به نام خدا



بیمارستان آموزشی درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص های عملکردی بالینی و غیر بالینی بیمارستان

((مصوب تیم مدیریت اجرایی))

تهیه و تنظیم: دفتر بهبود کیفیت

بازنگری تیر 1403

فهرست شاخصها

ردیف	عنوان شاخص	شماره صفحه	ردیف	عنوان شاخص	شماره صفحه
1	درصد تعیین تکلیف بیماران قبل از6 ساعت در اورژانس	5	22	تعداد اندوسکوپی انجام شده جهت بیماران بستری	48
2	درصدترخیص بیمار قبل از 12 ساعت از اورژانس	8	23	تعداد کولونوسکوپی انجام شده جهت بیماران بستری	49
3	میانگین تریاژ انجام شده در اورژانس	9	24	تعداد فیزیوتراپی انجام شده جهت بیماران بستری	51
4	درصد ترخیص با میل شخصی در اورژانس	11	25	تعداد MRIانجام شده جهت بیماران بستری	53
5	درصد CPR موفق در اورژانس	13	26	تعداد بیمارانیکه شیمی درمانی شده اند	55
6	درصد مرگ مغزی در ICU	15	28	تعداد سی تی اسکن انجام شده جهت بیماران بستری	58
8	درصد سکته قلبی در CCU	18	28	تعداد سونوگرافی انجام شده جهت بیماران بستری	59
8	درصد انتقال بیماران مرگ مغزی جهت پیوند	19	29	درصد استفاده از وسایل حفاظت فردی	61
9	درصد رضایتمندی بیماران	21	30	میانگین مدت اقامت بیماران بر حسب روز	63
10	درصد CPR موفق در بخشهای بالینی	23	31	درصد بیماران بستری در آی سی یو که دچار محدویت حرکتی مفاصل شده اند	65
11	درصد ترخیص با میل شخصی در بخشهای بالینی	25	32	کفایت دیالیز بیمار	68
12	درصد مرگ در بیمارستان	28	33	نسبت دیالیز انجام شده به تخت دیالیز	69
13	نسبت بیمار بستری به تخت فعال	29	34	نسبت اعمال جراحی به تخت عمل	81
14	درصد بیماران اعزام شده به سایر مراکز درمانی	31	35	درصد انجام آزمایشات میکروبی آب	83
15	درصد مراجعه مجدد بیماران بستری ناشی از عفونت بیمارستانی	33	36	درصد انجام آزمایشات شیمیایی آب	85
16	درصد انجام آزمایشات اورژانسی در زمان تعیین شده	35	38	درصد انجام آزمایشات فاضلاب	88
18	درصد انجام آزمایشات روتین در زمان تعیین شده	38	38	درصد رعایت استانداردهای رختشویخانه	89
18	درصد تامین داروها ی مورد نیاز بیمار	39	39	درصد کارکنانی که معاینات شغلی ادواری انجام داده اند	81
19	درصد تامین ملزومات پزشکی مورد نیاز بیمار	41	40	متوسط تعداد آزمایش TPI درخواستی از بخش اورژانس به ازاء هر پرونده بیمار بستری	83
20	درصد کنترل کیفی تجهیزات پزشکی	43	41	متوسط تعداد آزمایشات ناشتا درخواستی از بخش سی سی یو به ازاء هر پرونده بیمار بستری	85

21	تعداد اکوی انجام شده جهت بیماران بستری	45	42	متوسط تعداد آزمایشات ناشتا درخواستی از بخش داخلی به ازاء هر پرونده بیمار بستری	88

فهرست شاخصها

43	درصد نتایج معوق(pending) به ازاء تعداد پرونده بیماران ترخیص شده	89	58	تعداد کلیشه های مصرفی	119
44	متوسط هزینه آزمایش های درخواستی هر پزشک به ازاء بیماران بستری توسط همان پزشک	91	59	تعداد بازدیدهای انجام شده از تجهیزات پزشکی بخش ها	121
45	دفعات تکرار درخواست آزمایش HBS به ازاء هر بیمار (به ازاء پزشک معین)	93	60	درصد بیماران سکته حاد مغزی اسکیمیک	123
46	دفعات تکرار درخواست آزمایش BG به ازاء هر بیمار (به ازاء پزشک معین)	95	61	درصد بیماران سکته حاد مغزی که ترومبولتیک دریافت نموده اند	125
48	تعداد پرونده های تحت نظر تشکیل شده به کل ویزیت های انجام شده در بازه زمانی مشخص	98	62	درصد بیماران فوت شده سکته حاد مغزی که ترومبولتیک دریافت نموده اند	128
48	درصد بیماران فراری اورژانس	99	63	درصد بیماران فوت شده سکته حاد مغزی که ترومبولتیک دریافت ننموده اند	129
49	درصد بیماران فراری بخشهای بستری	101	64	درصد بیماران بستری مجدد روان	131
50	درصد اشغال تخت بیمارستان	103	65	میانگین مدت اقامت بیماران در ICU	133
51	درصد بیماران سکته قلبی که ترومبولیتیک دریافت نموده اند	105	66	درصد اشغال تخت در ICU	135
52	درصد بیماران سکته حاد قلبی که جهت آنژیوپلاستی اعزام شده اند	108	67	تعداد فوتی های ICU	137
53	درصد بیماران فوت شده سکته حاد قلبی پس از دریافت ترومبولیتیک	109	68	درصد انتقال به بخش ها	139
54	درصد بیماران فوت شده سکته حاد قلبی بدون دریافت ترومبولیتیک	111	69	میانگین مدت زمان ترخیص بیمار	141
55	درصد بیماران بستری مجدد	113	70		
56	درصد واحد خون و فرآورده پرت شده	115	71		
58	تعداد بیماران پایش شده پس از ترخیص	118			

لیست افراد دخیل در تدوین شاخص ها

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت	ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت
1	دکتر زهرا نیک فرجام	رییس بیمارستان	15	علیرضاخواجه	کارشناس بهداشت حرفه ای
2	دکتر رضا قاسمی	معاون اموزشی بیمارستان	16	نجمه شیدایی	مسئول مدارک پزشکی
3	دکتر راضیه سلیمی	مدیر بیمارستان	18	سمیرا صابری	مسئول روابط عمومی
4	طلعت بخشی	مدیر پرستاری	18	محبوبه مجیدی فر	ماما مسوول زایشگاه
5	رقیه بخشی	مسئول دفتربهبودکیفیت	19	علی برزگر	سرپرستار اورژانس
6	مژگان محمدپور	سوپر وایزر آموزشی	20	حشمت مرادی	سرپرستار سی سی یو
8	نرگس صادقی	سوپروایزر کنترل عفونت	21	محسن اسماعیل زاده	سرپرستار آی سی یو
8	صدیقه داور	سوپروایزر بالینی	22	مصطفی یعقوبی	کارشناس امور دارویی
9	محمد سلطانی	مسوول رادیولوژی	23	صدیقه راستگو	سرپرستار کاردیونورولوژی
10	حمید خالصی	مسئول تجهیزات پزشکی	24	علی باقری	مسوول بهداشت محیط
11	احمد رضا محسن زاده	مسئول آزمایشگاه	25	احمد جهانشیری	مسوول فیزیوتراپی
12	مهندس صالحی	مسوول IT	26	حسین منفرد	سرپرستار دیالیز
13	علی مردانیان	رییس حسابداری	27	منیره یعقوبی	سرپرستار زنان
14	لیلا فرنگی	کارشناس ایمنی بیمار			

اختصارات

ردیف	لاتین	اختصار	معنی
1	9Day Hospital Clinical Performance Index	9D H C P In	شاخصهای عملکردی بالینی بیمارستان نهم دی
2	9Day Hospital Performance Indicators Non Clinical	9D H P In N C	شاخصهای عملکردی غیربالینی بیمارستان نهم دی

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصدتعیین تکلیف بیماران قبل از6 ساعت در اورژانس **کد شاخص : 9D H C P In 1** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور ازتعیین تکلیف بیمار مشخص شدن وضعیت بیمار توسط پزشک اورژانس به صورت(ترخیص بیمار بعد از انجام اقدامات تشخیصی و درمانی یا انتقال قطعی بیمار به سرویس درمانی معین جهت بستری یا دستور اعزام به سایر بیمارستانها یا مرگ بیمار) می باشد

هدف شاخص:افزایش درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف 6 ساعت در اورژانس

فرمول شاخص: تعداد بیماران بستری موقت تعیین تکلیف شده ظرف مدت 6 ساعت دراورژانس در یک دوره زمانی *100

تعداد کل بیماران بستری موقت در اورژانس درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران بستری موقت تعیین تکلیف شده ظرف مدت 6 ساعت دراورژانس در یک دوره زمانی *100

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران بستری موقت در اورژانس درهمان دوره زمانی.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش درصد تعیین تکلیف بیماران موقت اورژانس ظرف 6 ساعت تا 95٪	ساختاری ☐ فرآیندی ■ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ■ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دست ■	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
اورژانس	درصد	ماهیانه	سیستم HIS	سرپرستار اورژانس	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصدتعیین تکلیف بیماران قبل از6 ساعت در اورژانس **کد شاخص :9D H C P In 1** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- نبود متخصص طب اورژانس در اورژانس
- تاخیر در مراجعه برخی متخصصین آنکال جهت تعیین تکلیف بیمار
- ترخیص با میل شخصی یا ترک بدون اطلاع برخی بیماران

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توجیه متخصصین در بدو شروع به کار توسط رییس بخش اورژانس
- تقدیر از پزشکانی که به موقع بیمارانشان را تعیین تکلیف می نمایند
- جذب متخصص طب اورژانس

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- ماهیانه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **علی برزگر–سرپرستار اورژانس**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصدترخیص بیمار قبل از 12 ساعت از اورژانس **کد شاخص :9D H C P In 2** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از خروج بیماران، ترک فیزیکی بخش اورژانس به هر دلیلی (ترخیص،بستری در سایر بخشها،اعزام یا ارجاع) بجز رضایت شخصی و ترک بدون اطلاع می باشد

هدف شاخص:افزایش درصد خروج بیماران قبل از 12 ساعت در اورژانس و استفاده بهینه از تختهای اورژانس جهت مراجعین بیشتر

فرمول شاخص: تعداد بیماران بستری موقت خارج شده از اورژانس طی 12 ساعت در یک دوره زمانی *100

تعداد کل بیماران بستری موقت در اورژانس درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران بستری موقت خارج شده از اورژانس طی 12 ساعت در یک دوره زمانی *100

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران بستری موقت در اورژانس درهمان دوره زمانی.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش درصد خروج بیماران بستری اورژانس قبل از 12 ساعت تا 90٪	ساختاری ☐ فرآیندی ■ پیامدی ☐	اثربخشی ■ ایمنی ☐ رضایمندی ■ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دست ■	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
اورژانس	درصد	ماهیانه	سیستم HIS	سرپرستار اورژانس	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصدترخیص بیمار قبل از 12 ساعت از اورژانس **کد شاخص :9D H C P In 2** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- کمبود تخت در بخشهای داخلی ،سی سی یو و عفونی
- نبود بخش مجزای داخلی اعصاب
- ترخیص با میل شخصی یا ترک بدون اطلاع برخی بیماران

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- ایجاد بخش مجزا جهت داخلی اعصاب
- افزایش تختهای بخش های داخلی و سی سی یو و عفونی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- ماهیانه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسئول دفتر بهبود کیفیت **علی برزگر –سرپرستار اورژانس**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میانگین تریاژ انجام شده در اورژانس **کد شاخص :9D H C P In 3** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از تریاژ دسته بندی و اولویت بندی بیماران بر اساس مدل **ESI** جهت دریافت به موقع مراقبت های پزشکی و کاهش تلفات ناشی از تاخیر در درمان به موقع بیماران می باشد

