و حفاظتی		
شاخص های عملکردی شناسایی ، پایش و در صورت لازم اقدام اصلاحی انجام می گردد.		استاندارد ۴
سطح سنجه ۲:	شاخص های عملکردی واحد ارتباطات شناسایی و اندازه گیری می شود.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات	تعیین فهرستی از شاخص های عملکردی	۱
بررسی مستندات	وجود شناسنامه شاخص ها	۲
بررسی مستندات و مصاحبه	پایش شاخصها در محدوده زمانی تعیین شده	۳
شاخصها حداقل شامل:		توضیحات
- بررسی کنترل کیفیت تریاژ تلفنی از طی بررسی صوت - بررسی کنترل کیفیت ماموریت ها - 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 - بررسی درصد تبدیل تماس های ۱۱۵ به ماموریت		

واحد تریاژ تلفنی:

- میانگین زمان پاسخگوئی پرستار-پایش صوت کارکنان و تطبیق با دستورالعمل تریاژ تلفنی - کیفیت تکمیل فرم (شرح حال گیری، آدرس صحیح، برچسب گذاری مناسب)-آموزش بدو ورود

واحد اعزام و راهبری آمبولانس:

- گذراندن دوره شهر شناسی در ابتدای دوره کار به صورت علمی و تئوری-انتخاب لجستیک صحیح متناسب شرایط فوریت-پایش آمبولانس ها (بهرمندی از GPS) و هدایت تا رسیدن به صحنه حادثه-برقراری ارتباط مستقیم و هات لاین با سایر سازمان های امدادی در صورت نیاز- دسترسی به نقشه منطقه ضمن الویت بندی پایگاه های نزدیک در هر منطقه/ ژئوفنس - دسترسی به پایگاه و آمبولانس از طریق تلفن/ بی سیم/ اتوماسیون عملیاتی- دسترسی به مدیر جانشین- دسترسی به تلفن اداره ارتباطات خارج حوزه سرزمینی دانشگاه های مجاور- مدت زمان ماندگاری ماموریت در ۸۰۰

واحد مشاوره پزشکی:

- حضور کامل پزشک مشاور- آشنایی با دستورالعمل های ابلاغی سازمان (دستورالعمل تریاژ تلفنی- پروتکل آفلاین و آنلاین-دستورالعمل دارو و تجهیزات اورژانس پیش بیمارستانی و)-بررسی دسترسی کارکنان عملیاتی به واحد ۵۰-۱۰ طریق تلفن و بی سیم-تکمیل صحیح فرم (دستورات دارویی، تشخیص های پزشکی، تعیین سانتر درمانی مورد نیاز و مشاوره مجدد پزشکی قبل از اخذ امضا و...)

واحد پذیرش:

- وجود دستورالعمل توزیع و مناسب بیمار/مصدومین -اعزام آمبولانس ها به بیمارستان نزدیک و مناسب-امکان برقراری ارتباط بی سیم/تلفنی با آمبولانس-وجود لیست تلفن های بیمارستان (دفتر پرستاری، سوپروایزر، اورژانس)-دسترسی به تلفن سازمان های امدادی (۱۱۰، ۱۲۵، خدمات فوریت های شهری، کنترل ترافیک، هلال احمر)-دسترسی به اطلاعات آن لاین تخت های بخش اورژانس بیمارستان ها و خدمات تخصصی (در تعامل با واحد MCMC)-امکان دسترسی به مدیر جانشین جهت رفع مشکلات-اطلاع رسانی به رده بالاتر در خصوص مشکلات پیش آمده در خصوص 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-دسترسی به نقشه حوزه سرزمینی

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه دو	شاخص های عملکردی تحلیل شده و اقدام اصلاحی براساس آن تدوین و اجرا می شود.	سطح سنجه : ۲
	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	تحلیل شاخص های عملکردی بصورت دوره ای	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 ات اقدامات اصلاحی صورت گرفته.	

۷. مدیریت پایگاه

استاندارد ۱	پایگاه اورژانس پیش بیمارستانی شهری، جاده ای و هوایی منطبق با برنامه آمایش سرزمینی و برنامه توسعه کشور می باشد.	
سنجه یک	پوشش خدمات اورژانس پیش بیمارستانی منطبق با شاخص های عملکردی اورژانس می باشد.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	تعداد پایگاه ها منطبق با برنامه آمایش سرزمینی	بررسی مستندات
۲	نوع پایگاه موجود مطابق با برنامه آمایش سرزمینی	بررسی مستندات
۳	استقرار پایگاه ها منطبق با شاخص های عملکردی (جمعیت، بعد مسافت، زمان)	بررسی مستندات و مشاهده

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

توضیحات		طرح پوشش فراگیر ، ابلاغ هیات وزیران به شماره نامه ۳۴۳۸۹/۱۵۵۰۸۱ مورخ ۱۳۸۶/۰۹/۲۵ تاریخ ابلاغ ۱۳۹۸/۰۱/۱۹	
		پایگاه می تواند جاده ای، شهری، هوایی باشد.	
		پایگاه شهری: پایگاهی است که در شهرهای با جمعیت بیش از ۲۰ هزار نفر ایجاد می شود.	
		پایگاه جاده ای: این پایگاه در آزادراه ها، بزرگراه ها، راه های اصلی، راه های فرعی و روستایی، شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر ایجاد می گردد، فاصله استاندارد بین دو پایگاه جاده ای حداقل ۴۰ کیلومتر می باشد مگر آنکه حداکثر زمان رسیدن به محل حادثه از نزدیکترین پایگاه، در جاده های اصلی بیش از ۱۴ دقیقه و در جاده های فرعی و روستایی بیش از ۲۰ دقیقه باشد.	
		پایگاه هوایی: پایگاهی است که با استفاده از آمبولانس هوایی به ارائه خدمات فوریت های پزشکی به بیماران و مصدومان می پردازد. این پایگاه ها مطابق با برنامه عملیاتی سازمان اورژانس کشور راه اندازی می گردند.	
		پایگاه هوایی با آمبولانس های بال متحرک جهت انجام خدمات فوریت های پزشکی در مناطق صعب العبور، محور های حادثه خیز، محورهای پر تردد، مناطقی که ارائه خدمات استاندارد فوریت های پزشکی در زمان مناسب میسر نگردیده باشد و یا دسترسی زمینی به محل امکانپذیر نباشد با در نظر گرفتن امکان تأمین و استفاده از آمبولانس هوایی ایجاد می شود.	
		امکان برقراری تماس: تنها شماره تلفن اختصاصی اورژانس پیش بیمارستانی شماره تلفن سه رقمی ۱۱۵ می باشد 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 دستورالعمل های ابلاغی می باشد.		
	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
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	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

مشاهده	وجود تجهیزات اداری و دفتری و رفاهی	۵
توضیحات ابلاغ نقشه تیپ سازه به شماره نامه ۱۱۵/۶۵۴ د مورخ ۱۳۹۹/۰۹/۲۳ پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی در زمان بهره برداری باید دارای انشعابات آب، برق، گاز و تلفن بوده و در پایگاه های جاده ای در صورت عدم امکان دسترسی به آب لوله کشی، تأمین آب شرب بهداشتی و شستشو از طریق مخازن مورد قبول می باشد. ایگاه اورژانس بر اساس دستورالعمل های ابلاغی سازمان می بایست دارای اقلام اداری و رفاهی اعم از میز تحریر، صندلی گردان، دفاتر پایگاه، ملزومات اداری مصرفی (کاغذ، خودکار، مگنه، کازیه و...) کولر (آبی یا گازی بر اساس 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، میکروفر، 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 ترجیحا رولی و سطل درب دار پدالی است.		
سطح سنجه: ۱	تجهیزات ارتباطی موجود و آماده به کار می باشد.	سنجه سه
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	
مشاهده	وجود دکل بی سیم در پایگاه و استقرار صحیح آن مطابق با دستورالعمل های ابلاغی اورژانس کشور	۱
مشاهده	دسترسی به سامانه اتوماسیون اداری و عملیاتی و امکان گزارش گیری در سطوح مختلف	۲
مشاهده	وجود و آماده بکار بودن بی سیم پایگاهی	۳
مشاهده	نصب و آماده بکار بودن UPS جهت سیستم ارتباطی	۴
مشاهده	وجود و آماده بکار بودن تلفکس و پرینتر در پایگاه	۵
مشاهده	آگاهی و مهارت کارکنان در کار با تجهیزات ارتباطی	۶

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

دستورالعمل جامع عملیات اورژانس به شماره نامه ۱۱۸۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹		توضیحات
امکانات ارتباطی شامل دکل بی سیم، سامانه آسایار، بی سیم پایگاهی، UPS، تلفکس وجود دارد. دکل بی سیم بر اساس استانداردهای ابلاغی اورژانس کشور با رعایت نکات موارد ایمنی در محوطه پایگاه/ پشت بام وجود دارد. پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی در زمان بهره برداری باید دارای سیستم اتوماسیون عملیاتی اورژانس ۱۱۵ اعم از نرم افزار، سخت افزار که به صورت ۲۴ ساعته فعال و آماده بکار باشد و امکان گزارش گیری در سطح دسترسی فراهم گردد. تبصره: تمامی آمبولانس های اورژانس پیش بیمارستانی علاوه بر دارا بودن سیستم الکترونیکی می بایست فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش بیمارستانی(PCR) در اختیار داشته باشند. پایگاه های اورژانس بر اساس دستورالعمل ابلاغی می بایست به بی سیم پایگاه از نوع دیجیتال و مجهز به سیستم UPS بمنظور جلوگیری از اختلال عملکرد در زمان قطع برق و با قابلیت ارتباط با مرکز ارتباطات و آمبولانس های پایگاه مجهز باشند. پایگاه اورژانس بمنظور برقراری ارتباط تلفنی و همچنین دریافت یا ارسال گزارشات به صورت فیزیک می بایست دارای خط تلفن و دستگاه فکس باشند.		
سطح سنجه: ۱	نیروی انسانی واجد شرایط در پایگاه آماده بکار می باشد.	
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات و مصاحبه	بکارگیری کارکنان مطابق با شرایط احراز و توانمندیهای مورد نیاز	
بررسی مستندات	تعداد نیروی انسانی مطابق با چارت مصوب	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

توضیحات	نامه ابلاغی شماره ۲۱۲/۹۵۹ د 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 شغلی های مرتبط جهت فعالیت در پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی شامل کاردان و کارشناس فوریت های پزشکی، پرستاری، هوشبری می باشد. به کارگیری رشته شغلی امدادگر راننده در اورژانس پیش بیمارستانی ممنوع می باشد. نیروی انسانی به کار گرفته شده، دارای گواهینامه رانندگی مرتبط با ناوگان عملیاتی ، می باشد. در چینش نیروی انسانی استفاده از دو نیروی جدید الورد و یا با سابقه کم در یک شیفت ممنوع می باشد.
---------	--

پایگاه اورژانس هوایی منطبق با برنامه آمایش سرزمینی و برنامه توسعه کشور می باشد.		استاندارد ۲
سطح سنجه: ۲	پوشش خدمات اورژانس هوایی منطبق با شاخص های عملکردی اورژانس می باشد.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات	تعداد پایگاه منطبق با برنامه آمایش سرزمینی می باشد.	۱
مشاهده	محل پایگاه اورژانس هوایی در مکانی مستقل و مناسب (HEMS BASE) ایجاد شده است.	۲
بررسی مستندات و مشاهده	تعداد پدهای بالگرد موجود در دانشگاه (بیمارستانی، جاده ای، شهری، مراکز بهداشتی، سایر) طبق دستورالعمل ابلاغی می باشد.	۳
مشاهده	الزامات ایمنی پد بالگرد رعایت شده است.	۴
طرح پوشش فراگیر ، ابلاغ هیات وزیران به شماره نامه ۳۴۳۸۹/۱۵۵۰۸۱ مورخ ۱۳۸۶/۰۹/۲۵ تاریخ ابلاغ ۱۳۹۸/۰۱/۱۹ پایگاه می تواند جاده ای، شهری، هوایی باشد. پایگاه هوایی: پایگاهی است که با استفاده از آمبولانس هوایی به ارائه خدمات فوریت های پزشکی به بیماران و مصدومان می پردازد. این پایگاه ها مطابق با برنامه عملیاتی سازمان اورژانس کشور راه اندازی می گردند. پایگاه هوایی با آمبولانس های بال متحرک جهت انجام خدمات فوریت های پزشکی در مناطق صعب العبور، محورهای حادثه خیز، محورهای پرتردد، مناطقی که ارائه خدمات استاندارد فوریت های پزشکی در زمان مناسب میسر نگردیده باشد و یا دسترسی زمینی به محل امکانپذیر نباشد با در نظر گرفتن امکان تأمین و استفاده از آمبولانس هوایی ایجاد می شود. -دستورالعمل جامع اورژانس هوایی ویرایش دوم ابلاغیه (شماره ۴۰۱/۷۵ د مورخ ۹۶/۰۴/۲۹)		توضیحات
سطح سنجه: ۲	ساختمان فیزیکی، زیرساخت و امکانات رفاهی پایگاه هوایی منطبق با دستورالعمل های ابلاغی می باشد.	سنجه دو
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	
مشاهده	وجود سازه براساس دستورالعمل	۱
مشاهده	وجود تجهیزات و امکانات بهداشتی	۲
مشاهده	وجود امکانات زیرساختی اولیه	۳
مشاهده	وجود تجهیزات گرمایش، سرمایش و رفاهی	۴