هدف شاخص:کاهش مدت زمان تریاژ بیماران هر سطح تریاژ و ارائه خدمات درمانی به موقع به بیماران بر حسب نیاز

فرمول شاخص: مجموع مدت زمان تریاژبیماران یک سطح تریاژ

تعداد کل بیماران همان سطح تریاژ

تعریف صورت شاخص: مجموع مدت زمان تریاژبیماران یک سطح تریاژ

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران همان سطح تریاژ

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش مدت زمان تریاژ بیماران هر سطح تریاژ به میزان 10٪ نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ■ پیامدی ☐	اثربخشی ■ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دست ■	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
اورژانس	درصد	ماهیانه	سیستم HIS	سرپرستار اورژانس	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : میانگین تریاژ انجام شده در اورژانس **کد شاخص :9D H C P In 3** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- نامناسب بودن فضای فیزیکی اورژانس و تریاژ

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توسعه فضای اورژانس و اختصاص فضای مناسب به تریاژ

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- ماهیانه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسئول دفتر بهبود کیفیت **علی برزگر –سرپرستار اورژانس**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد ترخیص با میل شخصی در اورژانس **کد شاخص : 9D H P In N C 4** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از ترخیص با میل شخصی انصراف بیمار از ادامه معالجه توسط تیم درمانی علیرغم توصیه پزشک و تکمیل و امضاء فرم ترک با مسوولیت شخصی به منظور سلب مسوولیت از تیم درمان و ترک اورژانس بدون محاسبه بیماران سرپایی می باشد

هدف شاخص: کاهش ترخیص با میل شخص بیمار در اورژانس

فرمول شاخص: تعداد موارد ترک اورژانس بامسئولیت شخصی دریک دوره زمانی *100

تعداد کل بیماران بستری موقت در اورژانس درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد موارد ترک اورژانس بامسئولیت شخصی دریک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران بستری موقت در اورژانس درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش درصد ترخیص با میل شخصی بیماران اورژانس تا 5٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☒ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دست ☒	بالینی ☐ غیر بالینی ☒

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
اورژانس	درصد	ماهیانه	سیستم HIS	سرپرستار اورژانس	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد ترخیص با میل شخصی در اورژانس **کد شاخص : 9D H P In N C 4** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- احساس بهبودی بیمار
- مشکلات شخصی و خانوادگی بیمار
- تاخیر در ویزیت بیماران
- کمبود تخت در اورژانس و سایر بخشها در صورت نیاز به بستری بیمار
- شلوغی اورژانس

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توسعه فضای اورژانس و افزایش تختها
- ویزیت و تعیین تکلیف به موقع بیماران

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- ماهیانه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسئول دفتر بهبود کیفیت **علی برزگر –سرپرستاراورژانس**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میزان CPR موفق در اورژانس **کد شاخص :9D H C P In 5** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از **CPR**موفق برقراری گردش خون خودبخودی بیمار بوده که تا نیم ساعت بعد از آن هم بیمار زنده بماند و نیاز به احیاء مجدد نداشته باشد

هدف شاخص:افزایش درصد **CPR**موفق اولیه

فرمول شاخص: تعداد موارد **CPR** موفق در اورژانس دریک دوره زمانی *100

تعداد کل موارد **CPR** در اورژانس درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد موارد **CPR** موفق در اورژانس دریک دوره زمانی *100

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل موارد **CPR** در اورژانس درهمان دوره زمانی.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش درصد CPR موفق اولیه تا 60٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☒ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دست ☒	بالینی ☒ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
اورژانس	درصد	ماهیانه	فرم های سی پی آر	سرپرستار اورژانس	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میزان CPR موفق در اورژانس **کد شاخص :9D H C P In 5** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- تازه کار بودن برخی نیروها
- تسلط ناکافی برخی پرسنل به بحث سی پی آر
- تسلط ناکافی برخی پرسنل به شناخت علائم نیازمند احیاء بیمار
- فوت تعداد زیادی از مراجعین به اورژانس قبل از ورد به بیمارستان

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- برگزاری کلاسهای منظم سی پی آر
- پایش توانمندی منظم پرسنل در بحث سی پی آر

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- ماهیانه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسئول دفتر بهبود کیفیت **علی برزگر –سرپرستار اورژانس**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میزان مرگ مغزی در ICU **کد شاخص :9D H C P In 6** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: مرگ مغزی عبارتست از قطع تمامی فعالیتهای قشر و ساقه مغز بطور همزمان به علت توقف کامل جریان خون مغز فرد.

هدف شاخص:افزایش شناسایی و ثبت بیماران مرگ مغزی در سامانه

فرمول شاخص: تعداد موارد مرگ مغزی در بخش آی سی یو در یک دوره زمانی معین*100

تعداد کل بیماران آی سی یو درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد موارد مرگ مغزی در بخش آی سی یو در یک دوره زمانی معین

.**تعریف مخرج شاخص:** تعداد کل بیماران آی سی یو درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
ثبت بیماران مرگ مغزی در سامانه به میزان 100٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☒ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دست ☒	بالینی ☒ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
آی سی یو	تعداد	سه ماهه	واحد پیوند	سرپرستار آی سی یو	واحد پیوند	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میزان مرگ مغزی در ICU **کد شاخص :9D H C P In 6** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم آگاهی مردم از اثرات حیات بخش پیوند
- عدم رضایت وابستگان فرد دچار مرگ مغزی به اهداء عضو به دلیل احساسات قوی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- فرهنگ سازی در زمینه اهداء عضو
- فرهنگ سازی در زمینه تکمیل فرم اهداء عضو در زمان سلامت توسط هر فرد

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه واحد پیوند
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسئول دفتر بهبود کیفیت **محسن اسماعیل زاده–سرپرستار آی سی یو**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میزان سکته قلبی در CCU **کد شاخص :9D H C P In 8** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: سکته قلبی عبارتست از نرسیدن خون و اکسیژن کافی به یک منطقه از قلب که بر اثر این عمل آن منطقه از قلب دچار صدمه دائمی یا مرگ سلولی می شود.

هدف شاخص:شناسایی بیماران سکته قلبی و ثبت در سامانه مربوطه

فرمول شاخص: تعداد بیماران سکته قلبی بستری در بخش سی سی یو در یک دوره زمانی معین*100

تعداد کل بیماران سی سی یو درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران سکته قلبی بستری در بخش سی سی یو در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران سی سی یو درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
شناسایی و ثبت بیماران سکته قلبی در سامانه به میزان 100٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ■ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ■ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دست ■	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
سی سی یو	درصد	سه ماهه	دفتر آمار سی سی یو	سرپرستار سی سی یو	واحد بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میزان سکته قلبی در CCU **کد شاخص :9D H C P In 8** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم آگاهی کامل مردم از علائم قلبی و تاخیر در مراجعه به بیمارستان

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- آگاه سازی مردم در زمینه علائم قلبی از طرق مختلف از جمله رسانه ها،سایت ها و بروشورهای آموزشی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه واحد بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **حشمت مرادی–سرپرستار سی سی یو**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میزان انتقال بیماران مرگ مغزی جهت پیوند **کد شاخص : 9D H P In N C 8** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور انتقال به موقع بیماران مرگ مغزی به مرکز مشهد جهت استفاده از اعضاء بیمار جهت افراد نیازمند می باشد.

هدف شاخص:افزایش انتقال بیماران مرگ مغزی به مرکز پیوند

فرمول شاخص: تعداد موارد مرگ مغزی انتقال داده شده در یک دوره زمانی معین*100

تعداد کل بیماران مرگ مغزی آی سی یو درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد موارد مرگ مغزی انتقال داده شده در یک دوره زمانی معین

.**تعریف مخرج شاخص:** تعداد کل بیماران مرگ مغزی آی سی یو درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
انتقال حداقل یک بیمار مرگ مغزی به ازای هر تخت آی سی یو جهت پیوند	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☒ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دست ☒	بالینی ☐ غیر بالینی ☒

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
آی سی یو	تعداد	سه ماهه	واحد پیوند	سرپرستار آی سی یو	واحد پیوند	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میزان انتقال بیماران مرگ مغزی جهت پیوند **کد شاخص :8 9D H P In N C** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم آگاهی مردم از اثرات حیات بخش پیوند
- عدم رضایت وابستگان فرد دچار مرگ مغزی به اهداء عضو به دلیل احساسات قوی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- فرهنگ سازی در زمینه اهداء عضو
- فرهنگ سازی در زمینه تکمیل فرم اهداء عضو در زمان سلامت توسط هر فرد

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه واحد پیوند
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **محسن اسماعیل زاده–سرپرستار آی سی یو**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد رضایتمندی بیماران **کد شاخص : 9D H P In N C 9** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از رضایتمندی بیماران خشنودی آنان از دریافت خدمات ارائه شده و نحوه برخورد کارکنان در طول مدت بستری می باشد.

هدف شاخص:افزایش رضایتمندی بیماران

فرمول شاخص: **Si=(Fi/n)×360**(بر اساس نمودار دایره ای)

Si :زاویه کیفی هر دسته

Fi : فراوانی هر دسته(شامل خوب،متوسط،ضعیف) (مثلا 5 مورد خوب،10 مورد ضعیف،15 مورد متوسط)

n: تعداد کل داده ها مثلا 30(سوال)

تعریف صورت شاخص: ----

تعریف مخرج شاخص: ----

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش رضایتمندی بیماران تا 80٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ■ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ■ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☐ غیر بالینی ■

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
کل بیمارستان	درصد	سه ماهه	فرم های رضایت سنجی	مسوول رسیدگی به شکایات	مسوول رسیدگی به شکایات	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : درصد رضایتمندی بیماران **کد شاخص : 9D H P In N C 9** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم همکاری برخی بیماران در تکمیل چک لیستها
- سواد پایین برخی بیماران

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توجیه بیماران در چگونگی و اهمیت تکمیل چک لیست رضایت سنجی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه واحد رسیدگی به شکایات
- تیم مدیریت اجرایی و دفتر بهبود کیفیت

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **سمیرا صابری – مسوول رسیدگی به شکایات**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد CPR موفق در بخشهای بالینی **کد شاخص :9D H C P In 10** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از **CPR**موفق برقراری گردش خون خودبخودی بیمار بوده که تا نیم ساعت بعد از آن هم بیمار زنده بماند و نیاز به احیاء مجدد نداشته باشد

هدف شاخص:افزایش درصد **CPR**موفق اولیه

فرمول شاخص: تعداد موارد **CPR** موفق در اورژانس دریک دوره زمانی *100

تعداد کل موارد **CPR** در اورژانس درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد موارد **CPR** موفق در اورژانس دریک دوره زمانی *100

.**تعریف مخرج شاخص:** تعداد کل موارد **CPR** در اورژانس درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش درصد CPR موفق اولیه تا 60٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☒ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دست ☒	بالینی ☒ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخش های بستری	درصد	ماهیانه	فرم های سی پی آر	دفتر بهبود کیفیت	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میزان CPR موفق دربخشهای بالینی **کد شاخص :9D H C P In 10** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- تازه کار بودن برخی نیروها
- تسلط ناکافی برخی پرسنل به بحث سی پی آر
- تسلط ناکافی برخی پرسنل به شناخت علائم نیازمند احیاء بیمار
- فوت تعداد زیادی از مراجعین به اورژانس قبل از ورد به بیمارستان

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- برگزاری کلاسهای منظم سی پی آر
- پایش توانمندی منظم پرسنل در بحث سی پی آر

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه واحد بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **صدیقه داور –سوپروایزر بالینی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد ترخیص با میل شخصی در بخشهای بستری **کد شاخص : 9D H P In N C 11** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از ترخیص با میل شخصی انصراف بیمار از ادامه معالجه توسط تیم درمانی علیرغم توصیه پزشک و تکمیل و امضاء فرم ترک با مسوولیت شخصی به منظور سلب مسوولیت از تیم درمان و ترک بخش بستری می باشد

هدف شاخص: کاهش ترخیص با میل شخص بیمار در بخشهای بستری

فرمول شاخص: تعداد موارد ترک بخشهای بستری بامسئولیت شخصی دریک دوره زمانی *100

تعداد کل بیماران بستری در بخش درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد موارد ترک بخش بستری بامسئولیت شخصی دریک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران بستری در بخش درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش درصد ترخیص با میل شخصی بیماران بستری تا 2٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☒ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دست ☒	بالینی ☐ غیر بالینی ☒

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای بستری	درصد	سه ماهه	سیستم HIS	دفتر بهبود کیفیت	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد ترخیص با میل شخصی در بخشهای بستری **کد شاخص : 9D H P In N C 11** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- احساس بهبودی بیمار
- مشکلات شخصی و خانوادگی بیمار
- ویزیت بیماران توسط پزشکان متعددر طول بستری
- کمبود امکانات رفاهی بخشها
- شلوغی بخشها
- طولانی شدن مدت بستری بیمار
- عدم اعتماد بیماران به پزشک و امکانات موجود
- تازه کار بودن تعدادی از پزشکان

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- افزایش امکانات رفاهی بخشها
- حتی الامکان ویزیت بیمار توسط یک پزشک در طول بستری
- جذب متخصصین موفق تر به صورت استخدامی جهت افزایش ماندگاری و جلب اعتماد بیمار

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه واحد بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **صدیقه داور– سوپروایزر بالینی**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: میزان مرگ و میر در بیمارستان **کد شاخص :9D H C P In 12** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور بیمارانی که در بیمارستان پس از سی پی آر و قبل از 24 ساعت فوت می شوند می باشد

هدف شاخص: کاهش مرگ و میر در بیمارستان

فرمول شاخص: تعداد مرگ و میرهای بیمارستانی در یک دوره زمانی * 1000

کل پذیرش شده ها (یا کل ترخیص شده ها و فوت شده ها) در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد مرگ و میرهای بیمارستانی در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: کل پذیرش شده ها (یا کل ترخیص شده ها و فوت شده ها) در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش مرگ و میر بیمارستانی کمتر از متوسط کشوری	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☑	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☑ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☑ برنامه بهبود کیفیت ☑ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☑ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای بالینی و واحد مدارک پزشکی	تعداد	سه ماهه	سیستم HIS	مسوول فناوری اطلاعات سلامت	مسوول بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میزان مرگ و میر در بیمارستان **کد شاخص :9D H C P In 12** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم ثبت آمار مرگ و میر در HIS
- فوت بیمار قبل از ورود به بیمارستان

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- ثبت کلیه موارد مرگ و میر در HIS توسط بخشها
- عدم محاسبه فوتی های هنگام مراجعه در آمار مرگ و میر

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه واحد بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **نجمه شیدایی–مسوول فناوری اطلاعات سلامت**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: نسبت بیمار بستری به تخت فعال **کد شاخص : 9D H P In N C 13** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور به ازای هر چند بیمار بستری تخت فعال در بیمارستان موجود می باشد

هدف شاخص:افزایش تختهای فعال بیمارستان

فرمول شاخص: تعداد پذیرش شدگان بخش های بستری در یک دوره زمانی

تعداد تختهای فعال در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد پذیرش شدگان بخش های بستری در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد تختهای فعال در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش تعداد تخت فعال بیمارستان به میزان 3٪ نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☒ برنامه بهبود کیفیت ☒ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ☐ غیر بالینی ☒

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای درمانی و مدارک پزشکی	درصد	سه ماهه	سیستم HIS	مسوول مدارک پزشکی	مسوول مدارک پزشکی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : نسبت پذیرش به ازای تخت فعال **کد شاخص : 9D H P In N C 13** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- وجود آمار غیر واقعی تختها در برخی بخشها
- عدم اطلاع تختهای غیر فعال شده در یک بخش به واحد آمار و مدارک پزشکی
- نقش بیمارستان رازی در پذیرش یا عدم پذیرش مراجعینش

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- بررسی میدانی بخشها از نظر تعداد تخت فعال هر بخش

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **نجمه شیدایی – مسوول مدارک پزشکی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد بیماران اعزام شده به سایر مراکز درمانی **کد شاخص : 9D H P In N C 14** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از اعزام بیماران مواردی می باشد که بیمار نیاز به اقدامات تشخیصی و درمانی تخصصی و فوق تخصصی دارند که در این مرکز امکان انجام آن نمی باشد.

هدف شاخص: شناسایی علت و تعداد موارد اعزام شده و برنامه ریزی در خصوص تامین زیر ساختهای مورد نیاز تا حد ممکن

فرمول شاخص: تعداد بیماران اعزام شده به سایر مراکزدر یک دوره زمانی مشخص *100

کل بیماران بستری و تحت نظر در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران اعزام شده به سایر مراکزدر یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: کل بیماران بستری و تحت نظر در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش اعزام ها تا 10٪ نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☑	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☑	برنامه استراتژیک ☑ برنامه بهبود کیفیت ☑ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ☐ غیر بالینی ☑

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای بالینی	درصد	ماهیانه	مستندات دفتر پرستاری	سوپروایزر بالینی	سوپروایزر بالینی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد بیماران اعزام شده به سایر مراکز درمانی **کد شاخص : 9D H P In N C 14** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- نبود برخی واحدهای تشخیصی- درمانی از جمله آنژیوگرافی
- نبود بخش مسمومین و سوختگی
- نبود بسیاری از امکانات فوق تخصصی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- تلاش در جهت استقرار امکانات تخصصی و فوق تخصصی که وجود ندارد و احداث بخش های سوختگی و مسمومین

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه واحد بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **صدیقه داور – سوپروایزر بالینی**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد مراجعه مجدد بیماران بستری ناشی از عفونت بیمارستانی **کد شاخص : 9D H P In N C 15** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور بیمارانی می باشد که با یک تشخیص بستری و تحت درمان قرار گرفته اند و با دستور دارویی مرخص شده اند و مجدد با علائم تب و عفونت بیمارستانی مراجعه و تحت مداوا قرار گرفته اند

هدف شاخص: کاهش میزان عفونتهای بیمارستانی

فرمول شاخص: تعداد بیمارانیکه به دلیل عفونت بیمارستانی جهت بستری مجدد مراجعه نموده اند دریک دوره زمانی *100

تعداد کل بیماران بستری در بخشهای بالینی درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد بیمارانیکه به دلیل عفونت بیمارستانی جهت بستری مجدد مراجعه نموده اند دریک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران بستری در بخشهای بالینی درهمان دوره زمانی.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش بستری مجدد بیماران تا 10٪ نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای بستری	درصد	سه ماهه	سیستم HIS	پرستار کنترل عفونت	پرستار کنترل عفونت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد مراجعه مجدد بیماران بستری ناشی از عفونت بیمارستانی **کد شاخص : 9D H P In N C 15** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم رعایت استریلیزاسیون کامل در فرایند های پرستاری ارائه شده به بیمار
- استفاده از آنتی بیوتیک غیر موثر در زمان بستری
- اجرای ناقص دستورالعمل جراحی ایمن

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- اجرای صحیح فرایندهای کاری و مراقبتهای پرستاری در طول بستری بیمار
- انتخاب آنتی بیوتیکها بر اساس نتایج کشت خون
- رعایت کامل دستورالعمل جراحی ایمن و استفاده از پروفیلاکسی موثر قبل از عمل
- رعایت نکات استریل در اتاق عمل و واشینگ هفته ای
- رعایت بهداشت دست توسط گروه درمان

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه واحد بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **نرگس صادقی–پرستار کنترل عفونت**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد انجام آزمایشات اورژانسی در زمان تعیین شده **کد شاخص : 9D H P In N C 16** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از آزمایشات اورژانسی لیست آزمایشات تعیین و تصویب شده همراه با زمان انجام آن توسط کمیته اورژانس بیمارستان می باشد که به کلیه بخشها و آزمایشگاه ابلاغ شده است.

هدف شاخص:انجام به موقع آزمایشات اورژانسی و ارائه درمان مناسب و به موقع به بیماری که درمانش وابسته به نتایج آزمایشات می باشد

فرمول شاخص: تعداد آزمایشات اورژانسی انجام شده در زمان مقرر دریک دوره زمانی مشخص *100

کل آزمایشات اورژانسی درخواست شده درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد آزمایشات اورژانسی انجام شده در زمان مقرر دریک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: کل آزمایشات اورژانسی درخواست شده درهمان دوره زمانی.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
انجام به موقع آزمایشات اورژانسی تا 95٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☒ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☒	برنامه استراتژیک ☒ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☐ غیر بالینی ☒

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
آزمایشگاه و بخشهای بالینی	درصد	سه ماهه	سیستم HIS	آزمایشگاه	مسوول آزمایشگاه	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد انجام آزمایشات اورژانسی در زمان تعیین شده **کد شاخص : 9D H P In N C 16** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- همزمانی برخی درخواستهای اورژانسی با انجام برخی دیگر از آژمایشات اورژانس از همان نوع آزمایش
- تیک نزدن گزینه اورژانسی جهت آزمایشات در بخشها
- عدم تفکیک آزمایشات اورژانسی از غیر اورژانسی در سیستم توسط بخشها
- دقت ناکافی کاربرپذیرش آزمایشگاه به تیک اورژانسی آزمایشات اورژانسی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- تهیه دستگاه پشتیبان در صورت امکان
- تاکید به بخشها جهت ارسال جداگانه آزمایشات اورژانسی و انتخاب گزینه اورژانس در سیستم HIS
- توجه به گزینه اورژانس در جلوی آزمایشات ارسالی از بخشها توسط کاربر آزمایشگاه

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه واحد بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **احمد رضا محسن زاده – مسوول آزمایشگاه**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد انجام آزمایشات روتین در زمان تعیین شده **کد شاخص : 9D H P In N C 18** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از آزمایشات روتین کلیه آزمایشات قابل انجام در بیمارستان می باشد که زمان انجام آن توسط آزمایشگاه ابلاغ شده است .

هدف شاخص:انجام به موقع آزمایشات روتین و افزایش رضایتمندی بیماران و پرسنل

فرمول شاخص: تعداد آزمایشات روتین انجام شده در زمان مقرر دریک دوره زمانی مشخص *100

کل آزمایشات روتین درخواست شده درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد آزمایشات روتین انجام شده در زمان مقرر دریک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: کل آزمایشات روتین درخواست شده درهمان دوره زمانی.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
انجام به موقع آزمایشات روتین تا 95٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☑	برنامه استراتژیک ☑ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☐ غیر بالینی ☑

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
آزمایشگاه و بخشهای بالینی	درصد	سه ماهه	سیستم HIS	آزمایشگاه	مسوول آزمایشگاه	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد انجام آزمایشات روتین در زمان تعیین شده **کد شاخص : 9D H P In N C 18** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- تازه کار بودن برخی نیروها بویژه در شیفت عصر و شب که مهارت کافی ندارند(کاردانشجویی یا طرحی)
- فراوانی آزمایشات درخواستی
- کمبود نیرو جهت انجام برخی آزمایشات از جمله هورمون ها یا پاتولوژی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- تامین نیروی مورد نیاز آزمایشگاه جهت کلیه قسمتها به صورت استخدامی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **احمد رضا محسن زاده – مسوول آزمایشگاه**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد تامین داروها ی مورد نیاز بیمار **کد شاخص : 9D H P In N C 18** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از داروهای مورد نیاز بیمار آنهایی می باشد که طبق برنامه تحول نظام سلامت مورد تایید وزارت متبوع بوده و در سایت وارد شده است و در فرمولاری بیمارستان تعریف شده است.