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

مشاهده	وجود تجهیزات اداری و دفتری	۵
مشاهده و مصاحبه	وجود دفتر ثبت وقایع روزانه پایگاه اورژانس هوایی، دفاتر تحویل و تحول، چک لیست- های تجهیزاتی آمبولانس هوایی، دفتر ثبت سوابق و تجربه تکنسین های اورژانس هوایی، دستورالعمل های صادره از سازمان اورژانس کشور	۶
توضیحات راهنمای فضای فیزیکی پایگاه اورژانس هوایی پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی در زمان بهره برداری باید دارای انشعابات آب، برق، گاز و تلفن می باشد. پایگاه اورژانس بر اساس دستورالعمل های ابلاغی سازمان می بایست 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 بر اساس منطقه جغرافیایی)، سیستم گرمایش (بخاری، رادیاتور)، کمد فایل، کمد بایگانی، کتابخانه، کامپیوتر و متعلقات مربوطه، یخچال، تخت، کمد لباس، پتو، ملحفه و بالش تلویزیون، آب سردکن، میکروفر، 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. دستورالعمل جامع اورژانس هوایی ویرایش دوم ابلاغیه (شماره ۴۰۱/۷۵ د مورخ ۹۶/۰۴/۲۹) ابلاغ دفتر ثبت وقایع روزانه پایگاه اورژانس هوایی به شماره ۴۰۱/۲۱۳۲ د مورخ ۱۳۹۶/۰۸/۱۵		
سطح سنجه: ۱	تجهیزات ارتباطی و ایمنی موجود و آماده به کار می باشد.	سنجه سه
روش ارزیابی	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات و مشاهده	دسترسی به سامانه آسایار و امکان گزارش گیری در سطوح دسترسی (وجود گوشی های هوشمند با سیستم عامل اندروید یا نوت در پایگاه هوایی و دیسپچ اورژانس ۱۱۵ جهت ارسال پیام های از قبل تعریف شده و ارسال منظم موقعیت بالگرد به دیسپچ و همچنین قابلیت عکس برداری و فیلم برداری و نیز اپلیکیشن های کاربردی GPS ضروری می باشد)	۱
مشاهده	نصب و آماده بکار بودن UPS جهت سیستم ارتباطی	۲
مشاهده	وجود و آماده بکار بودن تجهیزات ارتباطی شامل تلفکس، تلفن، اینترنت، لب تاپ	۳

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

مشاهده	وجود امکانات ایجاد ارتباط بیسیم بین دیسپچ، اتاق عملیات پرواز و پایگاه اورژانس هوایی و بالگرد	۴
مشاهده	وجود نقشه موزائیکی و نصب آن در پایگاه هوایی و اتاق عملیات پرواز ارگان ارائه دهنده خدمات بالگردی (در صورت وجود)	۵
مشاهده	وجود تلفن ماهواره ای برای ایجاد پوشش ارتباطی در نقاط کور	۶
مشاهده	وجود و آماده به کار بودن دو دستگاه بیسیم دستی و دو دستگاه واکاکی تاکی مجهز به هندزفری و تجهیزات لازم	۷
مشاهده	وجود تجهیزات HLO و LZO در پایگاه های اورژانس هوایی جاده ای و شهری و در بیمارستانهای محل نشست و برخاست بالگرد	۸
مشاهده	وجود دکل بی سیم در پایگاه و استقرار صحیح آن مطابق با دستورالعمل های ابلاغی اورژانس کشور	۹
مصاحبه	آگاهی و مهارت کارکنان در کار با تجهیزات ارتباطی	۱۰
توضیحات 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 بر اساس استانداردهای ابلاغی اورژانس کشور با رعایت نکات موارد ایمنی در محوطه پایگاه/ پشت بام وجود دارد. پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی در زمان بهره برداری باید دارای سیستم اتوماسیون عملیاتی اورژانس ۱۱۵ اعم از نرم افزار، سخت افزار که به صورت ۲۴ ساعته فعال و آماده بکار باشد و امکان گزارش گیری در سطح دسترسی فراهم گردد. تبصره: تمامی آمبولانس های اورژانس پیش بیمارستانی و آمبولانس هوایی (بالگردها) علاوه بر دارا بودن سیستم الکترونیکی می بایست فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش بیمارستانی (PCR) در اختیار داشته باشند. پایگاه های اورژانس بر اساس دستورالعمل ابلاغی می بایست به بی سیم پایگاه از نوع دیجیتال و مجهز به سیستم UPS بمنظور جلوگیری از اختلال عملکرد در زمان قطع برق و با قابلیت ارتباط با مرکز ارتباطات و آمبولانس های پایگاه مجهز باشند. پایگاه اورژانس بمنظور برقراری ارتباط تلفنی و همچنین دریافت یا ارسال گزارشات به صورت فیزیکی می بایست دارای خط تلفن و دستگاه فکس باشند. دستورالعمل جامع اورژانس هوایی ویرایش دوم ابلاغیه (شماره ۴۰۱/۷۵ مورخ ۹۶/۰۴/۲۹) ابلاغ جزوه آموزشی HLO و LZO به شماره ۴۰۱/۷۵۹ مورخ ۱۳۹۶/۰۴/۲۹		

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

ابلاغ وجود تجهیزات لازم در آمبولانس های زمینی جهت هدایت و عملیات مارشال در منطقه فرود بالگرد به شماره ۱۳۹۶/۰۴/۱۸ د مورخ ۴۰/۱/۶۵۶ ابلاغ فرم گزارش مراقبت اورژانس هوایی (PCR) به شماره ۴۰/۱/۱۳۸۴۲ د مورخ ۱۳۹۵/۰۵/۰۵	
سطح سنجه: ۲	سنجه چهار
روش ارزیابی	نیروی انسانی واجد شرایط در پایگاه آماده بکار می باشد.
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	
مشاهده و بررسی مستندات	کارکنان مطابق با شرایط احراز و توانمندی های مورد نیاز بکارگیر گرفته شده اند.
مصاحبه	کلیه کارکنان به شرح وظایف خود آگاه می باشند
مصاحبه و بررسی مستندات	گروه پزشکی آمبولانس هوایی ترجیحاً یک پزشک و یک نیروی پیراپزشک با مدرک پرستاری یا هوشبری یا فوریت های پزشکی و در صورت کمبود یا نبود پزشک، دو نفر نیرو که مدرک آکادمیک فوق الذکر را داشته باشند.
مشاهده	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.
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 می بایست علاوه بر گواهینامه های مورد لزوم در پایگاه زمینی، دارای گواهی AMT باشد. در چپینش نیروی انسانی استفاده از دو نیروی جدید ورود و یا با سابقه کم در یک شیفت ممنوع می باشد. عدم جابجایی نیروهای اورژانس هوایی با توجه ویژه به مهارت، توانایی، دانش و تجربه پرسنل در راستای افزایش سطح ایمنی در خدمات اورژانس هوایی (براساس نامه های ارسالی ۱۱۵/۵۰۹ مورخ ۱۴۰۰/۰۳/۲۷، ۱۱۵/۳۱۱ مورخ ۱۳۹۴/۰۳/۲۷ و ۴۰/۱/۶۹۲۴ د مورخ ۱۳۹۶/۰۹/۱۱ و ۴۰/۱/۲۳۶۴ د مورخ ۱۳۹۸/۰۳/۳۱) دستورالعمل جامع اورژانس هوایی ویرایش دوم ابلاغیه (شماره ۴۰/۱/۷۵ د مورخ ۹۶/۰۴/۲۹)	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه پنج	الزامات فرآیندی مرتبط با بالگرد و تیم پروازی در پایگاه هوایی موجود می باشد.	سطح سنجه: ۲
	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	الزامات فرآیندی مراکز درمانی محل فرود بالگرد و فعال بودن کد ۳۵۰ در مراکز درمانی محل نشست و برخاست بالگرد مطابق با دستورالعمل جامع خدمات آمبولانس هوایی	بررسی مستندات و مشاهده
۲	الزامات پایگاه های جاده ای و شهری مرتبط با عملیات آمبولانس هوایی بر اساس دستورالعمل جامع خدمات آمبولانس هوایی رعایت می شود.	بررسی مستندات
۳	وجود فرم های مأموریت و ثبت دقیق و قایع، زمان ها، 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 مأموریت ها بصورت گزارش روزانه	مشاهده
۶	مستندات ات بایگانی و نگهداشت فرم های مأموریت حداقل به مدت ۱۰ سال در پایگاه موجود می باشد.	مشاهده
۷	ثبت به موقع آمار و اطلاعات در سامانه پورتال اورژانس کشور (Ems.health.gov.ir) شامل: کلیه فرم های مرتبط با اورژانس هوایی (فرم دا شب—ورد مدیریتی پایگاه اورژانس هوایی سازمان اورژانس، فرم هزینه های ماهانه اورژانس هوایی، فرم مشخصات پرواز های اورژانس هوایی به/از فرودگاههای کشور، فرم اطلاعات پدهای موجود و مورد نیاز حوزه سرزمینی دانشگاه های علوم پزشکی، فرم گزارش مخاطرات و تهدیدات در خدمات آمبولانس هوایی (SMS)، لیست کارگاه یا دوره های آموزشی برگزار شده مرتبط با اورژانس هوایی، ۴ فرم شناسنامه ای پایگاه اورژانس هوایی، خلاصه اطلاعات پایگاه اورژانس هوایی)	مشاهده و بررسی مستندات
۸	اجرای سیستم مدیریت ایمنی در خدمات آمبولانس هوایی (SMS) در مأموریت های 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 می باشد: 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 نمودن سرپرست و اعضای تیم و همین طور مسئول گروه ایمنی و امنیت با ابلاغ رئیس بیمارستان صورت می گیرد. 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 هماهنگی های لازم و آمادگی تیم ۳۵۰ گروه ایمنی و امنیت و گروه بالینی قبل از فرود بالگرد الزامات فرآیندی پایگاه های جاده ای و شهری مرتبط با عملیات آمبولانس هوایی شامل موارد ذیل می باشد: وجود و نصب نقشه های موزائیکی نشان گذاری شده در پایگاه و آمبولانس های زمینی بر اساس 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 پایگاه های شهری و جاده ای علی الخصوص پایگاه های جاده ای می بایستی در دوره های 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 سازمان های امدادی جهت تأمین ایمنی و امنیت فرود بالگرد تأمین تجهیزات LZO و استقرار آن در آمبولانس های پایگاه های جاده ای 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 بر اساس استاندارد شماره ۱-۱۴۳۴۹ و ۲-۱۴۳۴۹ (قسمت ۱): الزامات وسایل پزشکی مورد استفاده در آمبولانس های هوایی به شماره استاندارد ۱-۱۴۳۴۹ و قسمت ۲): الزامات عملیاتی و فنی آمبولانس های هوایی به شماره استاندارد ۲-۱۴۳۴۹) شورای عالی استاندارد می باشد، 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 د مورخ ۹۶/۰۴/۲۹)

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

ابلاغ دستورالعمل تیم ۳۵۰ به شماره ۴۰۱/۸۳۵/د مورخ ۱۳۹۶/۰۵/۰۲ ابلاغ دستورالعمل سیستم مدیریت ایمنی (SMS) به شماره ۴۰۱/۷۶۰/د مورخ ۱۳۹۶/۰۴/۲۹ ابلاغ نحوه تکمیل جدول داشبورد مدیریتی پایگاه اورژانس هوایی به شماره ۴۰۱/۴۴۵/د مورخ ۱۳۹۶/۰۳/۲۵ و نامه ویرایش اول به شماره ۴۰۱/۱۳۸۲/د مورخ ۱۳۹۶/۰۶/۲۰ ابلاغ فرم گزارش مراقبت اورژانس هوایی (PCR) به شماره ۴۰۱/۱۳۸۴۲/د مورخ ۱۳۹۵/۰۵/۰۵ تأمین تجهیزات LZO نامه شماره ۴۰۱/۶۵۶/د مورخ ۹۶/۴/۱۸ ابلاغی سازمان اورژانس کشور	
--	--

استاندارد ۳		ناوگان عملیاتی مورد نیاز در اورژانس پیش بیمارستانی موجود و آماده به خدمت می باشد.
سنجه یک	لجستیک مورد نیاز بر اساس دستور العمل ابلاغی سازمان مرکز در پایگاه ها موجود و آماده بکار می باشد.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	وجود و توزیع آمبولانس براساس چارت مصوب مرکز	بررسی مستندات
۲	برآورد نیاز به نوع وسایل نقلیه براساس شرایط پایگاه	مشاهده و بررسی مستندات
۳	اطمینان از آماده بکار بودن وسایل نقلیه *	مشاهده
۴	وجود و اطمینان از آماده بکار بودن آمبولانس پشتیبان (نظافت، چک قابلیت عملیاتی بودن آمبولانس نظیر استارت زدن آمبولانس در هرشیفت)	مشاهده
۵	وجود لوازم یدکی پشتیبان با دسترسی مناسب و به موقع	مشاهده
توضیحات		منظور از آمبولانس کلیه وسائط نقلیه امدادی از جمله آمبولانس، موتورلانس، اتوبوس آمبولانس، اورژانس های هوایی (بالگرد)، اورژانس دریایی (شناور) می باشد. تعداد آمبولانس منطبق با برنامه آمایش سرزمینی مصوب سازمان اورژانس کشور و چارت مصوب مرکز است.