هدف شاخص: تامین داروها ی مورد نیاز بیمار توسط بیمارستان

فرمول شاخص: داروهای مصرف شده جهت بیمار ان که توسط بیمارستان تهیه شده در یک دوره مشخص زمانی *100

تعداد کل داروهای مصرف شده جهت بیمار ان در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: داروهای مصرف شده جهت بیمار ان که توسط بیمارستان تهیه شده در یک دوره مشخص زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل داروهای مصرف شده جهت بیمار ان در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
تامین داروها ی مورد نیاز بیمار توسط بیمارستان به میزان 100٪	☑ ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی	☐ اثربخشی ☑ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☑ به موقع بودن خدمات	☑ برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت مطالبات سازمانهای بالا دستی	☐ بالینی ☑ غیر بالینی

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
کلیه بخشهای بستری و داروخانه	درصد	ماهیانه	سیستم HIS وبیمار	مسوول داروخانه	واحد بهبود کیفیت	سه ماهه

	**بسمه تعالی** **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میزان تامین داروها ی مصرفی مورد نیاز بیمار **کد شاخص : 9D H P In N C 18** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- درخواست اقلام پزشکی و دارویی خارج از برنامه تحول نظام سلامت و تایید نشده و درج نشده در فرمولاری بیمارستان جهت بیمار که بیشتر توسط پزشکان جدیدالورود صورت می گیرد

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توجیه پزشکان در بدو شروع به کار توسط رییس و سرپرستار هر بخش تا در صورت نیاز به دارو یا تجهیزات مصرفی خاص درخواست نمایند و پس از تایید کمیته دارو تهیه گردد
- بازنگری حداقل سالیانه فرمولاری بیمارستان و ابلاغ به بخشها و پزشکان

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه واحد بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **مصطفی یعقوبی–کارشناس امور دارویی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد تامین ملزومات پزشکی مورد نیاز بیمار **کد شاخص : 9D H P In N C 19** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از ملزومات مورد نیاز بیمار آنهایی می باشد که طبق برنامه تحول نظام سلامت مورد تایید وزارت متبوع بوده و در سایت وارد شده است و در فرمولاری بیمارستان تعریف شده است.

هدف شاخص: تامین ملزومات مورد نیاز بیمار توسط بیمارستان

فرمول شاخص: ملزومات مصرف شده جهت بیمار ان که توسط بیمارستان تهیه شده در یک دوره مشخص زمانی *100

تعداد کل ملزومات مصرف شده جهت بیمار ان در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: ملزومات مصرف شده جهت بیمار ان که توسط بیمارستان تهیه شده در یک دوره مشخص زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل ملزومات مصرف شده جهت بیمار ان در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
تامین ملزومات مورد نیاز بیمار توسط بیمارستان به میزان 100٪	ساختاری ☑ فرآیندی ☐ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☑ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☑	برنامه استراتژیک ☑ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ☐ غیر بالینی ☑

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
کلیه بخشهای بستری و داروخانه	درصد	ماهیانه	سیستم HIS وبیمار	مسوول داروخانه	واحد بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میزان تامین ملزومات پزشکی مورد نیاز بیمار **کد شاخص : 9D H P In N C 19** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- درخواست اقلام پزشکی خارج از برنامه تحول نظام سلامت و تایید نشده و درج نشده در فرمولاری بیمارستان جهت بیمار که بیشتر توسط پزشکان جدیدالورود صورت می گیرد

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توجیه پزشکان در بدو شروع به کار توسط رییس و سرپرستار هر بخش تا در صورت نیاز به تجهیزات مصرفی خاص درخواست نمایند و پس از تایید کمیته دارو تهیه گردد
- بازنگری حداقل سالیانه فرمولاری بیمارستان و ابلاغ به بخشها و پزشکان

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه واحد بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **مصطفی یعقوبی–کارشناس امور دارویی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد کنترل کیفی تجهیزات پزشکی **کد شاخص : 9D H P In N C 20** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از کنترل کیفی تجهیزات بررسی دوره ای آنها از نظر عملکرد کیفی طبق نظر شرکت سازنده و توسط شرکتهای مورد تایید و معتبر می باشد.

هدف شاخص: انجام کنترل کیفی تجهیزات پزشکی و ارتقائ کیفیت عملکرد تجهیزات

فرمول شاخص: تعداد تجهیزات پزشکی که کنترل کیفی شده اند *100

تعداد کل تجهیزات پزشکی نیازمند کنترل کیفی

تعریف صورت شاخص: تعداد تجهیزات پزشکی که کنترل کیفی شده اند

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل تجهیزات پزشکی نیازمند کنترل کیفی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
انجام کنترل کیفی تجهیزات پزشکی تا 80٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☑ رضایمندی ☐ کارایی ☑ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☑ برنامه بهبود کیفیت ☑ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☐ غیر بالینی ☑

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
کلیه بخشهای درمانی و واحد تجهیزات پزشکی	درصد	سه ماهه	واحد بهبود کیفیت	واحد تجهیزات پزشکی	واحد بهبود کیفیت	یکساله

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد کنترل کیفی تجهیزات پزشکی **کد شاخص : 9D H P In N C 20** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- کمبود اعتبارات مالی و عدم تامین اعتبار لازم جهت کنترل کیفی به موقع و کلیه تجهیزات

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- اولویت دادن به تجهیزات پزشکی سرمایه ای در امر کنترل کیفی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- یکساله ریاست و مدیریت و مدیریت پرستاری و معاونت درمان

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **حمید خالصی– مسوول واحد تجهیزات پزشکی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: تعداد اکوی انجام شده جهت بیماران بستری **کد شاخص: 9D H C P In 21** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور تعداد اکو های انجام شده جهت بیماران در طول مدت بستری در بیمارستان می باشد

هدف شاخص: انجام به موقع اکوی بیمار و کمک به تشخیص سریعتر بیماری فرد

فرمول شاخص: تعداد اکوی های انجام شده جهت بیماران بستری در یک دوره زمانی مشخص

تعریف صورت شاخص: –

تعریف مخرج شاخص: –

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
پرهیز از انجام اکوی غیر ضرور و زیر سه ماه جهت بیماران	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☒	برنامه استراتژیک ☒ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☒ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخش سی سی یو و سایر بخشهای بستری	تعداد	سه ماهه	مستندات واحد سی سی یو	مسوول واحد سی سی یو	مسوول واحد سی سی یو	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : تعداد اکوی انجام شده جهت بیماران بستری **کد شاخص :9D H C P In 21** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **حشمت مرادی – مسوول سی سی یو**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: تعداد اندوسکوپی انجام شده جهت بیماران بستری **کد شاخص :9D H C P In 22** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور تعداد اندوسکوپی های انجام شده جهت بیماران در طول مدت بستری در بیمارستان می باشد

هدف شاخص: انجام به موقع اندوسکوپی بیمار و کمک به تشخیص سریعتر بیماری فرد

فرمول شاخص: تعداد اندوسکوپی های انجام شده جهت بیماران بستری در یک دوره زمانی مشخص

تعریف صورت شاخص: -

تعریف مخرج شاخص: -

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
-	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☒	برنامه استراتژیک ☒ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☒ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
واحد اندوسکوپی و بخشهای بستری	**تعداد**	سه ماهه	مستندات واحد اندوسکوپی	مسوول واحد اندوسکوپی	مسوول واحد اندوسکوپی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : تعداد اندوسکوپی انجام شده جهت بیماران بستری **کد شاخص :9D H C P In 22** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- نداشتن آمادگی قبل از اندوسکوپی توسط بیمار
- عدم رضایت بیمار به انجام اندوسکوپی
- مرخصی بودن فوق تخصص در برخی ایام

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توجیه پرستاران و تاکید به رعایت اصول آمادگی قبل از اندوسکوپی بیمار توسط واحد اندوسکوپی
- توجیه بیمار توسط پرستار و اخذ رضایت آگاهانه از وی قبل از انتقال به اندوسکوپی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **حمیده هندآبادی – مسوول واحد اندوسکوپی**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: تعداد کولونوسکوپی انجام شده جهت بیماران بستری **کد شاخص :9D H C P In 23** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور تعداد کولونوسکوپی های انجام شده جهت بیماران در طول مدت بستری در بیمارستان می باشد

هدف شاخص: انجام به موقع کولونوسکوپی بیمار و کمک به تشخیص سریعتر بیماری فرد

فرمول شاخص: تعدادکولونوسکوپی های انجام شده جهت بیماران بستری در یک دوره زمانی مشخص

تعریف صورت شاخص: –

تعریف مخرج شاخص: –

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
–	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
واحد اندوسکوپی و بخشهای بستری	**تعداد**	سه ماهه	مستندات واحد اندوسکوپی	مسوول واحد اندوسکوپی	مسوول واحد اندوسکوپی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : تعداد کولونوسکوپی انجام شده جهت بیماران بستری **کد شاخص :9D H C P In 23** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- نداشتن آمادگی قبل از کولونوسکوپی توسط بیمار
- عدم رضایت بیمار به انجام کولونوسکوپی
- مرخصی بودن فوق تخصص در برخی ایام

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توجیه پرستاران و تاکید به رعایت اصول آمادگی قبل از کولونوسکوپی بیمار توسط واحد اندوسکوپی
- توجیه بیمار توسط پرستار و اخذ رضایت آگاهانه از وی قبل از انتقال به کولونوسکوپی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **حمیده هندآبادی – مسوول واحد اندوسکوپی**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: تعداد فیزیوتراپی انجام شده جهت بیماران بستری **کد شاخص: D H C P In 24** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور تعداد فیزیوتراپی های انجام شده جهت بیماران در طول مدت بستری در بیمارستان می باشد

هدف شاخص: انجام به موقع فیزیوتراپی بیمار و کمک به بهبودی سریعتر بیمار

فرمول شاخص: تعداد فیزیوتراپی های انجام شده جهت بیماران بستری در یک دوره زمانی مشخص

تعریف صورت شاخص: –

تعریف مخرج شاخص: –

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
واحد فیزیوتراپی و بخشهای بستری	**تعداد**	سه ماهه	سیستم HIS	مسوول واحد فیزیوتراپی	مسوول واحد فیزیوتراپی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : تعداد فیزیوتراپی انجام شده جهت بیماران بستری **کد شاخص :9D H C P In 24** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم ارسال درخواست فیزیوتراپی بیمار در سیستم HIS
- کمبود نیروی فیزیوتراپی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- ارسال به موقع درخواست فیزیوتراپی بیمار به واحد فیزیوتراپی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **احمد جهانشیری – مسوول فیزیوتراپی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: تعداد MRI انجام شده جهت بیماران بستری **کد شاخص: 9D H C P In 25** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور تعداد **MRI** های انجام شده جهت بیماران در طول مدت بستری در بیمارستان می باشد

هدف شاخص: انجام به موقع **MRI** بیمار و کمک به تشخیص سریعتر بیماری فرد

فرمول شاخص: تعداد **MRI** انجام شده جهت بیماران بستری در یک دوره زمانی مشخص

تعریف صورت شاخص: –

تعریف مخرج شاخص: –

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
انجام MRI بیماران بستری به میزان 100٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
واحد MRI و بخشهای بستری	**تعداد**	سه ماهه	سیستم HIS	مسوول واحد MRI	مسوول واحد MRI	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : تعدادMRI انجام شده جهت بیماران بستری **کد شاخص :9D H C P In 25** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- نداشتن آمادگی قبل از MRI توسط بیمار
- عدم رضایت بیمار به انجام MRI
- تعداد بالای درخواست MRI

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توجیه پرستاران و تاکید به رعایت اصول آمادگی قبل از MRI بیمار توسط پرستار
- توجیه بیمار توسط پرستار و اخذ رضایت آگاهانه از وی قبل از انتقال به MRI
- اولویت نوبت دهی به بیماران بستری در بیمارستان

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **خانم محمدیان – مسوول واحد MRI**	**راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: تعداد بیمارانیکه شیمی درمانی شده اند **کد شاخص :9D H C P In 26** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور تعدا بیمارانیکه در کلینیک تخصصی وابسته به بیمارستان تحت شیمی درمانی قرار می گیرند می باشد.

هدف شاخص: انجام شیمی درمانی بیماران نیازمند و جلوگیری از سردرگمی و افزایش رضایتمندی آنان

فرمول شاخص: تعداد شیمی درمانیهای انجام شده در یک دوره زمانی مشخص

تعریف صورت شاخص: –

تعریف مخرج شاخص: –

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
انجام شیمی درمانی جهت مراجعین به میزان 100٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☒ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☒	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☒ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐ (سنجه های اعتبار بخشی)	بالینی ☒ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
کلینیک تخصصی شماره 2	**تعداد**	سه ماهه	مستندات بخش شیمی درمانی	مسوول شیمی درمانی	واحد بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شـاخص : تعداد بیمارانیکه شـیمی درمانی شـده اند(منتقل بیمارسـتان امام حسین شده است) **کد شاخص :9D H C P In 26** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- آمار بالای مراجعین شیمی درمانی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- افزایش نیرو و زیر ساختها بر حسب نیاز

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **خانم محرری – مسوول شیمی درمانی**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: تعداد سی تی اسکن انجام شده جهت بیماران بستری **کد شاخص : 9D H P In N C 28** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور تعداد بیماران بستری که در بیمارستان جهت آنها سی تی اسکن انجام شده است.

هدف شاخص: کاهش سی تی های غیر ضرور در جهت ارتقاء ایمنی بیمار و انجام به موقع سی تی بیماران بستری در بخش جهت تشخیص سریعتر

فرمول شاخص: تعداد سی تی اسکن انجام شده جهت بیماران بستری در یک دوره مشخص

تعریف صورت شاخص: -

تعریف مخرج شاخص: -

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
انجام سی تی اسکن بیماران بستری به میزان 100٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☑	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☑	برنامه استراتژیک ☑ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☑ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
واحد تصویر برداری	**تعداد**	سه ماهه	HIS	مسوول رادیولوژی	واحد بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : تعداد سی تی اسکن انجام شده جهت بیماران بستری **کد شاخص : 9D H P In N C 28** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- –

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- –

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **محمد سلطانی– مسوول رادیولوژی**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: تعداد سونوگرافی انجام شده جهت بیماران بستری **کد شاخص : 9D H P In N C 28** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور تعداد بیماران بستری که در بیمارستان جهت آنها سونوگرافی انجام شده است.

هدف شاخص: کاهش سونوگرافی های غیر ضرور و انجام به موقع سی تی بیماران بستری در بخش جهت تشخیص سریعتر

فرمول شاخص: تعداد سونوگرافی انجام شده جهت بیماران بستری در یک دوره مشخص

تعریف صورت شاخص:

تعریف مخرج شاخص:

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
انجام سونوگرافی بیماران بستری به میزان 100٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☑	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☑	برنامه استراتژیک ☑ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☑ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
واحد تصویر برداری	**تعداد**	سه ماهه	HIS	مسوول رادیولوژی	واحد بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : تعداد سونوگرافی انجام شده جهت بیماران بستری **کد شاخص : 9D H P In N C 28** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- کمبود متخصص رادیولوژی و بعضا تاخیر در انجام سونوها که بیمار با رضایت شخصی و بهبودی نسبی بیمارستان را ترک می نماید
- فضای نامناسب سونوگرافی
- نبود منشی در برخی زمانها

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- جذب بیشتر متخصص رادیولوژی
- تامین فضای مناسب جهت سونوگرافی
- تامین نیروی منشی ثابت جهت سونوگرافی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **محمد سلطانی– مسوول رادیولوژی**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد استفاده از وسایل حفاظت فردی **کد شاخص : 9D H P In N C 29** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور استفاده از وسایل حفاظت فردی بر حسب نیاز و شرایط موجود و طبق دستورالعمل استفاده از وسایل حفاظت فردی می باشد

هدف شاخص: افزایش ایمنی پرسنل

فرمول شاخص: تعداد آیتم های رعایت شده طبق چک لیست ارزیابی *100

کل مواردی که می بایست رعایت شود طبق چک لیست

تعریف صورت شاخص: تعداد آیتم های رعایت شده طبق چک لیست ارزیابی

تعریف مخرج شاخص: کل مواردی که می بایست رعایت شود طبق چک لیست

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
استفاده از وسایل حفاظت فردی توسط پرسنل به میزان 90٪	ساختاری ☐ فرآیندی ■ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ■ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☐ غیر بالینی ■

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
کلیه بخشها و واحدهای بالینی و پاراکلینیک	درصد	سه ماهه	مستندات واحد کنترل عفونت و بهداشت حرفه ای	واحد کنترل عفونت و بهداشت حرفه ای	واحد کنترل عفونت و بهداشت حرفه ای	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد استفاده از وسایل حفاظت فردی **کد شاخص : 9D H P In N C 29** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- اهمیت ندادن نیروها به استفاده از وسایل حفاظت فردی
- نظارت ضعیف مسوولین مرتبط

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- آموزش مکرر نیروها و ترویج فرهنگ استفاده از وسایل حفاظت فردی
- نظارت مستمر بر عملکرد نیروها در این خصوص

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **نرگس صادقی – سوپروایزر کنترل عفونت** **علیرضا خواجه–کارشناس بهداشت حرفه ای**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: میانگین مدت اقامت بیماران بر حسب روز **کد شاخص : 9D H P In N C 30** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص:.متوسط زمان بستری بیماران در بخشهای مختلف بیمارستان

هدف شاخص: رسیدن به نرم کشوری شاخص

فرمول شاخص: تخت روز اشغالی در یک دوره زمانی

تعداد موارد ترخیص شده و فوت شده در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تخت روز اشغالی در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد موارد ترخیص شده و فوت شده در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
رسیدن به نرم کشوری شاخص(3.4)	ساختاری فرآیندی ☐ پیامدی ☑	اثربخشی ☑ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☑ برنامه بهبود کیفیت ☑ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☐ غیر بالینی ☑

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
واحد مدارک پزشکی	درصد	سه ماهه	سامانه آواب و سیستم HIS	مسوول مدارک پزشکی	مسوول مدارک پزشکی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میانگین مدت اقامت بیماران بر حسب روز **کد شاخص : 9D H P In N C 30** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- خطای انسانی و ارسال اشتباه آمار
- عوارض ایجاد شده ناشی از درمان
- آمار بالای ترخیص با میل شخصی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- افزایش رضایتمندی بیماران
- ارائه خدمات ایمن
- دقت در ارسال آمار

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **نجمه شیدایی – مسوول مدارک پزشکی**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد بیماران بستری در آی سی یو که دچار محدودیت حرکتی مفاصل **کد شاخص : 9D H P In N C 31** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور بیماران بستری در آی سی یو که به خودی خود قادر به حرکت اندام ومفاصل نبوده و در مدت بستری حرکات پسیو به اندامشان دادهنشده و فیزیوتراپی با تاخیر شروع شده و محدودیت حرکت مفاصل را به دنبال داشته است .

هدف شاخص: به حداقل رساندن محدودیت حرکتی مفاصل در بیماران بستری در آی سی یو

فرمول شاخص: تعداد بیمارانیکه در دو آی سی یو دچار محدودیت حرکتی مفاصل شده اند در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل بیماران بستری در دو آی سی یو در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد بیمارانیکه در دو آی سی یو دچار محدودیت حرکتی مفاصل شده اند در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران بستری در دو آی سی یو در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش محدودیت حرکتی مفاصل در بیماران آی سی یو به 2٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☑	اثربخشی ☐ ایمنی ☑ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☑	برنامه استراتژیک ☑ برنامه بهبود کیفیت ☑ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☑ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای آی سی یو و فیزیوتراپی	درصد	سه ماهه	واحد فیزیوتراپی	مسئول فیزیوتراپی	مسئول فیزیوتراپی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص :درصد بیماران بستری در آی سی یو که دچار محدودیت حرکتی مفاصل **کد شاخص : 9D H P In N C 31** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- ارائه آمار غیر واقعی
- تشخیص دیر هنگام محدودیت ایجاد شده
- وضعیت جسمی افراد قبل از آسیب و بستری

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- انجام حرکات پسیو در اندامها در هر شیفت
- درخواست و انجام به موقع فیزیوتراپی اندام جهت بیماران نیازمند

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **احمد جهانشیری– مسوول فیزیوتراپی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: کفایت دیالیز بیمار **کد شاخص: 9D Hp In N C 32** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور خارج کردن میزان اوره اضافی از مایعات بدن بیمار در هر نوبت دیالیز .

هدف شاخص: خارج نمودن اوره اضافی مایعات بیمار بالای 65٪ در هر نوبت دیالیز

فرمول شاخص: میزان تفاضل اوره مایعات بدن هر بیمار قبل و بعد از دیالیز در هر نوبت دیالیز*100

میزان اوره بیمار قبل از دیالیز در همان نوبت دیالیز

تعریف صورت شاخص: میزان تفاضل اوره مایعات بدن هر بیمار قبل و بعد از دیالیز در هر نوبت دیالیز

تعریف مخرج شاخص: میزان اوره بیمار قبل از دیالیز در همان نوبت دیالیز

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کفایت دیالیز بیماران بالای 65٪ در هر نوبت دیالیز	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☑	اثربخشی ☐ ایمنی ☑ رضایمندی ☐ کارایی ☑ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☑ برنامه بهبود کیفیت ☑ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☑ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
واحد دیالیز	درصد	ماهیانه	پرونده بیماران	مسوول دیالیز	مسوول دیالیز	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : کفایت دیالیز بیمار **کد شاخص :9D H P In N C 32** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- ماشین دیالیز
- خطای آزمایشگاه
- نمونه گیری اشتباه
- خطای کاربر دستگاه دیالیز

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توانمند سازی پرستار دیالیز
- کنترل کیفی دستگاه دیالیز به صورت شیفتی و سالیانه

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **حسین منفرد–سرپرستار دیالیز**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: نسبت بیماران دیالیزی به تخت دیالیز **کد شاخص: 9D H C P In 33** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور تعداد بیمارانیکه در این مرکز با توجه به تعداد تختهای دیالیز تحت دیالیز قرار می گیرند می باشد .