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

نیاز به خرید لوازم یدکی و تعمیرات انجام شده و بررسی ضریب استهلاک وسایل نقلیه بصورت سالیانه، تعداد ماموریتها و در اعلام نیاز به وسائل نقلیه لحاظ گردد. بررسی میزان تصادفات، ۷-۱۰ شدن آمبولانس ها 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 و نرم افزارهای مربوطه انطباق اطلاعات ثبت شده با شرایط آمبولانس 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..	
سنجه دو	برنامه منظم و مدون تعمیر و سرویس (نگهداری پیشگیرانه) وسایل نقلیه امدادی و عملیاتی و اسقاط مطابق ابلاغیه سازمان اورژانس موجود و بر اساس آن اقدام می گردد.
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	
روش ارزیابی	
۱	تدوین برنامه منظم سرویس /تعمیر وسایط نقلیه امدادی و عملیاتی سبک و سنگین
۲	تدوین برنامه منظم تعمیر وسایط نقلیه امدادی و عملیاتی سبک و سنگین
۳	تهیه فرایند تعمیر و سرویس توسط مرکز
۴	وجود نرم افزار جهت ثبت اطلاعات وسایط نقلیه و تعمیر/ سرویس نگهداری پیشگیرانه
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از برنامه تعمیر و سرویس نگهداری و نحوه ورود اطلاعات در نرم افزار
۶	اجرای برنامه نگهداری پیشگیرانه دوره ای مطابق با دستورالعمل ابلاغی و ثبت در نرم افزار
۷	اجرای برنامه تعمیرات مطابق با دستورالعمل ابلاغی در نمایندگی های مجاز و ثبت در نرم افزار

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۸	وجود سوابق تعمیرات انجام شده برای تمامی وسایط نقلیه سبک و سنگین	بررسی مستندات
۹	اجرای برنامه اسقاط وسایل نقلیه با توجه به معیارهای تعیین شده و ثبت	بررسی مستندات
۱۰	برنامه ریزی و اجرای دوره های آموزشی کاربری صحیح وسایل نقلیه توسط کارشناسان نقلیه	بررسی مستندات
توضیحات	برنامه نگهداری پیشگیرانه با هدف استفاده بهینه، آماده به کار بودن دائمی، افزایش دوره ی بهره برداری و طول عمر کلیه تجهیزات مکانیکال و الکترونیکال 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 شرکتهای مجاز بصورت سالیانه تهیه می شود. همچنین قرارداد با شرکت و نمایندگی ها موجود باشد. تعمیر / سرویس وسایل نقلیه باید در نرم افزار و یا حداقل در دفتر ثبت و تاریخ بعدی مشخص گردد. بررسی موارد ثبت شده مرتبط با سرویس و نگهداری آمبولانس (همانند 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 ارزشیابی		
۱	تدوین روش اجرایی جهت خدمات تعمیر اضطراری	بررسی مستندات
۲	آگاهی کامل تمامی کارکنان از روش اجرایی فوق	مصاحبه
۳	انطباق عملکرد با روش اجرایی	مصاحبه و بررسی مستندات
توضیحات	در روش اجرایی مذکور نحوه اطلاع رسانی کارکنان عملیاتی، فرد مسئول و شماره تماس ها باید ذکر گردد. برنامه ای جهت تامین و انبارش لوازم یدکی تدوین گردد. فهرست و شماره تماس نمایندگی مجاز جهت خدمات اضطراری و قرارداد ها موجود است.	

استاندارد ۴	تجهیزات پزشکی مورد نیاز در اورژانس پیش بیمارستانی موجود و آماده بکار می باشد.	
سنجه یک	تهیه تجهیزات پزشکی سرمایه ای بر اساس ضوابط ابلاغی سازمان اورژانس کشور انجام می شود .	سطح سنجه: ۱

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

روش ارزیابی	گام اجرایی/مالک ارزشیابی	
بررسی مستندات	۱	تدوین روش اجرایی برای خرید تجهیزات پزشکی
مصاحبه	۲	آگاهی کارکنان از روش اجرایی مذکور
مشاهده و بررسی مستندات	۳	انجام خرید بر اساس ضوابط مالی مقرراتی کشوری و ثبت در سامانه
بررسی مستندات	۴	مطابقت کامل لیست اقلام مورد تأیید جهت خرید با اقلام خریداری شده و فاکتور خرید
بررسی مستندات	۵	مطابقت کامل لیست اقلام مورد تأیید با اقلام خریداری شده و تحویل انبار داده شده
بررسی مستندات و مصاحبه	۶	برنامه ریزی جهت تأمین تجهیزات ضروری و پشتیبان در کوتاهترین زمان ممکن و در طول شبانه روز و ایام تعطیلات
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 نمودن 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 و 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 میتواند در سطح مسئول پایگاه/ مرکز/ رئیس دانشگاه باشد. در خواست خرید بر اساس دستور العمل 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 می شود. در صورتی که اقلام شامل تجهیزات پزشکی اعم از مصرفی یا غیرمصرفی باشد، مطابقت باید توسط مسئول تجهیزات انجام پذیرد.		

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

کلیه تجهیزات و اقلام پس از خرید وارد انبار شده و رسید ورودی مطابق با فاکتور خرید صادر می گردد. انباردار وظیفه کنترل و انطباق دقیق تعداد کالای وارد شده به انبار را میدهد. تجهیزات و اقلام پس از تایید برای انتقال به واحد هایی که درخواست خرید داشته اند، پس از صدور رسید خروجی، انتقال داده میشوند تایید و انطباق خرید توسط کارشناس تجهیزات پزشکی مرکز انجام می پذیرد. تهیه لیست تجهیزات ضروری و پشتیبان آن (حداقل تجهیزات ضروری شامل: AED، DC، ونتیلاتور، تله کاردیوگرام	
سنجه دو	اطلاعات شناسنامه ای تجهیزات پزشکی به روز بوده و در دسترس است.
سطح سنجه: ۱	روش ارزیابی
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	وجود و در دسترس بودن شناسنامه الکترونیک تجهیزات پزشکی
۲	به روزسانی و اصلاح / تکمیل شناسنامه تجهیزات پزشکی
۳	آموزش و آگاهی کارکنان از شناسنامه و برنامه های نگهداری پیشگیرانه
۴	ثبت شناسنامه تجهیزات پزشکی در نرم افزارهای مخصوص با امکان قابلیت اخذ گزارشهای متنوع
۵	آموزش و ارزیابی پرسنل از نحوه کاربری صحیح تجهیزات پزشکی
توضیحات	اطلاعات شناسنامه شامل نام دستگاه، محل استقرار، مدل، سال نصب، تولید، سوابق کنترل کیفی، شرکت نمایندگی، سوابق نگهداشت و کد شناسه تجهیزات پزشکی می باشد.
	تجهیزاتی که امکان نصب برچسب اموال ندارد از قبیل گوشی معاینه، فشارسنج عقربه ای، 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، سرویس های دوره ای/ تعمیرات و یا خرید تجهیزات پزشکی جدید نسبت به اصلاح و یا تکمیل شناسنامه اقدام گردد و همچنین در صورت جابجایی محل استقرار دستگاهها شناسنامه آن اصلاح شده و به رورسانی شود.
	منظور از کارکنان، مسئول پایگاه و مسئول تجهیزات پزشکی می باشد.

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه سه	کالیبراسیون و نگهداری پیشگیرانه دوره ای تجهیزات پزشکی برنامه ریزی و بر اساس آن اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	فهرست تجهیزات پزشکی سرمایه ای و حیاتی مشمول نگهداری پیشگیرانه	بررسی مستندات
۲	تدوین برنامه زمانبندی انجام ارزیابی های نگهداری پیشگیرانه	بررسی مستندات
۳	فهرست تجهیزات پزشکی مشمول نگهداری پیشگیرانه به تفکیک پایگاه ها و تقویم بازدیدهای دوره ای نگهداری پیشگیرانه	بررسی مستندات
۴	تدوین چک لیست های نگهداری پیشگیرانه براساس دستور العملهای ابلاغی و توصیه های کارخانه سازنده	بررسی مستندات
۵	طراحی و انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت بر اساس نتایج ارزیابی و نگهداری پیشگیرانه	بررسی مستندات
۶	نگهداری سوابق ارزیابی های نگهداری پیشگیرانه و اقدامات اصلاحی احتمالی متعاقب آن در پایگاه ها و دفتر تجهیزات پزشکی مرکز فوریت	بررسی مستندات
۷	شناسایی و تهیه لیست شرکتهای نمایندگی و یا مجاز (ثالث) تجهیزات پزشکی در واحد مهندسی پزشکی در شناسنامه تجهیزات	بررسی مستندات
توضیحات	انجام تعمیرات تجهیزات پزشکی صرفا از طریق شرکتهای نمایندگی و یا مجاز(ثالث مجاز) فهرست شرکتهایی که انجام خدمات آنها به موقع و با قیمت و کیفیت مناسب صورت نمی پذیرد، حتما به اداره کل تجهیزات پزشکی اطلاع رسانی گردد و در خریدهای بعدی به موضوع عدم رضایت از خدمات پس از فروش توجه جدی شود. اسکن مستندات ات کاغذی و الکترونیکی نمودن سوابق تعمیرات/سرویسهای دورههای تجهیزات به منظور دسترسی سریع و امکان طبقه بندی سوابق توصیه می شود.	
سنجه چهار	انبارش، اسقاط و recall تجهیزات پزشکی مطابق ضوابط مربوط انجام می شود.	سطح سنجه: ۲
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	دسترسی و آگاهی مسئول تجهیزات پزشکی مرکز از ضوابط ابلاغی انبارش تجهیزات پزشکی	مشاهده و مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۲	دسترسی و آگاهی مسئول تجهیزات پزشکی مرکز از ضوابط ابلاغی اسقاط تجهیزات پزشکی	مشاهده و مصاحبه
۳	اسقاط تجهیزات پزشکی منطبق بر ضوابط ابلاغی اسقاط تجهیزات پزشکی	بررسی مستندات ات و مصاحبه
۴	انبارش تجهیزات پزشکی منطبق بر ضوابط ابلاغی	مشاهده
۵	جمع آوری 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. سوابق و مستندات ات مورد نیاز تجهیزات پزشکی فراخوان شده سوابق مکاتبات سازمان غذا و دارو و سایر نهادهای ذیربط در خصوص فراخوان شده تجهیزات پزشکی . 2 فهرست تجهیزات فراخوان شده با ذکر مشخصات، کارخانه سازنده، سری ساخت و در صورت مصرفی بودن تاریخ تولید و انقضا . 3 سوابق اطلاع رسانی تجهیزات پزشکی فراخوان شده به تمامی بخش/واحدها توسط مسئول تجهیزات پزشکی . 4 سوابق و مستندات ات بیان کننده سرنوشت نهایی تجهیزات فراخوان شده به منظور پیشگیر از بکارگیری اشتباه تجهیزات فراخوان شده به جای تجهیزات سالم بایستی چینش و نگهداری تجهیزات پزشکی فراخوان شده به نیوی باشد که در میدوده تجهیزات سالم مانند تجهیزات پشتیبان/فعال در بخشهای بالینی و پشتیبانی قرار نگیرد.	
سنجه پنج	کنترل و اکسیژن با فشار، جریان و خلوص مورد انتظار برای بیمار تامین شده و مصرف اکسیژن بر اساس دستورالعمل های ابلاغی انجام می پذیرد و مدیریت تجهیزات پزشکی بر کیفیت آن نظارت می نماید.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
۱	نظارت مستمر بر تامین مستمر اکسیژن با فشار، جریان و خلوص مورد انتظار برای بیمار توسط مدیریت تجهیزات پزشکی	مصاحبه و بررسی مستندات
۲	ارائه چک لیست های تهیه، تامین، مصرف و نگهداری ایمن	بررسی مستندات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۳	تامین ابزار سنجش میزان خلوص اکسیژن	مشاهده و بررسی مستندات
۴	وجود برنامه ای مدون و منظم برای ارزیابی درصد خلوص و فشار اکسیژن	مشاهده و بررسی مستندات
۵	وجود دستورالعمل استفاده از کپسول های اکسیژن (بلاغی وزارت بهداشت)	بررسی مستندات
۶	آگاهی و بکار گیری نکات ایمنی کار با کپسول اکسیژن	بررسی مستندات و مشاهده
۷	کنترل سالیانه کپسول ها توسط اداره ی استاندارد	بررسی مستندات و مشاهده
۸	اجرای نکات ایمنی نگهداری و کاربری از کپسولها	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات نکاتی که در خصوص مصرف کپسولهای اکسیژن باید رعایت شود به شرح ذیل است به هیچ وجه در مکان هایی که گازهای طبی تولید ، شارژ یا استفاده می شوند نباید سیگار کشید. برای این منظور باید سیگار کشیدن 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 می شود. لباس کارکنان و افرادی که درمکان های تولید و کاربرد گازهای طبی رفت و آمد می کنند باید ضدجرقه بوده و عاری ازالیاف نایلون باشد. سیلندرها باید در محلی به دور از سرما و گرمای شدید، باران و برف و تابش مستقیم آفتاب نگهداری شوند. کپسول های اکسیژن در مکان های خود محکم شده اند. حمل کپسول های گازهای طبی پر با کلاهک انجام می شود. بدنه کپسول با پارچه یا سایر تزئینات پوشیده نشده است. دستورالعمل استفاده از کپسول های گازهای طبی بر روی بدنه آنها نصب شده است. وسایل چرخدار حامل سیلندرها باید مجهز به زنجیر تماس با زمین جهت جلوگیری از ذخیره الکتریسیته ساکن و احتمال انفجار باشد.		