هدف شاخص: استفاده حداکثری از تختها و امکانات دیالیز جهت بیماران نیازمند دیالیز

فرمول شاخص: تعداد بیمارانیکه تحت دیالیز قرار می گیرند در یک دوره زمانی مشخص

تعداد تختهای دیالیز در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد بیمارانیکه تحت دیالیز قرار می گیرند در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد تختهای دیالیز در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
پذیرش بیمار در سه شیفت روزانه به تعداد سه برابر تخت موجود دیالیز	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ■ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخش دیالیز	نسبت	سه ماهه	مستندات دیالیز	مسوول دیالیز	مسوول دیالیز	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : نسبت بیماران دیالیزی به تخت دیالیز **کد شاخص :9D H C P In 33** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم مراجعه برخی بیماران طبق برنامه به دلیل بعد مسافت و محدودیت امکانات ایاب و ذهاب یا اسکان به ویژه در نوبتهای شب
- وجود بیماران دیالیزی اورژانسی که یک تخت بایستی جهت این شرایط در نظر گرفته شود

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- جلب مشارکت خیرین و تهیه اسکان جهت بیماران دیالیزی
- حتی الامکان تنظیم نوبت دیالیز بیماران روستایی و افرادی که مشکل وسیله نقلیه دارند در شیفت صبح گذاشته شود

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **حسین منفرد– سرپرستار دیالیز**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: نسبت اعمال جراحی به تخت عمل **کد شاخص :9D H C P In 34** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور تعداد عمل انجام شده با توجه به تختهای عمل موجود می باشد.

هدف شاخص: استفاده حداکثری از امکانات عمل

فرمول شاخص: تعداد اعمال جراحی انجام شده در یک دوره زمانی مشخص

تعداد تختهای عمل در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد اعمال جراحی انجام شده در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد تختهای عمل در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
8 عمل به ازای هر تخت در روز	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ■ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخش اتاق عمل	نسبت	سه ماهه	مستندات اتاق عمل	مسوول اتاق عمل	مسوول اتاق عمل	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : نسبت اعمال جراحی به تخت عمل **کد شاخص :9D H C P In 34** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **محبوبه کنودی– مسوول اتاق عمل**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد انجام آزمایشات میکروبی آب **کد شاخص : 9D H P In N C 35** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از آزمایشات میکروبی آب اندازه گیری وضعیت میکروبیولوژی آب اتاق عمل ، آزمایشگاه، سی اس آر ،**RO** قبل و بعد از دیالیز بصورت ماهیانه می باشد .

هدف شاخص: انجام آزمایشات میکروبی آب و تامین آب سالم و بهداشتی

فرمول شاخص: تعداد آزمایشات میکروبی انجام شده در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل آزمایشاتی که می بایست انجام شود درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد موارد آزمایشات میکروبی انجام شده در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل آزمایشاتی که می بایست انجام شود درهمان دوره زمانی.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
انجام آزمایشات میکروبی آب تا 100٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☑ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☑ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☐ غیر بالینی ☑ مدیریتی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص	ارسال گزارش پایش به
کل بیمارستان (مخازن،RO و آب شهری)	درصد	ماهیانه	واحد بهداشت محیط	مسوول بهداشت محیط	واحد بهداشت محیط	سه ماهه	ریاست ☑ مدیریت ☑ مدیر پرستاری ☑ مسئول ایمنی بیمار ☐ معاونت درمان ☑

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد انجام آزمایشات شیمیایی آب **کد شاخص : 9D H P In N C 35** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- نبود امکانات تخصصی آزمایش اب در بیمارستان

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- هماهنگی با آزمایشگاه دانشگاه جهت انجام آزمایشات شیمیایی آب

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **علی باقری – مسوول بهداشت محیط**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد انجام آزمایشات شیمیایی آب **کد شاخص : 9D H P In N C 36** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از آزمایشات شیمیایی آب اندازه گیری میزان فلوئور، سولفات کلر،منیزیوم، کلسیم،سدیم ،کدورت، کربنات،بیکربنات،نیتریت، نیترات، **PH** ،سختی کلسیم،سختی کل ،قلیاییت کل ،قلیاییت فنل فتالئین ،مواد معلق ،مواد محلول ، هدایت الکتریکی و درجه حرارت آب مخازن هر شش ماه و آب دیالیز بصورت ماهیانه می باشد .

هدف شاخص: انجام آزمایشات شیمیایی آب و تامین آب سالم و بهداشتی

فرمول شاخص: تعداد آزمایشات شیمیایی انجام شده در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل آزمایشاتی که می بایست انجام شود درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد موارد آزمایشات شیمیایی انجام شده در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل آزمایشاتی که می بایست انجام شود درهمان دوره زمانی .

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
انجام آزمایشات شیمیایی آب تا 100٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☒ پیامدی ☐	اثربخشی ☒ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☒ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☐ غیر بالینی ☒ مدیریتی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص	ارسال گزارش پایش به
کل بیمارستان (مخازن،RO و آب شهری)	درصد	شش ماهه	واحد بهداشت محیط	مسوول بهداشت محیط	واحد بهداشت محیط	شش ماهه	ریاست ☒ مدیریت ☒ مدیر پرستاری ☒ مسئول ایمنی بیمار ☐ معاونت درمان ☒

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد انجام آزمایشات شیمیایی آب **کد شاخص : 9D H P In N C 36** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- نبود امکانات آزمایش در بیمارستان

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- هماهنگی با آزمایشگاه دانشگاه جهت انجام آزمایشات شیمیایی آب

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- شش ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **علی باقری – مسوول بهداشت محیط**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد انجام آزمایشات فاضلاب **کد شاخص : 9D H P In N C 38** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از آزمایشات فاضلاب اندازه گیری شاخصهای فیزیکوشیمیایی فاضلاب هر شش ماه می باشد .

هدف شاخص: رسیدن به استانداردهای خروجی

فرمول شاخص: تعداد آزمایشات فاضلاب انجام شده در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل آزمایشاتی که می بایست انجام شود درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد موارد آزمایشات فاضلاب انجام شده در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل آزمایشاتی که می بایست انجام شود درهمان دوره زمانی.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
انجام آزمایشات فاضلاب تا 100٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☑ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☑ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☐ غیر بالینی ☑ مدیریتی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص	ارسال گزارش پایش به
خروجی اگو	درصد	شش ماهه	واحد بهداشت محیط	مسوول بهداشت محیط	واحد بهداشت محیط	شش ماهه	ریاست ☑ مدیریت ☑ مدیر پرستاری ☑ مسئول ایمنی بیمار ☐ معاونت درمان ☑

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد انجام آزمایشات فاضلاب **کد شاخص : 9D H P In N C 38** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- نبود امکانات آزمایش در بیمارستان
- نبود پیش تصفیه و عدم دستیابی به استانداردهای خروجی
- ساخت و ساز های جدید که منجر به تخریب سپتیکهای فاضلاب شده است
- کمبود فضای مورد نیاز

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- هماهنگی با آزمایشگاه فاضلاب شهری
- در نظر گرفتن فضای لازم جهت راه اندازی سیستم پیش تصفیه فاضلاب در ساخت و سازهای جدید

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- شش ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **علی باقری – مسوول بهداشت محیط**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد رعایت استانداردهای رختشویخانه **کد شاخص : 9D H P In N C 38** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور اجرای استانداردهای اعتبار بخشی مربوط به رختشویخانه به نحو مطلوب می باشد .

هدف شاخص: ارتقاء وضعیت موجود و اجرای هر چه بهتر استانداردها

فرمول شاخص: تعداد موارد اجرا شده طبق چک لیست در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل موارد که می بایست انجام شود درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد موارد اجرا شده طبق چک لیست در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل مواردی که می بایست انجام شود درهمان دوره زمانی .

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
تحقق 80٪ استانداردهای رختشویخانه	ساختاری ☐ فرآیندی ☒ پیامدی ☐	اثربخشی ☒ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☒ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☐ غیر بالینی ☒ مدیریتی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص	ارسال گزارش پایش به
رختشویخانه و بخشهای بستری	درصد	سه ماهه	واحد بهداشت محیط	مسوول بهداشت محیط	واحد بهداشت محیط	سه ماهه	ریاست ☒ مدیریت ☒ مدیر پرستاری ☒ مسئول ایمنی بیمار ☐ معاونت درمان ☒

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد رعایت استانداردهای رختشویخانه **کد شاخص : 9D H P In N C 38** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- ساختار نامناسب و غیر استاندار ساختمان رختشویخانه
- کمبود فضای رختشویخانه
- ساخت و سازهای جدید که منجر به تخریب فضای رختشویخانه قبلی شده

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- در نظر گرفتن فضای مناسب جهت رختشویخانه در ساخت و سازهای جدید
- رعایت استانداردهای ساختمانی در احداث رختشویخانه جدید

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **علی باقری – مسوول بهداشت محیط**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد کارکنانیکه معاینات شغلی ادواری انجام داده اند **کد شاخص : 9D H P In N C 39** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور انجام معاینات و آزمایشاتی که در جهت پایش آسیبهای شغلی کارکنان به صورت سالیانه انجام می شود می باشد.

هدف شاخص: انجام معاینات ادواری کلیه کارکنان به صورت سالیانه

فرمول شاخص: تعداد کارکنانی که تحت معاینات ادواری قرار گرفته اند در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل کارکنان شاغل در بیمارستان درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد کارکنانی که تحت معاینات ادواری قرار گرفته اند در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل کارکنان شاغل در بیمارستان درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش انجام معاینات ادواری کارکنان تا 80٪	ساختاری ☑ فرآیندی ☐ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☑ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☑ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☐ غیر بالینی ☐ مدیریتی ☑

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص	ارسال گزارش پایش به
واحد بهداشت حرفه ای	درصد	یکساله	واحد بهداشت حرفه ای	واحد بهداشت حرفه ای	واحد بهداشت حرفه ای	یکساله	ریاست ☑ مدیریت ☑ مدیر پرستاری ☑ مسئول ایمنی بیمار ☐ معاونت درمان ☑

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد کارکنانیکه معاینات شغلی ادواری انجام داده اند **کد شاخص : 9D H P In N C 39** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:5**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم استقبال پزشکان از طرح معاینات شغلی و ادواری
- اهمیت ندادن برخی مسوولین و کارشناسان به طرح و عدم انجام معاینات ادواری

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- شناسایی افرادی که از انجام معاینات خودداری نموده اند و توجیه آنان در خصوص اهمیت معاینات و در صورت تداوم مقاومت ،معرفی به مدیریت جهت هرگونه اقدام لازم

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- یکساله دفتر بهبود کیفیت
- یکساله تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **علیرضا خواجه – کارشناس بهداشت حرفه ای**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: متوسط ازمایش TPI درخواستی از بخش اورژانس به ازای هر پرونده بیمار بستری **کد شاخص : 9D H P In N C 40** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

تعریف شاخص: –

هدف شاخص: درخواستی منطقی آزمایش **TPI** جهت بیماران و پرهیز از درخواست های غیر ضرور

فرمول شاخص:میانگین آزمایش به ازای هر پرونده

تعریف صورت شاخص: –

تعریف مخرج شاخص: –

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش درخواست آزمایش **TPI** از اورژانس به میزان 5٪ نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☑	اثربخشی ☑ ایمنی ☑ رضایمندی ☐ کارایی ☑ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☑	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☑	بالینی ☐ غیر بالینی ☐ مدیریتی ☑

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص	ارسال گزارش پایش به
واحد آزمایشگاه و گروه پزشکان	متوسط	سه ماهه	HIS	مسوول آزمایشگاه	مسوول آزمایشگاه	سه ماهه	ریاست ☑ مدیریت ☑ مدیر پرستاری ☐ مسئول ایمنی بیمار ☐ معاونت درمان ☑

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: متوسط ازمایش TPI درخواستی از بخش اورژانس به ازای هر پرونده بیمار بستری **کد شاخص : 9D H P In N C 40** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم همکاری پزشکان در مدیریت درخواست آزمایش
- قوانین سخت گیرانه محاکم قضایی
- توانمندی ناکافی پزشکان جدید در تشخیص بیماریها

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- برگزاری جلسات توجیهی با پزشکان
- بازخورد نتایج پایش شاخصها به پزشکان
- برگزاری دوره های آموزشی در جهت توانمند سازی پزشکان به صورت آموزش مداوم
- ایجاد تعادل بین دستورالعملهای وزارتی با قوانین محاکم قضایی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **احمد رضا محسن زاده–مسوول آزمایشگاه**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: متوسط تعداد آزمایشات ناشتای درخواستی از بخش سی سی یو به ازاء هر پرونده **کد شاخص : 9D H P In N C 41** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

تعریف شاخص: –

هدف شاخص: درخواستی منطقی آزمایشات ناشتا جهت بیماران و پرهیز از درخواست های غیر ضرور

فرمول شاخص:میانگین آزمایش به ازای هر پرونده

تعریف صورت شاخص: –

تعریف مخرج شاخص: –.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش درخواست آزمایشات ناشتا از سی سی یو به میزان 5% نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☒ ایمنی ☒ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☒	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☒	بالینی ☐ غیر بالینی ☐ مدیریتی ☒

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص	ارسال گزارش پایش به
واحد آزمایشگاه و گروه پزشکان قلب	متوسط	سه ماهه	HIS	مسوول آزمایشگاه	مسوول آزمایشگاه	سه ماهه	ریاست ☒ مدیریت ☒ مدیر پرستاری ☐ مسئول ایمنی بیمار ☐ معاونت درمان ☒

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: متوسط تعداد آزمایشات ناشتای درخواستی از بخش سی سی یو به ازاء هر پرونده **کد شاخص : 9D H P In N C 41** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:7**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم همکاری برخی پزشکان در مدیریت درخواست آزمایش
- قوانین سخت گیرانه محاکم قضایی
- تجربه کم پزشکان جدید

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- برگزاری جلسات توجیهی با پزشکان
- بازخورد نتایج پایش شاخصها به پزشکان
- برگزاری دوره های آموزشی در جهت توانمند سازی پزشکان به صورت آموزش مداوم
- ایجاد تعادل بین دستورالعملهای وزارتی با قوانین محاکم قضایی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **احمد رضا محسن زاده–مسوول آزمایشگاه**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: متوسط تعداد آزمایشات ناشتای درخواستی از بخش داخلی به ازاء هر پرونده **کد شاخص : 9D H P In N C 42** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

تعریف شاخص: –

هدف شاخص: درخواستی منطقی آزمایشات ناشتا جهت بیماران و پرهیز از درخواست های غیر ضرور

فرمول شاخص:میانگین آزمایش به ازای هر پرونده

تعریف صورت شاخص: –

تعریف مخرج شاخص: –.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش درخواست آزمایشات ناشتا از داخلی به میزان 5٪ نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☒ ایمنی ☒ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☒	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☒	بالینی ☐ غیر بالینی ☐ مدیریتی ☒

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص	ارسال گزارش پایش به
واحد آزمایشگاه و گروه پزشکان داخلی	متوسط	سه ماهه	HIS	مسوول آزمایشگاه	مسوول آزمایشگاه	سه ماهه	ریاست ☒ مدیریت ☒ مدیر پرستاری ☐ مسئول ایمنی بیمار ☐ معاونت درمان ☒

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: متوسط تعداد آزمایشات ناشتای درخواستی از بخش داخلی به ازاء هر پرونده **کد شاخص : 9D H P In N C 42** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1404/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1403/4/1** **نوبت بازنگری:6**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم همکاری برخی پزشکان در مدیریت درخواست آزمایش
- قوانین سخت گیرانه محاکم قضایی
- تجربه کم پزشکان جدید

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- برگزاری جلسات توجیهی با پزشکان
- بازخورد نتایج پایش شاخصها به پزشکان
- برگزاری دوره های آموزشی در جهت توانمند سازی پزشکان به صورت آموزش مداوم
- ایجاد تعادل بین دستورالعملهای وزارتی با قوانین محاکم قضایی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **احمد رضا محسن زاده–مسوول آزمایشگاه**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد نتایج معوق به ازاء تعداد پرونده بیماران ترخیص شده **کد شاخص : 9D H P In N C 43** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

تعریف شاخص: منظور آزمایشاتی که پس از ترخیص بیمار آماده می شود و عملا در تصمیم گیری جهت ترخیص نقش ندارد

هدف شاخص: پرهیز از درخواست آزمایشات غیر ضروری و انجام به موقع آزمایشات درخواستی

فرمول شاخص: تعداد آزمایشات معوق پرونده های ترخیص شده در یک دوره زمانی مشخص * 100

تعدادکل پرونده های ترخیص شده درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد آزمایشات معوق پرونده های ترخیص شده در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعدادکل پرونده های ترخیص شده درهمان دوره زمانی.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش آمار آزمایشات معوق به میزان 10٪ نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☒ ایمنی ☒ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☒	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☒	بالینی ☐ غیر بالینی ☐ مدیریتی ☒

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص	ارسال گزارش پایش به
واحد آزمایشگاه و گروه پزشکان	درصد	سه ماهه	HIS	مسوول آزمایشگاه	مسوول آزمایشگاه	سه ماهه	ریاست ☒ مدیریت ☒ مدیر پرستاری ☐ مسئول ایمنی بیمار ☐ معاونت درمان ☒

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد نتایج معوق به ازاء تعداد پرونده بیماران ترخیص شده **کد شاخص : 9D H P In N C 43** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- ترخیص با میل شخصی بیماران قبل از دستور ترخیص پزشک
- درخواست برخی بیماران مبنی بر انجام آزمایشات وی در بیمارستان

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- برگزاری جلسات توجیهی با پزشکان
- بازخورد نتایج پایش شاخصها به پزشکان

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **احمد رضا محسن زاده–مسوول آزمایشگاه**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: متوسط هزینه آزمایشات درخواستی هر پزشک به ازاء بیماران بستری توسط همان پزشک **کد شاخص : 9D H P In N C 44** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

تعریف شاخص: –

هدف شاخص: درخواستی منطقی آزمایشات جهت بیماران و پرهیز از درخواست های غیر ضرور

فرمول شاخص:میانگین هزینه آزمایشات بیماران

تعریف صورت شاخص: –

تعریف مخرج شاخص: –.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش هزینه آزمایش بیماران به میزان 5٪ نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☒ ایمنی ☒ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☒	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☒	بالینی ☐ غیر بالینی ☐ مدیریتی ☒

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص	ارسال گزارش پایش به
واحد آزمایشگاه و گروه پزشکان	متوسط	سه ماهه	HIS	مسوول آزمایشگاه	مسوول آزمایشگاه	سه ماهه	ریاست ☒ مدیریت ☒ مدیر پرستاری ☐ مسئول ایمنی بیمار ☐ معاونت درمان ☒

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: متوسط هزینه آزمایشات درخواستی هر پزشک به ازاء بیماران بستری توسط همان پزشک **کد شاخص : 9D H P In N C 44** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم همکاری برخی پزشکان در مدیریت درخواست آزمایش
- قوانین سخت گیرانه محاکم قضایی
- تجربه کم پزشکان جدید

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- برگزاری جلسات توجیهی با پزشکان
- بازخورد نتایج پایش شاخصها به پزشکان
- برگزاری دوره های آموزشی در جهت توانمند سازی پزشکان به صورت آموزش مداوم
- ایجاد تعادل بین دستورالعملهای وزارتی با قوانین محاکم قضایی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **احمد رضا محسن زاده–مسوول آزمایشگاه**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: دفعات تکرار درخواست آزمایش HBS به ازاء هر بیمار به ازاء پزشک معین **کد شاخص : 9D H P In N C 44** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

تعریف شاخص: –

هدف شاخص: درخواست منطقی آزمایشات جهت بیماران و پرهیز از درخواست های غیر ضرور

فرمول شاخص:دفعات تکرار آزمایش **HBS** جهت هر بیمار

تعریف صورت شاخص: –

تعریف مخرج شاخص: –.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش تکرار آزمایش HBS بیماران به میزان 10٪ نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☒ ایمنی ☒ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☒	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☒	بالینی ☐ غیر بالینی ☐ مدیریتی ☒

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص	ارسال گزارش پایش به
واحد آزمایشگاه و گروه پزشکان	متوسط	سه ماهه	HIS	مسوول آزمایشگاه	مسوول آزمایشگاه	سه ماهه	ریاست ☒ مدیریت ☒ مدیر پرستاری ☐ مسئول ایمنی بیمار ☐ معاونت درمان ☒

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: دفعات تکرار درخواست آزمایش HBS به ازاء هر بیمار به ازاء پزشک معین **کد شاخص : 9D H P In N C 45** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم همکاری برخی پزشکان در مدیریت درخواست آزمایش
- تجربه کم پزشکان جدید

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- برگزاری جلسات توجیهی با پزشکان
- بازخورد نتایج پایش شاخصها به پزشکان
- برگزاری دوره های آموزشی در جهت توانمند سازی پزشکان به صورت آموزش مداوم

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **احمد رضا محسن زاده–مسوول آزمایشگاه**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: دفعات تکرار درخواست آزمایش BG به ازاء هر بیمار به ازاء پزشک معین **کد شاخص : 9D H P In N C 45** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

تعریف شاخص: –

هدف شاخص: درخواست منطقی آزمایشات جهت بیماران و پرهیز از درخواست های غیر ضرور

فرمول شاخص:دفعات تکرار آزمایش **BG** جهت هر بیمار

تعریف صورت شاخص: –

تعریف مخرج شاخص: –.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش تکرار آزمایش BG بیماران به میزان 10% نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☒ ایمنی ☒ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☒	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☒	بالینی ☐ غیر بالینی ☐ مدیریتی ☒

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص	ارسال گزارش پایش به
واحد آزمایشگاه و گروه پزشکان	متوسط	سه ماهه	HIS	مسوول آزمایشگاه	مسوول آزمایشگاه	سه ماهه	ریاست ☒ مدیریت ☒ مدیر پرستاری ☐ مسئول ایمنی بیمار ☐ معاونت درمان ☒

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: دفعات تکرار درخواست آزمایش BG به ازاء هر بیمار به ازاء پزشک معین **کد شاخص : 9D H P In N C 46** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم همکاری برخی پزشکان در مدیریت درخواست آزمایش
- تجربه کم پزشکان جدید

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- برگزاری جلسات توجیهی با پزشکان
- بازخورد نتایج پایش شاخصها به پزشکان
- برگزاری دوره های آموزشی در جهت توانمند سازی پزشکان به صورت آموزش مداوم

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **احمد رضا محسن زاده–مسوول آزمایشگاه**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد پرونده های تحت نظر تشکیل شده به کل ویزیت های انجام شده **کد شاخص : 9D H P In N C 48** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

تعریف شاخص: منظور از مجموع کل مراجعین به اورزانس جهت چه تعدادی پرونده تشکیل شده است