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

اتاقهای سرپوشیده ای که در آن ها سیلندرها گاز نگهداری یا استفاده می شوند، باید مجهز به سیستم تهویه مناسب باشند.		
نکات مهم در زمینه تامین اکسیژن با فشار، جریان و خلوص مورد انتظار برای بیماران: (در صورت وجود در آمبولانس)		
۱.تهیه و تامین ابزار الزم برای سنجش فشار و خلوص اکسیژن . 2.سنجش میزان فشار و خلوص اکسیژن . 3.وجود حداقل خلوص ۹۰ درصدی اکسیژن تولیدی اکسیژن ساز ۴. وجود قرارداد سرویس و نگهداری با شرکت نمایندگی دستگاه اکسیژن ساز و انجام سرویسهای دوره ای و نگهداری مستندات مربوط ۵. رعایت نکات ایمنی و فنی دستگاههای اکسیژن ساز ۶.سیستم رزرو کپسول اکسیژن برای مواقع اضطراری ۷. دسترسی حفاظت شده برای افراد مجاز به استقرار منابع تامین کننده اکسیژن و مخازن ذخیره ۸. استقرار منابع تامین 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 کپسولهای اکسیژن توسط شرکتهای معتبر و دارای مجوز تولید اکسیژن طبی از موسسه ملی استاندارد ایران ۱۰. نگهداری سوابق تهیه/ شارژ کپسولهای اکسیژن ۱۱. مدیریت موجودی کپسول شارژ شده به نحوی که علاوه تامین نیازهای معمول در تمام ساعات شبانه روز برای شرایط غیر مترقبه نیز ذخیره پیش بینی شود.		
سنجه شش	کاربران دائم و موقت در نوبتهای کاری، بر اساس اصول نگهداشت و کاربری صحیح و ایمن از تجهیزات پزشکی استفاده می نمایند.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
روش ارزیابی		
۱	آموزش کاربری ایمن و صحیح تجهیزات پزشکی توسط افراد ذیصلاح	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	آگاهی و تسلط تمامی کاربران دائم و موقت تجهیزات پزشکی در تمامی نوبتهای کاری در خصوص اصول نگهداشت و کاربری صحیح و ایمن تجهیزات پزشکی	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	ارزیابی اثربخشی آموزشهای 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	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

آموزش کاربران مطابق برنامه تدوین شده برای استفاده صحیح و ایمن از تجهیزات صدور گواهینامه الکترونیکی/ فیزیکی پس از گذراندن دوره‌های آموزشی جهت کاربران تجهیزات پزشکی 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 ارزشیابی		
۱	تدوین و ابلاغ روش اجرایی تامین 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 مورد نیاز 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 • 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 ارزشیابی		
۱	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط برای انبارش ایمن دارو	بررسی مستندات و مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

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، بر اساس الزامات کارخانه سازنده	مشاهده
۶	مدیریت تاریخ انقضا دارو ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی و مدیریت مصرف آنها 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 بصورت ایمن نگهداری و ثبت می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ملاک ارزشیابی		
روش ارزیابی		
۱	وجود لیست داروهای مورد نیاز 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 ات مربوط به داروها و تجهیزات مصرفی در فرم ها 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
توضیحات ابلاغ دستورالعمل دارویی به شماره نامه ۱۱۵/۲۰۰/۲ مورخ ۱۴۰۰/۱/۲۸ تحويل و تحول دارو های آمبولانس در ابتدای شیفت براساس چک لیست مطابق با آخرین دستورالعمل دارویی و ثبت در دفتر، ثبت نواقص دارویی در دفاتر، ثبت دارو های مصرفی در فرم مراقبت اورژانس و دفاتر، مستندات ات درخواست دارو مستندات سازی در سامانه اتوماسیون عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی و دفاتر موجود در پایگاه ثبت گردد.		

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

* لیبیل گذاری داروهای پرخطر/ مشابه/ یخچالی، آگاهی کارکنان و رعایت دستورالعمل ** تمامی پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی می بایست بر اساس 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 پیش بینی کمد جهت نگهداری اقلام مصرفی پزشکی و غیر پزشکی بلامانع می باشد. دسترسی به فضای انبار صرفاً توسط مسئول پایگاه مجاز می باشد. 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 استاندارد های ابلاغی، دسترسی محدود به فضای انبارش داروها و تجهیزات مصرفی		
سنجه چهار	فراخوان دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی طبق ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی/ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	اطلاع رسانی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	نظارت بر جمع آوری 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	روشن بودن سرنوشت نهایی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان و جمع آوری شده در بخش مراقبتهای دارویی	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	سوابق و مستندات ات مورد نیاز دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده : سوابق مکاتبات سازمان غذا و دارو و سایر نهادهای ذیربط در خصوص 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 اطلاع رسانی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده به تمامی واحدها توسط مسئول فنی سوابق و مستندات ات بیان کننده سرنوشت نهایی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده دستورالعمل به شماره به SOP_DPNA_GIO_014 مورخ 97/11/01	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه پنج	عوارض / واکنش و خطاهای دارویی، گزارش تحلیلی و اقدام اصلاحی برنامه ریزی می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
روش ارزیابی		
۱	شناسایی و گزارش دهی عوارض و خطاهای دارویی در بیمار، طبق دستورالعمل ثبت عوارض و خطاهای دارویی و راهنمای گزارش عوارض و اشتباهات دارویی	بررسی مستندات
۲	وجود و دسترسی به فرم ثبت عوارض و خطاهای دارویی	بررسی مستندات و مصاحبه و مشاهده
۳	ارسال گزارش عوارض ناخواسته داروها و خطاهای دارویی، از طریق تکمیل و ارسال فرم ADR و یا سامانه گزارش دهی آنلاین	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	مستندات سازی در سامانه اتوماسیون عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی و دفاتر موجود در پایگاه ثبت گردد. مفهوم ADR آن است که علی رغم 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 نمودن دارو است .	
استاندارد ۶	نظارت و پایش بر عملکرد پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی انجام می شود.	
سنجه یک	بازدیدهای دوره ای از پایگاه ها انجام و در صورت نیاز اقدام اصلاحی انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
روش ارزیابی		
۱	برنامه بازدیدهای دوره ای	بررسی مستندات
۲	پایش مطابق برنامه براساس چک لیست	بررسی مستندات / مشاهده
۳	ارائه گزارش و بازخورد به مسئول بالادستی و مسئولین مربوطه (پایگاه/ نقلیه/ تجهیزات پزشکی)	بررسی مستندات
۴	برنامه ریزی و اجرا جهت اقدام اصلاحی	بررسی مستندات
توضیحات	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	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

• بررسی موارد ثبت شده مرتبط با سرویس و نگهداری آمبولانس (همانند زمان تعویض روغن و ...) • پیگیری موارد و نواقص فنی ثبت شده توسط مسئول پایگاه • آماده بکار 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 بصورت مستمر • بررسی مهارت رانندگی و موارد فنی مطابق با شرح وظایف • بررسی تصادفات و تعمیرات • تجهیزات پشتیبان (لوازم یدکی) • بررسی یخچال دارویی • بررسی انبار • بررسی لیبل های 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 • عملکرد صحیح کارکنان در کار با تجهیزات • در اقدام اصلاحی برنامه ریزی جهت برگزاری کلاس های آموزشی توسط واحد تجهیزات پزشکی در ارتباط با کاربری صحیح تجهیزات انجام می گیرد • کنترل دارو در کمدهای دارویی پایگاه و همچنین جامبگ آمبولانس بر اساس دستورالعمل ابلاغی به شماره ۱۱۵/۲۰۰/۲ مورخ ۱۴۰۰/۱/۲۸ انجام گردد.		
سنجه دو	شاخص های عملکردی پایگاه ها تدوین و پایش می گردد	
	روش ارزیابی	
۱	تدوین شاخص های عملکردی	بررسی مستندات
۲	اندازه گیری و پایش شاخص ها	بررسی مستندات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۳	تحلیل داده ها و ارائه گزارش به مسئول بالادستی	بررسی مستندات
۴	برنامه ریزی و اجرا اقدام اصلاحی	بررسی مستندات
توضیحات	تعداد ماموریتها، زمان اعزام ، درصد انتقال بیمار به بیمارستان، رضایت شخصی، مدت زمان عملیات ، زمان ماندگاری در صحنه ، درصد شکایات و ...	

۸. محور مراقبتهای عمومی و درمانی

استاندارد ۱	فرآیندهای عمومی خدمات مراقبتی فوریتهای پزشکی به بیماران براساس استانداردها و دستورالعمل ها اجرا می گردد.	
سنجه یک	ارزیابی ایمنی صحنه با استفاده از اصول مدیریت خطر (شناسایی و کنترل) جهت ارائه خدمات سلامت بر اساس دستورالعمل ابلاغی انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	
۱	وجود پروتکل/دستورالعمل ایمنی صحنه stop / observe/ thinking /planning	بررسی مستندات
۲	آگاهی کارکنان از پروتکل/دستورالعمل	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	اجرای پروتکل درمانهای گام به گام در اورژانس	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	اعلام مشکلات صحنه به واحد ارتباطات جهت آمادگی و ایمنی صحنه	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	تدوین دستورالعمل با استفاده از کتاب درمانهای گام به گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب های مرجع اورژانس پیش بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۳ / ۳۰۰ / ۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۲۲ جنبه عملیاتی: شناسایی مخاطرات، تعداد مصدومین/ بیماران، لزوم استفاده از منابع تکمیلی	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

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 تعدادبیماران و یا مصدومین موجود در صحنه، تشخیص بیمارانی که نیاز به کمک بیشتری دارند، تصمیم گیری برای انتقال بیمار از صحنه در صورت لزوم		
سنجه دو	ارزیابی اولیه بیماران به منظور ارائه مراقبت های درمانی انجام و ثبت می شود.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
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
توضیحات منابع موجود: استفاده از کتاب درمانهای گام به گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب های مرجع اورژانس پیش بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۳/۳۰۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۲۲ حداقل ۵ فرم PCR توسط ارزیاب چک شود.		
سنجه سه	ارائه خدمات فوریتهای پزشکی برای بیماران / مصدومین براساس نتایج ارزیابی اولیه انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	مداخله مناسب بر اساس مشکل مربوطه	مصاحبه
۲	پایدار کردن همودینامیک بیماران بر اساس ارزیابی اولیه	مصاحبه
۳	انجام ارزیابی ثانویه برای تمام بیماران/مصدومین	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	طراحی برنامه درمانی و مراقبتی بر اساس ارزیابی ثانویه	بررسی مستندات و مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

توضیحات		در صورتی که بیمار ترومایی بود ارزیابی و مدیریت بر اساس PHTM انجام می گردد. حداقل ۵ فرم PCR نیز توسط ارزیاب چک شود.
سنجه چهار	جهت ارائه خدمات مراقبتی و درمانی از پروتکل آفلاین استفاده می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		روش ارزیابی
۱	در دسترس بودن دستورالعمل پروتکل آفلاین	مشاهده
۲	آگاهی کارکنان از پروتکل های آفلاین	مصاحبه
۳	تصمیم گیری و طراحی برنامه درمانی بیماران با استفاده از پروتکل آفلاین	مصاحبه
۴	ثیت اقدامات انجام شده منطبق با دستورالعمل	بررسی مستندات
توضیحات	- درمانهای گام به گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ - انجام تمامی اقدامات و ارزیابی های 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	
سنجه پنج	جهت ارائه خدمات مراقبتی و درمانی از مشاوره پزشکی استفاده می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		روش ارزیابی
۱	در دسترس بودن پزشک مشاور	مشاهده
۲	در دسترس بودن دیسپیج تخصصی	مشاهده
۳	تصمیم گیری و طراحی برنامه درمانی بیماران با مشاوره و همکاری پزشک مشاور	مشاهده و مصاحبه
۴	ثیت اقدامات انجام شده منطبق با دستورالعمل	بررسی مستندات
توضیحات	در مراکز ۲۴۷ دسترسی به دیسپیج قلب و در قطب ها دسترسی به دیسپیج 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
۱	تدوین روش اجرایی به منظور مدیریت درد بیماران	بررسی مستندات
۲	آگاهی کامل تمامی کارکنان از روش اجرایی فوق	مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۳	ارزیابی تمامی بیماران از نظر شدت درد	بررسی مستندات
۴	وجود دارو های و تجهیزات کنترل درد طبق دستورالعمل ویرایش ۷ دارو تجهیزات	مشاهده و بررسی مستندات
۵	انطباق عملکرد با روش اجرایی	بررسی مستندات و مشاهده
۷	پاسخ و واکنش بیمار پس بکارگیری روش های کنترل درد ثبت شود.	بررسی مستندات
توضیحات	تدوین روش اجرایی با استفاده از کتاب درمانهای گام به گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب های مرجع اورژانس پیش بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۳/۳۰۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۲۲ ارزیابی میزان دردی که توسط یک بیمار تجربه می شود، در تعیین فوریت درمان نقش مهمی را خواهد داشت بنابراین لازم است حتما به آن توجه گردد. کنترل درد بصورت دارویی و غیر دارویی میسر می باشد، روش های غیر دارویی نظیر استفاده از آتل ، ریلکسیشن و ...	
سنجه هفت	دارودهی براساس دستورالعمل های ابلاغی تجویز می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
روش ارزیابی		
۱	آگاهی کارکنان از نحوه دارو دهی براساس دستورالعمل ها	مصاحبه
۲	انجام دارو دهی با رعایت پروتکل ها براساس دستورالعمل ابلاغی و مشاوره پزشک	مصاحبه
۳	ثبت نوع دارو و دوز مصرفی آن	بررسی مستندات
۴	ثبت عوارض و مشکلات احتمالی دارو	بررسی مستندات
توضیحات	منابع موجود: استفاده از کتاب درمانهای گام به گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب های مرجع اورژانس پیش بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۳/۳۰۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۲۲ دستورالعمل واحدهای هدایت پزشکی عملیات و دستورالعمل درمان گام به گام اورژانس پیش بیمارستانی	
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		
روش ارزیابی		
۱	نگهداری ایمن داروهای با هشدار بالا و مشابه	مشاهده
۲	تجویز ایمن داروهای با هشدار بالا و مشابه	مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۳	گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیر ایمن داروهای با هشدار بالا و تحلیل علل ریشه ای 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 - پروپرانولول در مورد داروهای مشابه (از نظر ظاهری) مرکز می بایست از خرید آمپول / ویال مشابه خودداری نماید. و در صورت وجود دارو ، اطلاع رسانی نموده و لیبل زرد رنگ چسبانده شود	
سنجه نه	تعیین تکلیف بیمار منطبق با دستورالعمل های 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	جابجایی و انتقال بیمار/ مصدوم بر اساس ماموریت محوله و با شیوه های صحیح به صورت ایمن انجام و با توجه به فرآیندهای ابلاغی تحویل به بیمارستان می گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	گذراندن آموزش های لازم در زمینه جابجایی و انتقال بیماران (تمامی کارکنان) و نحوه تحویل	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	انجام جابجایی و انتقال بیماران بر اساس پرتکل PHTM ابلاغی سازمان اورژانس کشور	بررسی مستندات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۳	تحويل 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 گام به گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب های مرجع اورژانس پیش بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۳ /۳۰۰ / ۱۱۵ مورخ ۱۴۰۴/۰۴/۲۲ تحويل بیماران ترومایی براساس دستورالعمل تحويل بیماران در اورژانس هوایی براساس دستورالعمل کد ۳۵۰ تحويل بیمار سکنه حاد قلبی براساس دستورالعمل تحويل بیمار سکنه حاد مغزی براساس دستورالعمل خلاصه ای از شرایط بیمار، اقدامات انجام شده و... در زمان تحويل بیمار به مرکز درمانی ارائه می شود. کلیه وسایل بیمار مطابق با دستورالعمل ابلاغی تحويل داده می شود.	
سنجه یازده	در صورت عدم تمایل بیمار/همراهان به انتقال به بیمارستان مطابق با دستورالعمل ابلاغی فرم براءت نامه تکمیل می گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	آموزش به بیمار و همراهان در خصوص خطرات احتمالی در موارد عدم انتقال به مرکز درمانی و ارائه توصیه های پزشکی لازم.	مصاحبه و بررسی مستندات
۲	تکمیل فرم براءت نامه به صورت کامل توسط افراد واجد صلاحیت بیمار، همراه بیمار و شاهدان و امضا و اثر انگشت	بررسی مستندات
۳	بایگانی و نگهداری فرم های کامل شده براءت نامه به صورت اصولی و استاندارد	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 گام به گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب های مرجع اورژانس پیش بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۳ /۳۰۰ / ۱۱۵ مورخ ۱۴۰۴/۰۴/۲۲	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

*نکته: در تمامی موارد ترومایی، ۲۴۷، ۷۲۴ و مسمومیت در صورت عدم رضایت بیمار، ارتباط پزشک مشاور و همراه بیمار برقرار می گردد.		
فرآیندهای اختصاصی مراقبتهای فوریتهای پزشکی به بیماران براساس استانداردها و دستورالعمل ها اجرا می گردد.		استاندارد ۲
ارزیابی و انجام اقدامات فوریت های پزشکی در بیماران با کد سما (۷۲۴) مطابق با دستورالعمل های ابلاغی اجرا و ثبت می شود.	سطح سنجه: ۱	سنجه یک
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		روش ارزیابی
گذراندن آموزش های لازم در زمینه آشنایی با کد سما ۷۲۴	بررسی مستندات و مصاحبه	۱
وجود و دسترسی به دستورالعمل ویژه برای بیماران کد سما	بررسی مستندات و مصاحبه	۲
آگاهی تمام کارکنان عملیاتی از دستورالعمل ابلاغی	بررسی مستندات و مصاحبه	۳
اجرائی نمودن مفاد دستورالعمل ابلاغی توسط کارکنان عملیاتی اعلام کد سما به بیمارستان	بررسی مستندات و مصاحبه	۴
تحويل بیمار به تیم استروک در واحد سی تی اسکن	بررسی مستندات و مصاحبه	۵
ثبت اقدامات انجام شده	بررسی مستندات	۶
دستورالعمل جامع عملیات اورژانس پیش بیمارستانی (فرآیند عملیات اورژانس) به شماره نامه ۱۱۸۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹ و دستورالعمل ۷۲۴ به شماره ۴۰۰/۲۹۹۱۵ د مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۰۸ 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 می باشد. لزوم رعایت و استفاده از گام های پروتکل آفلاین توسط کارکنان عملیاتی تکمیل مستندات ات مربوط به فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش بیمارستانی(PCR) به صورت الکترونیکی و در مراکز فاقد اتوماسیون عملیاتی به صورت فیزیک ثبت گردد. کارکنان عملیاتی ملزم به گذراندن آموزشی مدیریت بیماران با سکته حاد مغزی اورژانس پیش بیمارستانی می باشند.		توضیحات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه دو	ارزیابی و انجام اقدامات فوریت های پزشکی در بیماران ۲۴۷ (مدیریت درمان سکتة حاد قلبی) مطابق با دستورالعمل های ابلاغی اجرا و ثبت می شود.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	گذراندن آموزش های لازم در زمینه مدیریت درمان سکتة حاد قلبی ۲۴۷	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	وجود و دسترسی به دستورالعمل ویژه برای بیماران کد ۲۴۷	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	آگاهی تمام کارکنان عملیاتی از دستورالعمل ابلاغی	مصاحبه
۴	اجرایی نمودن مفاد دستورالعمل ابلاغی توسط کارکنان عملیاتی در مواجهه با بیماران کد ۲۴۷	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	دسترسی به دیسپچ تخصصی قلب	بررسی مستندات و مصاحبه
۶	تحويل بیماران به کت لب بیمارستان	مصاحبه و مشاهده
۷	تأمین منابع و تجهیزات مورد نیاز (تله کاردیوگرام) جهت اجرای طرح	بررسی مستندات و مصاحبه
۸	ثبت اقدامات انجام شده	بررسی مستندات
توضیحات	لیست بیمارستانها ۲۴۷ در دسترس است. دستورالعمل جامع عملیات اورژانس پیش بیمارستانی (فرآیند عملیات اورژانس) به شماره نامه ۱۱۸۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹ و دستورالعمل ۲۴۷ به شماره ۴۰۰/۶۶۸۳ مورخ ۱۳۹۷/۰۳/۲۸ جابه جایی و انتقال اصولی و ایمن بیمار از محل حادثه تا مرکز درمانی انجام گردد. دستورالعمل مدیریت درمان بیماران با کد ۲۴۷ در پایگاه موجود و در دسترس کارکنان عملیاتی می باشد. لزوم رعایت و استفاده از گام های پروتکل آفلاین توسط کارکنان عملیاتی تکمیل مستندات ات مربوط به فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش بیمارستانی (PCR) به صورت الکترونیکی و در مراکز فاقد اتوماسیون عملیاتی به صورت فیزیک ثبت گردد. وجود دستگاه های تله کاردیوگرام در آمبولانس بر اساس دستورالعمل های ابلاغی سازمان کارکنان عملیاتی ملزم به گذراندن آموزشی مدیریت بیماران با سکتة حاد قلبی اورژانس پیش بیمارستانی می باشند.	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه سه	ارزیابی و انجام اقدامات فوریت های پزشکی در مصدومین ترومایی مطابق با دستورالعمل های ابلاغی اجرا و ثبت می شود.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	گذراندن آموزش های لازم در زمینه مصدومین ترومایی (دوره PHTM)	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	وجود و دسترسی به دستورالعمل ویژه مصدومین ترومایی ترافیکی و غیر ترافیکی	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	آگاهی تمام کارکنان عملیاتی از دستورالعمل ابلاغی	مصاحبه
۴	اجرایی نمودن مفاد دستورالعمل ابلاغی توسط کارکنان عملیاتی در مواجهه با مصدومین ترومایی	مصاحبه
۵	تأمین منابع و تجهیزات مورد نیاز برای مدیریت درمان مصدومین	مشاهده
۶	جابه جایی 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 پیش بیمارستانی (فرآیند عملیات اورژانس) به شماره نامه ۱۱۸۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۹ منابع موجود: استفاده از کتاب درمانهای گام به گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب های مرجع اورژانس پیش بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۳ /۳۰۰ /۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۰۴/۲۲ جابه جایی 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 می باشد. لزوم رعایت و استفاده از گام های پروتکل آفلاین توسط کارکنان عملیاتی تکمیل مستندات ات مربوط به فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش بیمارستانی (PCR) به صورت الکترونیکی و در مراکز فاقد اتوماسیون عملیاتی به صورت فیزیک ثبت گردد. کارکنان عملیاتی ملزم به گذراندن آموزشی مدیریت مصدومین ترومایی (PHTM) می باشند.	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه چهار	ارزیابی و انجام اقدامات فوریت های پزشکی در بیماران ایست قلبی و تنفسی مطابق با دستورالعمل های ابلاغی اجرا و ثبت می شود.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	گذراندن آموزش های لازم در زمینه بیماران ایست قلبی و تنفسی (PHCLS)	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	وجود و دسترسی به دستورالعمل ویژه برای احیای قلبی- ریوی پیش بیمارستانی	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	آگاهی تمام کارکنان عملیاتی از دستورالعمل ابلاغی	مصاحبه
۴	اجرایی نمودن 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 مورد نیاز 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 گام به گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب های مرجع اورژانس پیش بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۳/۳۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۴/۰۴/۲۲ - جابه جایی 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 می باشد. - لزوم رعایت و استفاده از گام های پروتکل آفلاین توسط کارکنان عملیاتی - تکمیل مستندات ات مربوط به فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش بیمارستانی (PCR) به صورت الکترونیکی و در مراکز فاقد اتوماسیون عملیاتی به صورت فیزیکی ثبت گردد. - منابع شامل الکترود شوک؛ AED ، ونتیلاتور، اکسیژن پرتابل، لارنگوسکوپ ترجیحا ویدئو لارنگوسکوپ، LMA	
سنجه پنج	ارزیابی و انجام اقدامات فوریت های پزشکی در بیماران اورژانس های اجتماعی مطابق با دستورالعمل های ابلاغی اجرا و ثبت می شود.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	گذراندن آموزش های لازم در زمینه اقدامات فوریت های پزشکی در بیماران اورژانس های اجتماعی	بررسی مستندات و مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۲	وجود و دسترسی به دستورالعمل ویژه برای بیماران با اورژانس های رفتاری/ روان	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	آگاهی تمام کارکنان عملیاتی از دستورالعمل ابلاغی	مصاحبه
۴	اجرای نمودن مفاد دستورالعمل ابلاغی توسط کارکنان عملیاتی در مواجهه با بیماران با اورژانس های رفتاری	مصاحبه
۵	هماهنگی با سازمانهای همکار ۱۲۳ و ۱۱۰	بررسی مستندات و مصاحبه
۶	تأمین منابع و تجهیزات مورد نیاز برای بیماران با اورژانس های 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 گام به گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب های مرجع اورژانس پیش بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۳/ ۳۰۰/ ۱۱۵ مورخ ۱۴۰۴/۰۴/۲۲ جابه جایی و انتقال اصولی و ایمن بیمار از محل حادثه تا مرکز درمانی انجام گردد. دستورالعمل بیماران اورژانس های اجتماعی در پایگاه موجود و در دسترس کارکنان عملیاتی می باشد. لزوم رعایت و استفاده از گام های پروتکل آفلاین توسط کارکنان عملیاتی تکمیل مستندات ات مربوط به فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش بیمارستانی(PCR) به صورت الکترونیکی و در مراکز فاقد اتوماسیون عملیاتی به صورت فیزیکی ثبت گردد.		
سنجه شش	ارزیابی و انجام اقدامات فوریت های پزشکی در اورژانس مادر باردار و نوزادان مطابق با دستورالعمل های ابلاغی اجرا و ثبت می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ ملاک ارزشیابی		
روش ارزیابی		
۱	گذراندن آموزش های لازم در زمینه اقدامات فوریت های 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

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۴	اجرایی نمودن مفاد دستورالعمل ابلاغی توسط کارکنان عملیاتی در مواجهه با بیماران با اورژانس های مادر باردار و نوزاد	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	تأمین منابع و تجهیزات مورد نیاز برای بیماران با اورژانس های مادر باردار و نوزاد (ست زایمان، داروی اکسی توسین و سولفات منیزیم، آمبو نوزاد و لارنگوسکوپ نوزاد	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 گام به گام در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره ابلاغ ۵۳۰۸/۱۱۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ و کتاب های مرجع اورژانس پیش بیمارستانی با شماره ابلاغ ۳۳/۳۰۰/۱۱۵ مورخ ۱۴۰۴/۰۴/۲۲ جابه جایی 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 می باشد. لزوم رعایت و استفاده از گام های پروتکل آفلاین توسط کارکنان عملیاتی تکمیل مستندات ات مربوط به فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش بیمارستانی (PCR) به صورت الکترونیکی و در مراکز فاقد اتوماسیون عملیاتی به صورت فیزیک ثبت گردد.	
استاندارد ۳	نظارت و پایش بر اجرای صحیح فرآیندهای عمومی و تخصصی خدمات فوریت انجام می شود.	
سنجه یک	شاخص های عملکردی اجرای صحیح فرآیندها تدوین و پایش می گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	تدوین شاخص های عملکردی	بررسی مستندات
۲	اندازه گیری و پایش شاخص ها	بررسی مستندات
۳	تحلیل داده ها و ارائه گزارش به مسئول بالادستی	بررسی مستندات
۴	برنامه ریزی و اجرا اقدام اصلاحی در صورت نیاز	بررسی مستندات
توضیحات	شاخص های عملکردی همانند: میانگین زمان پاسخ گویی در ۲۴۷-۷۲۴ میانگین زمان صحنه در ۲۴۷-۷۲۴ و تحویل به سی تی اسکن/ کت لب	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه دو	نظارت بر اجرای فرآیندها مطابق با برنامه اجرا و در صورت نیاز اقدام اصلاحی برنامه ریزی و اجرا می گردد.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	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. بازدید بصورت شبانه روزی برنامه ریزی شود.	

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.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	تامین تجهیزات مورد نیاز جهت راه اندازی سامانه مدیریت عملیات پیش بیمارستانی	بررسی مستندات و مشاهده
۲	نصب و راه اندازی تجهیزات جهت استقرار سامانه مدیریت عملیات پیش بیمارستانی	بررسی مستندات و مشاهده
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	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

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 شهرستانهای تحت پوشش راه اندازی، تکمیل و بهره برداری می گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
روش ارزیابی		
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	بکارگیری سامانه اتوماسیون عملیات پیش بیمارستانی در شهر های 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 در خصوص نحوه استفاده از سامانه اتوماسیون عملیات پیش بیمارستانی	بررسی مستندات و مصاحبه
۷	پایش وضعیت سامانه و ارائه بازخورد در خصوص مشکلات جهت بهبود این خدمت	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	نکاتی که حتما بایستی مورد بررسی قرارگیرد: - 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 ارزشیابی		
روش ارزیابی		
۱	راه اندازی و بکارگیری نرم افزار ثبت سوانح ویژه در EOC بصورت ۲۴ ساعته	بررسی مستندات و مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۲	وجود و بکارگیری تجهیزات سخت افزاری مرکز EOC طبق دستور العمل	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، 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 چهار	سیستم پزشکی از راه دور راه اندازی و توسعه داده شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
روش ارزیابی		
۱	راه اندازی و بکارگیری نرم افزار بر روی سامانه آسایار	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	قرارداد پشتیبانی از نرم افزار	بررسی مستندات
۳	تست کردن سیستم پزشکی از راه دور	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	وجود گزارش های عملکرد سیستم پزشکی از راه دور	بررسی مستندات
۵	وجود و بکارگیری تجهیزات سخت افزاری	بررسی مستندات و مصاحبه
۶	آگاهی و مهارت کارکنان	مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

توضیحات	پزشکی از راه دور به استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات برای ارائه خدمات پزشکی و بهداشتی از راه دور گفته می شود. فناوری ارتباطات این امکان را فراهم می کند تا خدمات پزشکی به مراکزی که از لحاظ جغرافیایی از مرکز ارائه دهنده مجزا هستند فراهم شود. ارتباط تله مدیسین معمولاً از طریق خطوط تلفن معمولی برای انتقال سیگنال های دیجیتالی به کمک کامپیوتر تامین می شود. همچنین امکانات پیشرفته ارتباطی نظیر فیبرهای نوری، خطوط ماهواره ای و موارد مشابه دیگر امکانات گسترده ای را در انتقال اطلاعات فراهم می کنند. دستگاه تله کاردیولوژی و توانایی ارسال ECG – وجود سیم کارت	
سنجه پنج	سامانه MCMC راه اندازی و توسعه داده شده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	تامین تجهیزات مورد نیاز جهت راه اندازی سامانه MCMC	بررسی مستندات و مشاهده
۲	نصب و راه اندازی تجهیزات جهت استقرار سامانه MCMC	بررسی مستندات و مشاهده
۳	انعقاد قرارداد پشتیبانی سامانه MCMC	بررسی مستندات
۴	به روز بودن نرم افزار MCMC	بررسی مستندات و مشاهده
۵	امکان گزارش گیری از سامانه	مشاهده
توضیحات	بر اساس 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 مراقبت های درمانی در دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی کشور.	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

استاندارد ۲		مسیریابی، ردیابی و مکان یابی موقعیت تماس گیرنده با ۱۱۵، آمبولانس و تکنسین های فوریت به صورت الکترونیکی مدیریت می گردد.
سنجه یک	بستر شبکه اختصاصی امن راه اندازی شده و امکانات مسیریابی با استفاده از نرم افزارهای مسیریاب داخلی به بهره برداری رسیده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		روش ارزیابی
۱	وجود خطوط ارتباطی امن بین مرکز فوریت های پیش بیمارستانی و دانشگاه	مشاهده و مصاحبه
۲	تامین سیم کارت های عملیات، بر بستر شبکه اختصاصی امن باشند.	مشاهده
۳	اتصال سیم کارت های عملیاتی مرکز فوریت های پیش بیمارستانی دانشگاه به شبکه اختصاصی امن (APN)	مشاهده
۴	نصب نرم افزار مسیریاب داخلی بر روی گوشی های تکنسین ها	مشاهده
۵	بهره برداری از نرم افزار مسیریاب داخلی در فرآیند خدمت رسانی	مشاهده
توضیحات		برقراری ارتباط MPLS یا Neuronta بین مرکز اورژانس پیش بیمارستانی (محل قرارگیری سرورهای اتوماسیون آسایار) و دانشگاه بر بستر فیبر نوری. منظور از نرم افزار مسیریاب داخلی، نرم افزاری های نظیر بلد، نشان و ... می باشد. در خصوص این استاندارد، ارزیاب باید بررسی کند زمانی که مددجو با ۱۱۵ تماس میگیرد، محل دقیق وی روی نرم افزار عطف به نامه شماره ۱۱۵/۲۱۴۱ مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۰۸ ریاست محترم سازمان اورژانس کشور در خصوص راه اندازی شبکه اختصاصی امن همراه (سرویس APN)، مراکز می بایست 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 دو	توکن حاوی کلید خصوصی جهت خدمت الکترونیکی استعلام موقعیت جغرافیایی مددجویان ۱۱۵ مورد استفاده قرار میگیرد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		روش ارزیابی
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

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۳	راه اندازی خدمت الکترونیکی استعلام موقعیت جغرافیایی مددجویان ۱۱۵ در مرکز	بررسی مستندات و مشاهده
۴	بهره‌برداری از خدمت الکترونیکی در فرآیند خدمت رسانی	بررسی مستندات و مشاهده
۵	پایش وضعیت خدمت الکترونیکی و ارائه بازخورد در خصوص مشکلات جهت بهبود این خدمت	مشاهده
توضیحات	در خصوص این استاندارد، ارزیاب می‌بایست موقعیت جغرافیایی تماس گیرنده با ۱۱۵ را روی سیستم دیسیج (سامانه اتوماسیون عملیات پیش بیمارستانی) 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 دستگاه های ردیاب روی آمبولانس های مرکز	مشاهده
۲	راه اندازی سامانه نرم افزای راهبری ناوگان لجستیک	مشاهده
۳	بررسی کارکرد مناسب دستگاه های ردیاب	مشاهده و مصاحبه
۴	گزارشات ردیابی در سامانه راهبری موجود و قابل پیگیری است.	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات	ارزیاب بایستی روی سامانه نرم افزار 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 نرم افزارها برنامه ریزی و بر اساس آن عمل میشود.	
سنجه یک	روش های نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان (Back up) تدوین و اجرا می گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
	روش ارزیابی	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۱	تدوین خط مشی و روش اجرایی چگونگی نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی داده ها	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 داده ها و اطلاعات الکترونیکی داده ها	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
توضیحات در روش اجرایی مشخص گردد داده ها به صورت خودکار (Auotomat) یا دستی (Manual) با استفاده از روش های FullBackup یا Differntial در بازه زمانی مشخص پشتیبان گیری شود. در روش اجرایی "نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانکهای اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان" نحوه اخذ تاییدیه پنج مورد ذیل در قالب چک لیست یا طی یک نامه صادر شده از دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه نیز پیش بینی شود. وجود گزارش تایید شده مسئول فنی سامانه اطلاعات از وجود برنامه زمان بندی پشتیبان گیری خودکار بر روی سرورهای بانک اطلاعاتی مرکز در طول یک شبانه روز وجود گزارش تایید شده مسئول فنی سامانه اطلاعات از کپی خودکار نسخه های 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 نسخه های پشتیبان گرفته شده از بانک سامانه اطلاعات مرکز که توسط مسئول فنی سامانه اطلاعات مرکز وجود گزارش تایید شده مسئول شبکه و زیر ساخت دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه از نصب نرم افزار آنتی ویروس لایسنس دار و به روز رسانی شده حتی به صورت آفلاین بر روی سرورها و کلاینتهای مرکز وجود گزارش تایید شده مسئول شبکه و زیر ساخت دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه از عدم اتصال مستقیم سرورهای سامانه های مرکز به اینترنت به غیر از سرور آنتی ویروس مرکز. استفاده از رایانه های واسط و کنترل شده برای اتصال شرکتهای پشتیبان به سرورهای مرکز. منظور از <u>نسخه پشتیبان آنلاین</u>، نگهداری فایل های پشتیبان روی فضایی که به سرور و شبکه متصل است. (در این روش در صورت آلوده شدن شبکه، فایل های پشتیبان نیز آسیب می بیند) منظور از <u>نسخه پشتیبان آفلاین</u>، نگهداری فایل های پشتیبان روی دستگاهی که شبکه و سرور متصل نیست. (در این روش در صورت آلوده شدن شبکه و سرور، فایل های پشتیبان آسیبی نمی بیند و میتوان به صورت مجدد از آن ها استفاده نمود).		

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه دو	نگهداشت و پشتیبانی از تجهیزات سخت افزاری برنامه ریزی و انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	تدوین روش اجرایی " پشتیبانی از سیستمهای سخت افزاری "با مشارکت صاحبان فرایند	بررسی مستندات
۲	آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس روش اجرایی	مصاحبه
۳	اجرای پشتیبانی از سیستمهای سخت افزاری در سطح مرکز	بررسی مستندات
توضیحات	سوابق فرایندهای ارتقاء و تعمیرات سخت افزاری و درخواستهای خروجی برای تعمیرات به خارج از مرکز، نگهداری شوند. همچنین وجود شناسنامه به روز شده از شبکه و تجهیزات سخت افزاری لازم و ضروری است.	
سنجه سه	اتاق سرور برای سامانه ها و اطلاعات مرکز مدیریت حوادث، بصورت استاندارد و ایمن پشتیبانی از سامانه اطلاعات پیش بیمارستانی فعالیت می نماید.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	بررسی و نظارت امنیت فیزیکی اتاق سرور مطابق با چک لیست بصورت دوره ای	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 سیستم های الکتریکی استاندارد UPS، PDU، ژنراتور و ... می باشد).	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

• ایمن بوده و دارای امکانات ضد حریق (درب و دیوار) باشد. • سرورها و محل نگهداری تجهیزات در آن کامال برچسب گذاری شده و دفترچه راهنمای حداقلی برای دسترسی و عیب یابی سریع موجود باشد . • استفاده از رایانه های رومیزی در مرکز به عنوان سرور اصلی سامانه ها 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 و یا سامانه های هشدار به کاربر باشند. • تجهیزات سخت افزاری موجود در اتاق سرور دارای دو ورودی مجزای برق، اتصالات شبکه کافی بوده و در داخل رک های استاندارد قرار گرفته باشند. سایر شرایط فیزیکی و امکانات ایمنی: (۱) ابعاد استاندارد اتاق سرور رعایت شده است :عرض ۱۱۰ تا ۱۲۰ سانتی متر و ارتفاع ۲,۵ متر (۲) تجهیزات سرمایشی (استفاده از کولر گازی با ویژگی (Auto Start) (۳) کف کاذب از جنس آنتی استاتیک (۴) عایق در برابر صدا (۵) وجود چاه ارت (۶) سیستم هشدار اعلام و اطفای حریق (۷) رطوبت سنج و دماسنج (۸) تابلو برق (۹) سوئیچ خاموش اضطراری (۱۰) سیستم روشنایی استاندارد و هوشمند (۱۱) کنترل تردد درب ورودی		
سنجه چهار	امنیت اطلاعات ورودی طبق دستورالعمل های ابلاغی سازمان اورژانس کشور تامین می شود.	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

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۴	نظارت بر صحت اطلاعات ورودی	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات	عطف به نامه شماره ۱۱۵/۱۰/۶۲۱ مورخ ۱۳۹۸/۱۱/۲۶ معاون محترم سازمان اورژانس کشور درخصوص دستورالعمل ابلاغی مرکز فناوری اطلاعات، ارتباطات و امنیت ریاست جمهوری با عنوان «خط مشی ایزوله سازی شبکه های اداری از شبکه های دیگر برای سازمان های متصل به شبکه دولت» که در پیوست ۲ موجود می باشد وجود تصویر گواهینامه گواهی امنیت سامانه اطلاعات مرکز، گواهینامه امنیت سامانه اطلاعات مرکز به صورت فیزیکی به توسعه دهنده سامانه های سلامت ارائه می شود و کپی آن در مرکز موجود بوده و قابل استناد است.	
سنجه پنج	بر اساس شیوهای مدون، ورود صحیح داده ها در سامانه اطلاعات بیمارستانی نظارت و کنترل می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی/ ملاک ارزشیابی		
۱	تدوین خط مشی و روش اجرایی کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی با مشارکت صاحبان فرایند	بررسی مستندات
۲	آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس خط مشی و روش اجرایی	مصاحبه
۳	ارزیابی و کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی حداقل به صورت ماهانه توسط مسئول واحد	بررسی مستندات
۴	اطلاع رسانی نتایج ارزیابی و کنترل صحت داده ها به بیمارستان ها	بررسی مستندات
۵	دریافت تصاویر مراکز درمانی در مرکز پایش مراقبتهای درمانی MCMC با کیفیت مطلوب	مشاهده
۶	امکان گزارش سازی و گزارشگیری از سامانه	مشاهده و مصاحبه
توضیحات	پهنای باند متناسب با تعداد دوربین ها در نظر گرفته شده است. دریافت تصاویر از بستر امن و مورد تایید سازمان اورژانس کشور وضوح تصاویر دریافتی مناسب می باشد.	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

ارتباط رادیویی بیسیم مراکز هدایت عملیات و مدیریت بحران به صورت مستمر برقرار و پاسخگو می باشد.		استاندارد ۴
سطح سنجه: ۱	ارتباط پایدار مرکز هدایت عملیات بحران با ستاد هدایت عملیات و مدیریت بحران وزارت متبوع بر بستر شبکه DMR / ترانک عمومی برقرار می باشد.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	
مشاهده	نصب و راه اندازی تجهیزات ارتباطی مراکز هدایت عملیات و مدیریت بحران	۱
بررسی مستندات و مشاهده	برقراری ارتباط بین مرکز هدایت عملیات بحران دانشگاه و ستاد هدایت عملیات و مدیریت بحران وزارت متبوع	۲
مشاهده	پایش وضعیت سامانه ارتباطی مراکز هدایت عملیات و مدیریت بحران	۳
توضیحات		تجهیزات ارتباطی شامل: تجهیزات ارتباطی رادیویی اعم از بیسیم و تکرارکننده مورد نیاز بر بستر فرکانس مشترک و یا تجهیزات ارتباطی بر بستر شبکه ترانک عمومی میباشد.
سطح سنجه: ۱	ارتقا شبکه رادیویی از آنالوگ به دیجیتال (DMR) مطابق با طراحی شبکه رادیویی دانشگاه انجام می شود	سنجه دو
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	
مشاهده و بررسی مستندات	تامین تجهیزات مورد نیاز جهت نصب و راه اندازی تجهیزات رادیویی دیجیتال	۱
مشاهده	نصب و راه اندازی تجهیزات رادیویی	۲
مشاهده	بهره برداری از تجهیزات رادیویی در حالت دیجیتال	۳
توضیحات		فاکتور / قرارداد خرید تجهیزات رادیویی موجود باشد.
سطح سنجه: ۱	بهره برداری از خطوط ارتباطی پرسرعت اینترنت و شبکه اختصاصی امن APN انجام شده است.	سنجه سه
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات و مشاهده	امکانات اینترنت پر سرعت برای سیستم های ارتباطی و فناوری اطلاعات	۱

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۲	وجود خطوط ارتباطی شبکه داخلی جهت انجام امور	بررسی مستندات و مشاهده
۳	سیم کارت های 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 در خصوص راه اندازی شبکه اختصاصی امن همراه (سرویس APN)، مراکز می بایست 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 ماهواره ای جهت برقراری ارتباط در مرکز هدایت عملیات بحران وجود دارد	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	وجود گوشی ماهواره ای در مرکز هدایت عملیات و مدیریت بحران	مشاهده
۲	آگاهی پرسنل در خصوص نحوه استفاده از گوشی ماهواره ای	مصاحبه
۳	داشتن شارژ اعتباری و آماده بکار بودن گوشی ماهواره ای	بررسی مستندات و مشاهده
۴	اعلام شماره های تلفن های ماهواره ای به سازمان های 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.	

۱۰. کنترل عفونت و بهداشت محیط

استاندارد ۱		سازماندهی، برنامه ریزی و تامین 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	بررسی مستندات
۲	آگاهی کارشناس کنترل عفونت از شرح وظایف	
۳	کارشناس کنترل عفونت مرتبط با شرح وظایف عملکرد انطباق	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات		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 مستندات سازی آن‌ها (مطابق فلوچارت) همکاری با واحد آموزش به منظور اجرایی شدن آموزش‌های قبل از ورود و آموزش‌های حین خدمت کارکنان پیگیری ارسال دستورالعمل‌ها، راهنماها و مواد آموزشی کنترل عفونت به کارکنان و اجرایی شدن آن‌ها تعیین و آموزش سرپرستان نوبت‌کاری به عنوان همکار کنترل عفونت در هر شیفت مرکز ارتباطات و پیگیری گزارش‌های دریافتی تکمیل چک لیست‌های مربوطه، تهیه گزارش‌های آماری منظم، تکمیل اطلاعات در سامانه مربوطه اطمینان از اثربخشی آموزش‌ها و دریافت دستورالعمل‌ها و راهنماها توسط کارکنان و اخطارها ممیزی و بازرسی‌های منظم از نحوه اجرای برنامه‌ها و پذیرش کارکنان همکاری با سرپرست نوبت‌کاری و رابط بیمارستانی به منظور اجرای برنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه دو	برنامه عملیاتی پیشگیری و کنترل عفونت تدوین، ابلاغ و اجرا می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
روش ارزیابی		
۱	تدوین و ابلاغ برنامه عملیاتی پیشگیری و کنترل عفونت (شامل گزارش های پایشی و اجرا و ارزیابی)	بررسی مستندات
۲	بازنگری برنامه های عملیاتی بر اساس نتایج پایش و اندازه گیری شاخصهای مربوط	بررسی مستندات
۳	بررسی اثر بخشی فعالیت و در صورت لزوم اقدام اصلاحی	بررسی مستندات
توضیحات	برنامه عملیاتی مدیریت حفاظت شغلی ، ایمنی و کنترل عفونت در اورژانس پیش بیمارستانی سالیانه تدوین و به کلیه مراکز جهت اجرا ابلاغ و در سامانه HOP پایش و ارزیابی می شود.	
سنجه سه	منابع، امکانات و تجهیزات لازم برای اجرای برنامه های عملیاتی کنترل عفونت فراهم گردیده است.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
روش ارزیابی		
۱	سهولت در دسترسی به وسایل حفاظت فردی به تعداد کافی	مشاهده و مصاحبه
۲	وجود فضای فیزیکی استاندارد جهت گند زدایی آمبولانس های ۱۱۵ در مراکز درمانی *	مشاهده
۳	وجود تسهیلات و ظروف نگه دارنده به تعداد کافی برای تمامی انواع پسماندها	مشاهده
۴	دسترسی به داروهای پروفیلاکسی در صورت مواجهه شغلی	مشاهده
۵	وسایل و تجهیزات کافی مربوط به پیشگیری از اپیدمی های نوپدید	مشاهده
توضیحات	* راه اندازی جایگاه گندزدایی آمبولانس های 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.	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

مطابق با آیین نامه اجرایی وزارتی به شماره ۲۰۲/۳۷۴ د مورخ ۹۹/۰۳/۱۷ - شماره ۱۱۵/۳۱۴۳ د مورخ ۹۹/۰۳/۲۴ و ۲۰۲/۵۵۸ د مورخ ۹۷/۰۳/۲۰ و ابلاغ سازمان اورژانس کشور به شماره نامه ۴۰۱/۴۱۵۷ د مورخ ۹۶/۱۲/۲۲		
استاندارد ۲		دستورالعمل های ابلاغی کنترل عفونت اجرا و پایش می شود.
سنجه یک	روشهای راهنمای شستشو و گندزدایی تجهیزات و وسایل که شامل فیزیکی و شیمیایی و نحوه استفاده از مواد گندزدا تدوین و اجرا می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	وجود کتاب راهنمای گندزدایی در تمامی واحدها و پایگاهها	مشاهده
۲	آگاهی کارکنان از مفاد و مراحل روش های گند زدایی	مصاحبه
۳	وجود برچسب بر روی ظروف محلول های گندزدایی	مشاهده
۴	عملکرد کارکنان منطبق با راهنمای گندزدایی است.	مصاحبه و مشاهده
توضیحات	کتابچه / مجموعه راهنمای گندزدایی با اطلاعات به روز رسانی شده، شامل روشهای فیزیکی و شیمیایی مورد استفاده در مراکز و پایگاه ها مشتمل بر روش صحیح استفاده، احتیاطهای انجام کار، غلظت مورد نیاز و طریقه ساخت محلولهای رقیق گندزدایی شیمیایی، توسط واحد بهداشت محیط تهیه و به روز رسانی 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.	
سنجه دو	اصول بهداشتی و نظافت آمبولانسها رعایت می شود و محل مناسبی با تسهیلات لازم برای شستشو و گندزدایی آمبولانس وجود دارد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
	روش ارزیابی	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۱	وجود دستورالعمل نظافت و گندزدایی و لکه برداری آمبولانس با رعایت اصول حفاظت فردی	بررسی مستندات و مشاهده
۲	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل	مصاحبه
۳	مکان گندزدایی آمبولانس دارای امکانات و امکان اتصال به سیستم سپتیک و رعایت اصول کنترل مواد عفونی	مشاهده
۴	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات با توجه به ابلاغ کتاب مدیریت کنترل عفونت و حفاظت شغلی در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره نامه ۹۵/۱۱/۱۶ د مورخ ۴۰۱/۳۴۶۹۲ و دستورالعمل مدیریت کنترل عفونت به شماره ۴۰۱/۳۴۶۹۲ د مورخ ۹۵/۱۱/۱۶ ابلاغ راه اندازی جایگاه شستشوی آمبولانس های 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		
سنجه سه	اصول بهداشتی در نظافت، شستشو و گندزدایی پایگاه رعایت می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی روش ارزیابی		
۱	آگاهی کامل تمامی کارکنان از دستورالعمل رعایت اصول بهداشت محیط	
۲	انطباق عملکرد کارکنان با دستورالعمل	مصاحبه و بررسی مستندات
۳	رعایت اصول بهداشتی و نظافت عمومی توسط کارکنان	مشاهده
۴	یونیفرم یکسان، مرتب و تمیز تمامی کارکنان	مشاهده
توضیحات با توجه به ابلاغ کتاب مدیریت کنترل عفونت و حفاظت شغلی در اورژانس پیش بیمارستانی به شماره نامه ۹۵/۱۱/۱۶ د مورخ ۴۰۱/۳۴۶۹۲ و دستورالعمل مدیریت کنترل عفونت به شماره ۴۰۱/۳۴۶۹۲ د مورخ ۹۵/۱۱/۱۶		

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه چهار	تفکیک پسماندها طبق ضوابط بهداشتی انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
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 شستشو و گندزدایی سطوح های زباله	مشاهده
توضیحات	تدوین دستورالعمل با رعایت اصول و الزامات ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته و براساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای "ضوابط و روشهای 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	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه پنج	بهداشت دست ها مطابق ضوابط مربوط رعایت و بر اجرای آن نظارت میشود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	وجود تسهیلات بهداشت دست متناسب با روشهای 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 موثر بر اساس 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 برنامه ریزی و انجام می شود. ممیزی میزان بهداشت دست : • اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست در تمام پایگاه ها با روشهای قابل اطمینان • انجام اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود براساس نتایج • مدیریت و برنامه ریزی ممیزی ها توسط افسر کنترل عفونت طبق برنامه زمانبندی • ارائه گزارش نتایج ممیزی بهداشت دست در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت	
سنجه شش	الزامات و ملاحظات مراقبت از بسته های استریل و یکبار مصرف برنامه ریزی و مدیریت میشود.	سطح سنجه: ۲
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	دمای کمتر از ۲۴ درجه سانتی گراد ، رطوبت نسبی کمتر از ۷۰ درصد، در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل	مشاهده

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

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 بسته های اقلام استریل با توجه به جنس پوشش بسته، تعداد لایه، نوع ابزار و شرایط نگهداری	بررسی مستندات و مشاهده
توضیحات		زمان انقضاء استفاده از بسته های استریل متفاوت است که کارکنان بر اساس روش اجرایی مربوط باید از آن آگاهی داشته و عمل نمایند.
استاندارد ۳	ایمنی کارکنان در پیشگیری از مواجهه شغلی رعایت می گردد.	
سنجه یک	برنامه پیشگیری از آسیب های 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 پایگاه ها	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 پایگاه ها -	بررسی مستندات و مشاهده
۴	آگاهی کارکنان از فرآیند پیشگیری و نحوه مواجهه با needl stick مطابق با آخرین دستورالعمل ابلاغی	مصاحبه
۵	آگاهی کارکنان از فرآیند پیشگیری 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

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

مطابق با آیین نامه اجرایی وزارت بهداشت به شماره ۴۰۱/۴۶۸ د مورخ ۹۸/۰۲/۱۵ - شماره ۴۰۱/۲۳۶۵۱ د مورخ ۹۵/۰۸/۰۹		توضیحات
سطح سنجه: ۲	دستورالعمل " استفاده از وسایل حفاظت فردی " با توجه به نوع مراقبت اجرا می شود.	سنجه دو
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات و مشاهده	وجود و دسترسی کارکنان به دستورالعمل ابلاغی حفاظت فردی و احتیاطات استاندارد	۱
مصاحبه	آگاهی کارکنان عملیاتی از دستورالعمل	۲
مشاهده	تامین منابع، امکانات برای کارکنان مرتبط	۳
مشاهده	وجود وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای حفاظت فردی کارکنان عملیاتی	۴
مشاهده	وجود راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی	۵
مصاحبه و مشاهده	دسترس کارکنان به وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای استفاده در موارد مقتضی	۶
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 دستورالعملهای سازمان طی نامه شماره ۱۱۵/۲۳۸۶ مورخ ۹۸/۱۱/۶ کورونا ویروس 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.***		توضیحات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

استاندارد ۴		بررسی و پایش از نحوه اجرای صحیح برنامه های کنترل عفونت انجام و براساس آن اقدام اصلاحی صورت می گیرد.
سنجه یک	شاخصهای کنترل عفونت پایش و تحلیل و براساس نتایج آن اقدامات اصلاحی انجام می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	تعیین شاخصهای عملکردی کنترل عفونت	بررسی مستندات و مشاهده
۲	پایش شاخصها در محدوده زمانی تعیین شده	بررسی مستندات
۳	جمع آوری 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		*شخص ها شامل : تعداد کارکنان آموزش دیده، موارد مواجهه شغلی ، راه اندازی جایگاهها، خودارزیابی پایگاه
سنجه دو	نظارت بر نحوه انجام و اجرای صحیح برنامه های کنترل عفونت انجام و براساس نتایج آن اقدامات اصلاحی اجرا می گردد.	سطح سنجه: ۲
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	تدوین چک لیست ممیزی جهت واحدها	بررسی مستندات
۲	تعیین زمانبندی انجام ممیزی	بررسی مستندات
۳	انجام ممیزی براساس چک لیست ها طبق زمانبندی مصوب	بررسی مستندات
۴	ممیزی ها و گزارش به واحدها مربوطه ارائه نتایج	بررسی مستندات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۵	تدوین و اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت و ابلاغ به واحدها	بررسی مستندات
توضیحات	براساس فعالیتهای اختصاصی واحد چک لیستهای اختصاصی تدوین شود. در طراحی چک لیست 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 می گردد.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	تعیین زمانبندی انجام ممیزی	بررسی مستندات
۲	انجام ممیزی براساس چک لیست 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	چک لیست پایش سلامت محیط کار پایگاه اورژانس به شماره ۱۱۵/۷۲۰ مورخ ۱۴۰۰،۴،۱۳	
سنجه چهار	گزارش دهی بیماریهای نوپدید و بازپدید و حملات بیولوژیک و موارد مشکوک (نظام مراقبت سندرمیک) مدیریت و پایش می شود.	سطح سنجه: ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	تدوین روش اجرایی گزارش دهی بیماریهای نوپدید ، حملات بیولوژیک و موارد مشکوک	بررسی مستندات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

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

۱۱. محور گیرنده خدمت

استاندارد ۱		مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی از اطلاع رسانی و رعایت منشور حقوق بیمار اطمینان حاصل می نماید.
سنجه یک	منشور حقوق گیرنده خدمت به کلیه واحدها ابلاغ و اجرا می گردد.	سطح سنجه : ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	در دسترس بودن منشور حقوق بیمار در پایگاه ها و مرکز ارتباطات	بررسی مستندات و مشاهده
۲	آگاهی رده های مختلف کارکنان از مفاد منشور حقوق بیمار	مصاحبه
۳	انطباق عملکرد کارکنان با مفاد منشور حقوق بیمار *	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات بازدیدهای میدانی، مصاحبه با گیرندگان خدمت (تماس با گیرنده خدمت)، بررسی شکایات گیرنده خدمت و ... روش های گوناگون نظارت بر روند منشور حقوق می باشد.		

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه دو	پوشش حرفه ای کارکنان عملیاتی و ستادی رعایت شده و کارت شناسایی برای بیماران قابل شناسایی است.	سطح سنجه : ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	رعایت پوشش حرفه ای کارکنان اعم از ستادی و عملیاتی	مشاهده
۲	نصب کارت شناسایی خوانا، عکس دار و قابل رویت	مشاهده
توضیحات	تمامی کارکنان عملیاتی ملزم به نصب کارت شناسایی هستند به گونه ای که در معرض دید مراجعین باشد و از قرار دادن کارت شناسایی در جیب و یا برگرداندن آن خودداری شود.	
سنجه سه	حریم و پوشش گیرنده خدمت رعایت می گردد.	سطح سنجه : ۱
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 جابجایی	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	برنامه ای جهت کاهش موانع فیزیکی، فرهنگی، زبان جهت دستیابی به ارائه خدمات به گیرندگان خدمت وجود دارد.	سطح سنجه : ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	تدوین روش اجرایی جهت برقراری ارتباط موثر با افراد غیرایرانی و گردشگران و افراد ناشنوا و کم شنوا	بررسی مستندات
۲	آگاهی کارکنان از روش اجرایی مذکور	مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۳	انطباق عملکرد با روش اجرایی	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	روش اجرایی دارای چگونگی ارتباط موثر با افراد دارای مشکلات ارتباطی مانند افراد کم شنوا و یا ناشنوا و ... است.	
سنجه پنج	حفاظت از اموال گیرنده خدمت برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود.	سطح سنجه : ۱
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
توضیحات	حداقل های 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 می باشد. • اگر بیمار/مصدوم شرایط انتقال به مرکز درمانی را داشته باشد، در صورت عدم وجود همراه بیمار، اگر ایشان هو شیار و آگاه باشد عهده دار مراقبت از اموال خود می باشد و به محض ورود به مرکز درمانی مراتب تحویل پلیس مستقر در بیمارستان شده و صورتجلسه می گردد. • اگر بیمار/مصدوم دارای کاهش هوشیاری بوده و همراه نیز ندارد، در صورت حضور پلیس اموال بیمار تحویل پلیس شده و صورتجلسه می گردد و در صورت عدم حضور پلیس با توجه به اولویت حفظ سلامتی بیماران، انتقال بیمار به مرکز درمانی صورت می گیرد و به محض ورود به مرکز درمانی، مراتب تحویل پلیس مستقر در بیمارستان شده و صورتجلسه می گردد. • کارکنان عملیاتی موظف به ثبت مستندات ات 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 .	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

• 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 می باشد. از طریق مصاحبه با گیرنده خدمت و بررسی شکایات		
سنجه شش	بیمار و خانواده وی در خصوص پذیرش یا رد درمانهای پیشنهادی آگاهی دارند و اجازه انتخاب به آنها داده می شود .	سطح سنجه : ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		روش ارزیابی
۱	دادن اطلاعات کافی و جامع در جهت تصمیم گیری آزادانه و آگاهانه به گیرنده خدمت	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	امکان انتخاب و تصمیم گیری 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 تصمیم گیری بر عهده تیم درمانی می باشد.
سنجه هفت	به بیمار و خانواده وی در خصوص شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش آگاهی و اجازه انتخاب داده می شود .	سطح سنجه : ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		روش ارزیابی
۱	اطلاع رسانی به گیرنده خدمت درخصوص تمام اقدامات پژوهشی مرتبط	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	اطمینان به بیمار در خصوص عدم تاثیر گذاری، تصمیم گیری 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 در خصوص انجام فعالیت پژوهشی رعایت قوانین و مقررات مربوط به رعایت کدهای ملی اخلاق در پژوهش در رابطه با تمام طرح های تحقیقاتی که با موضوعات انسانی سر و کار دارد الزامی می باشد.

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

سنجه هشت	نظارت مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای برنامه ریزی و انجام میشود.	سطح سنجه : ۱
	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	روش ارزیابی
۱	تعیین روشی برای تعیین نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای	بررسی مستندات و مصاحبه
۲	نظارت شیوه مند، مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	تدوین شاخصهای مرتبط با رعایت حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای و اندازه گیری آن	بررسی مستندات و مصاحبه
۴	تحلیل نتایج اندازه گیری شاخصها و تعارضات و اصلاح موارد عدم انطباق مرتبط با حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای در کمیت بهبود کیفیت	بررسی مستندات و مصاحبه
۵	انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود بر اساس نتایج بررسی روند رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای	بررسی مستندات و مصاحبه
توضیحات	لازم است مدیریت بازدیدهای سرزده ای در تمام ساعات شبانه روز برای ارزیابی عملکرد کارکنان در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت انجام دهد. همچنین برنامه ریزی طراحی سناریوهای نمونه ای به منظور شناسایی نقص های فرایندی و یا موردی در راستای احیای حقوق گیرندگان خدمت انجام شود. انواع شیوه ها و منابع نظارت: ۱. نظارت میدانی مدیریت ۲. اخذ گزارشهای محیطی از صندوقهای ارتباط مردمی ۳. برنامه های 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 حرفه ای . بروز مصادیقی از نقض حقوق بیمار به دلیل تعارض منافع شخصی، صنفی، گروهی و 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 تامین منافع شخصی/گروهی و سایر موارد نقض کننده 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 بر اساس منشور حقوق بیمار آن در هر مرکز و متناسب با	

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

شرایط بومی، نوع خدمات و تداخل و تضاد منافع ارائه دهندگان خدمت، شناسایی و به صورت پیشگیرانه به نفع بیماران کنترل شود. تعارض منافع احتمالی و قابل پیش بینی در سطح مرکز بایستی ضمن اطلاع رسانی و حساس سازی کارکنان مرتبط به دقت و به نفع بیماران پیشگیری شود.		
مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی تسهیلات لازم برای اطلاع رسانی به جامعه را فراهم مینماید.		استاندارد ۲
سطح سنجه ۱:	برنامه آموزش همگانی در جهت پیشگیری از حوادث و بیماری متناسب با گروه های هدف، بیماریهای شایع و بومی تدوین و اجرا شده است.	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات و مصاحبه	تدوین خط مشی و روش اجرایی آموزش همگانی	۱
بررسی مستندات و مصاحبه	بررسی و جمع آوری اطلاعات در خصوص نیاز سنجی آموزشی	۲
بررسی مستندا و مصاحبه	تحلیل اطلاعات جمع آوری شده و تعیین اولویت های سالیانه	۳
بررسی مستندات	تهیه محتوای آموزشی	۴
بررسی مستندات و مصاحبه	برگزاری دوره های آموزشی به گروه های هدف براساس خیرین دستورالعمل های ابلاغی	۵
بررسی مستندات	بررسی اثربخشی آموزش و در صورت نیاز اقدام اصلاحی	۶
مسئول آموزش همگانی با رویکرد پیشگیری و تشخیص بموقع در خصوص بیماریهای شایع و بومی، برنامه های آموزشی را برای گیرنده خدمت طراحی و اجرا می کند. در تدوین روش اجرایی بایستی چارچوبهای تعیین نیازهای آموزشی، اولویتهای آموزشی، شیوه ها و تدابیر آموزش در جهت اجرای برنامه های آموزش همگانی تبیین شود. سیاستهای آموزش توسط مدیریت و مسئول آموزش با مشارکت مسئول ارتباطات و پایگاه ها تدوین و اعلام میشود. همچنین تشکیل و برگزاری منظم جلسات کارگروه آموزش همگانی در مرکز توصیه موکد می شود.		توضیحات

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

نیاز سنجی آموزشی بر اساس آخرین برنامه های ابلاغی سازمان، مخاطرات فصلی، مناسبتی و جغرافیایی، کمک های اولیه، احیای قلبی ریوی پایه و آموزش ها بصورت حضوری یا مجازی، گروهی و یا فردی اجرا شود.		
سطح سنجه : ۱	مسئول آموزش همگانی برنامه های آموزشی را برای گیرنده خدمت طراحی و اجرا می کند.	سنجه دو
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات	تهیه محتوای آموزشی متناسب با نوع مخاطرات و ماموریت های جغرافیایی	۱
بررسی مستندات و مصاحبه	توانمندسازی تکنسین های اورژانس جهت ارائه آموزش به بیمار	۲
بررسی مستندات و مصاحبه	اجرای آموزش به بیمار در زمان ماموریت	۳
بررسی مستندات و مشاهده	ثبت گزارش ماهیانه بر اساس فرم های PCR در پورتال سازمان اورژانس کشور	۴
محتوای آموزشی بر اساس مخاطرات و نوع ماموریت های جغرافیایی مرکز تدوین و آماده سازی شده و پس از تامین امکانات، توانمندسازی پرسنل اورژانس به صورت دوره های آموزشی یا سایر روش ها آموزشی در جهت آموزش به بیمار صورت پذیرد. تکنسین ها به صورت چهره به چهره یا ارائه بروشور یا پمفلت به بیمار و همراه بیمار آموزش میدهند.		توضیحات
مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی رضایت و شکایات گیرنده خدمت را مورد سنجش و تحلیل قرار می دهد.		استاندارد ۳
سطح سنجه : ۱	نظام کارآمد رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات در مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی وجود دارد	سنجه یک
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی	
بررسی مستندات و مصاحبه	اطلاع رسانی در خصوص نحوه اعلام و بررسی شکایت /انتقادات/ و پیشنهادات برای آحاد جامعه	۱
مصاحبه	آگاهی کارکنان از فرایند شکایت /انتقادات/ و پیشنهادات	۲

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۳	انطباق عملکرد کارکنان بر اساس فرایند شکایت / 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 نمودن 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 انرا به کار گیرد . نو آوری 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 و 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 پروتکل های مرکز بوده که منجر به براءت و یا ناوارد بودن شکایت گردد می بایستی نتیجه بررسی در سامانه ۱۹۰ثبت 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 ات مربوطه از طریق سامانه نظارتی کشور ۱۹۰ دراختیار سازمان و احیانا شاکی قرار گیرد.	
سنجه دو	شکایت های وارده اعم از کتبی و شفاهی، رسیدگی و تجزیه تحلیل می گردد ضمن ارائه بازخورد به متقاضی در صورت لزوم، اقدامات اصلاحی انجام میگردد.	سطح سنجه : ۱
گام اجرایی / ملاک ارزشیابی		
۱	جمع آوری و تحلیل ریشه ای 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 جمع بندی نتایج موارد شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان	بررسی مستندات و مصاحبه
۳	برنامه ریزی و اجرا اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت	بررسی مستندات و مصاحبه

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

توضیحات	موارد قابل بررسی: • صورت جلسات رسیدگی به شکایات و تحلیل ریشه ای آنها • برگزاری منظم و مرتب جلسات • 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 ارتقاء کیفیت مطرح و پیشنهادات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت تصویب و برای تایید نهایی و تامین منابع احتمالی مورد نیاز به تیم مدیریت گزارش می شود. دفتر رسیدگی به شکایت موظف است بلافاصله پس از دریافت شکایات نسبت به طبقه بندی و اولویت بندی اقدام و به صورت آنی، فوری، درالویت اول و در نوبت رسیدگی طبقه بندی کرده و پس از هماهنگی با مسئولان مربوط، نتایج را به متقاضی گزارش نماید همانطور که در بالا اشاره شد همه شکایات بایستی طبقه بندی و سپس تحلیل شده ،تا مشکلات و مواردی راکه بصورت ساختاری یا سازمانی تکرار شونده و به صورت منفرد رخ داده اند 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 دوره ای انجام شود .برای این منظور می توان از بررسی های تصادفی و دوره ای استفاده نمود.(کنترل نمودن دوره ای و اتفاقی ماموریت ها).
سنجه سه	در فواصل زمانی معین و حداقل فصلی، رضایت بیماران و همراهان مطابق با آخرین دستورالعمل ابلاغی مورد سنجش قرار می گیرد.
	گام اجرایی / ملاک ارزشیابی
۱	تدوین روش اجرایی بررسی رضایتمندی براساس آخرین پروتکل ابلاغی سازمان
۲	رضایت سنجی از بیماران حداقل سه ماه یک بار (فصلی) مطابق با روش اجرایی مذکور
۳	بررسی نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان در کمیته بهبود کیفیت
۴	گزارش تحلیلی نتایج رضایت سنجی

استانداردهای اعتبار بخشی ملی اورژانس پیش بیمارستانی

۵	تدوین و ابلاغ برنامه اصلاحی در بهبود کیفیت بر اساس گزارش تحلیل رضایت سنجی	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 به منظور حذف هرگونه تداخل منافع بهتر است ارزیابان مستقل بکار گرفته شوند و به منظور نظر سنجی واقعی هرگونه عوامل مداخله کننده که نظر بیمار را تحت تاثیر قرار دهد کنترل شود.	