هدف شاخص:جایگزینی پرونده های تحت نظر غیر ضروری به پرونده های سرپایی اورژانس

فرمول شاخص: تعداد پرونده های تحت نظر تشکیل شده در یک دوره زمانی * 100

کل مراجعین اورژانس در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد پرونده های تحت نظر تشکیل شده در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: کل مراجعین اورژانس در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش تعداد پرونده های تحت نظر به میزان 10٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☒ برنامه بهبود کیفیت ☒ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ☐ غیر بالینی ☒

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
اورژانس و مدارک پزشکی	درصد	سه ماهه	سیستم HIS	مسوول مدارک پزشکی	مسوول مدارک پزشکی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: تعداد پرونده های تحت نظر تشکیل شده به کل ویزیت های انجام شده **کد شاخص : 9D H P In N C 48** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- محاسبه پرونده های تحت نظر انصرافی در آمار پرونده های تحت نظر

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- تهیه استاندارد های پذیرش بیماران در اورژانس
- توجیه متخصصین طب در خصوص جایگزینی پرونده سرپایی با تحت نظر در مواردی که امکان پذیر است

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **نجمه شیدایی – مسوول مدارک پزشکی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد بیماران فراری اورژانس **کد شاخص : 9D H P In N C 48** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

تعریف شاخص: منظور تعداد بیمارانیکه قبل از تسویه حساب بیمارستان را بدون اطلاع ترک نموده اند

هدف شاخص: کاهش تعداد بیماران فراری

فرمول شاخص: تعداد بیماران فراری از اورژانس در یک دوره زمانی *100

تعداد کل پرونده های تحت نظر

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران فراری از اورژانس در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل پرونده های تحت نظر

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش تعداد بیماران فراری اورژانس به میزان 10٪ نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☒ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☒ برنامه بهبود کیفیت ☒ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ☐ غیر بالینی ☒

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
اورژانس و مدارک پزشکی	درصد	سه ماهه	سیستم HIS و پرونده ها	مسوول مدارک پزشکی	مسوول مدارک پزشکی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد بیماران فراری اورژانس **کد شاخص : 9D H P In N C 48** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم توجیه بیمار توسط پرستار یا منشی در زمان ترخیص جهت انجام تسویه حساب
- عدم شناسایی بیماران (نداشتن لباس بیمارستانی)اورژانس توسط نگهبان
- نظارت ناکافی نگهبان در ورود و خروج افراد

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- ارسال کلیه پرونده ها به ترخیص توسط منشی بخش
- انجام تسویه حساب پرونده ها به صورت آنلاین در بخش اورژانس توسط منشی
- بررسی پرونده های فراری توسط مسوول اورژانس و ارائه نتایج به مدیریت بیمارستان جهت تصمیم گیری از جمله کسر از حقوق افراد دخیل
- تعریف اسامی بیماران فراری در لیست فرار و عدم پذیرش در مراجعات بعدی مخصوصا در موارد سرپایی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **نجمه شیدایی – مسوول مدارک پزشکی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد بیماران فراری از بخشهای بستری **کد شاخص : 9D H P In N C 49** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

تعریف شاخص: منظور تعداد بیمارانیکه قبل از تسویه حساب از بخشهای بیمارستان را بدون اطلاع ترک نموده اند

هدف شاخص: کاهش تعداد بیماران فراری از بخشها

فرمول شاخص: تعداد بیماران فراری از بخشها در یک دوره زمانی *100

تعداد کل پرونده های بستری

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران فراری از بخشها در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل پرونده های بستری

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش تعداد بیماران فراری بخشها به میزان 10٪ نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☒ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☒ برنامه بهبود کیفیت ☒ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ☐ غیر بالینی ☒

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای بستری و واحد ترخیص	درصد	سه ماهه	سیستم HIS و پرونده ها	مسوول واحد ترخیص	مسوول واحد ترخیص	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد بیماران فراری بخشهای بستری **کد شاخص : 9D H P In N C 49** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:6**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- نظارت ناکافی نگهبان در ورود و خروج افراد

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- اخذ ودیعه از بیماران الکتیو در زمان تشکیل پرونده
- انجام تسویه حساب پرونده ها به صورت آنلاین در بخشها توسط منشی
- بررسی پرونده های فراری توسط مسوول واحد ترخیص و ارائه نتایج به مدیریت بیمارستان جهت تصمیم گیری از جمله کسر از حقوق افراد دخیل
- تعریف اسامی بیماران فراری در لیست فرار و عدم پذیرش در مراجعات بعدی مخصوصا در موارد سرپایی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **زهرا مومن– مسوول واحد ترخیص**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد اشغال تخت بیمارستان **کد شاخص : 9D H P In N C 50** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:5**

تعریف شاخص: منظور تعداد تختهای بیمارستان که در اشغال بیماران می باشد

هدف شاخص: حداکثر استفاده از تختهای بیمارستانی

فرمول شاخص: تخت روز اشغالی در یک دوره زمانی *100

تخت روز کل در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تخت روز اشغالی در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تخت روز کل در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
حفظ ضریب اشغال تخت بیمارستان بالای 80٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☒ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☒ برنامه بهبود کیفیت ☒ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ☐ غیر بالینی ☒

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای بستری و واحد مدارک پزشکی	درصد	سه ماهه	سیستم HIS	مسوول واحد مدارک پزشکی	مسوول واحد مدارک پزشکی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد اشغال تخت بیمارستان **کد شاخص : 9D H P In N C 50** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:5**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- خطای انسانی و ارسال آمار اشتباه
- وجود بیمارستان تامین اجتماعی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- افزایش رضایتمندی بیماران
- تامین تجهیزات مورد نیاز و ارتقاء آن در بیمارستان

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **نجمه شیدایی–مسوول واحد مدارک پزشکی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد بیماران سکته قلبی که ترومبولیتیک دریافت نموده اند **کد شاخص : 9D H P In C 51** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:5**

تعریف شاخص: منظور تعداد بیمارانیکه ظرف 3 و 6 ساعت اول بعد از سکته قلبی رتپلاز/ استرپتوکیناز دریافت نموده ا ند

هدف شاخص: کاهش عوارض ناشی از سکته قلبی و مدیریت

فرمول شاخص: تعداد بیماران سکته قلبی که ترومبولتیک دریافت نموده اند در یک دوره زمانی *100

تعداد کل بیماران سکته قلبی در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران سکته قلبی که ترومبولتیک دریافت نموده اند در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران سکته قلبی در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش عوارض ناشی از سکته قلبی و مدیریت	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☑ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☑	برنامه استراتژیک ☑ برنامه بهبود کیفیت ☑ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ☑ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای اورژانس و سی سی یو	درصد	سه ماهه	دفتر ترخیص	مسوول سی سی یو	مسوول سی سی یو	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد بیماران سکته قلبی که ترومبولیتیک دریافت نموده اند **کد شاخص : 9D H P In C 51** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1404/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:5**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- تاخیر در ورود بیماران سکته قلبی به بیمارستان
- تاخیر در شناسایی بیماران سکته قلبی واردشده به بیمارستان بویژه در شیفتهایی که متخصص طب حضور ندارد
- کمبود شدید ترومبولتیک و در دسترس نبودن آن

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توانمند سازی نیروهای پرستاری و پزشک شاغل در اورژانس بویژه تریاژ در بحث تفسیر نوار قلب و مدیریت بیماران قلبی
- جذب نیروی متخصص طب به تعداد کافی و حضور آناندر تمام شیفتها

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **حشمت مرادی– سرپرستار سی سی یو**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد بیماران سکته حاد قلبی که جهت آنژیوپلاستی اعزام شده اند **کد شاخص : 9D H P In C 52** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

تعریف شاخص: منظور تعداد بیمارانیکه بدنبال عدم پاسخ به ترومبولتیک یا عدم تزریق ترومبولتیک بدلیل نبود یا تاخیر مراجعه بیمار جهت آنژیوپلاستی با آمبولانس به مرکز بالاتر اعزام شده اند

هدف شاخص: کاهش عوارض ناشی از سکته قلبی و مدیریت آن

فرمول شاخص: تعداد بیماران سکته قلبی که جهت آنژیوپلاستی اعزام شده اند در یک دوره زمانی *100

تعداد کل بیماران سکته قلبی در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران سکته قلبی که جهت آنژیوپلاستی اعزام شده اند در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران سکته قلبی در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش عوارض ناشی از سکته قلبی و مدیریت	ساختاری ☐ فرآیندی ■ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ■ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ■ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای اورژانس و سی سی یو	درصد	سه ماهه	دفتر ترخیص	مسوول سی سی یو	مسوول سی سی یو	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد بیماران سکته حاد قلبی که جهت آنژیوپلاستی اعزام شده اند **کد شاخص : 9D H P In C 52** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم امکان اخذ پذیرش از مشهد
- عدم رضایت بیمار به اعزام به دلیل مشکلات مالی و شخصی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- پیگیری اخذ پذیرش جهت بیمار توسط پزشک معالج
- تامین ترومبولتیک به تعدا کافی در بیمارستان
- پیگیری راه اندازی کت لب و آنژیوگرافی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **حشمت مرادی–سرپرستار سی سی یو**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد بیماران فوت شده سکته حاد قلبی پس از دریافت ترومبولیتیک **کد شاخص : 9D H P In C 53** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

تعریف شاخص: منظور تعداد بیماران سکته قلبی که علیرغم دریافت ترومبولتیک قبل از ترخیص فوت نموده ا ند

هدف شاخص:شناسایی علل فوت بیمار وکاهش عوارض ناشی از سکته قلبی و مدیریت

فرمول شاخص: تعداد بیماران سکته قلبی که پس از دریافت ترومبولتیک فوت نموده اند در یک دوره زمانی *100

تعداد کل بیماران سکته قلبی که ترومبولتیک دریافت نموده اند در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران سکته قلبی که پس از دریافت ترومبولتیک فوت نموده اند در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران سکته قلبی که ترومبولتیک دریافت نموده اند در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش عوارض ناشی از سکته قلبی و مدیریت	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ■ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ■ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای اورژانس و سی سی یو	درصد	سه ماهه	دفتر ترخیص	مسوول سی سی یو	مسوول سی سی یو	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد بیماران فوت شده سکته حاد قلبی پس از دریافت ترومبولیتیک **کد شاخص : 9D H P In C 53** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1404/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- بیماری زمینه ای و سن بیمار
- از دست دادن گلدن تایم در تزریق ترومبولتیک ناشی از تاخیر در تشخیص یا نبود دارو در داروخانه
- تاخیر در مراجعه بیمار

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- آموزش همگانی
- تامین داروی ترومبولتیک به تعداد کافی
- توانمند سازی نیروها در زمینه شناسایی و برخورد با بیماران قلبی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **حشمت مرادی–سرپرستار سی سی یو**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد بیماران فوت شده سکته حاد قلبی بدون دریافت ترومبولیتیک **کد شاخص : 9D H P In C 54** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

تعریف شاخص: منظور تعداد بیماران سکته قلبی که قبل از دریافت ترومبولتیک فوت نموده ا ند

هدف شاخص: کاهش عوارض ناشی از سکته قلبی و مدیریت آن

فرمول شاخص: تعداد بیماران سکته قلبی فوت شده بدون دریافت ترومبولتیک در یک دوره زمانی *100

تعداد کل بیماران سکته قلبی در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران سکته قلبی فوت شده بدون دریافت ترومبولتیک در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران سکته قلبی در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش عوارض ناشی از سکته قلبی و مدیریت	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ■ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای اورژانس و سی سی یو	درصد	سه ماهه	دفتر ترخیص	مسوول سی سی یو	مسوول سی سی یو	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : درصد بیماران فوت شده سکته حاد قلبی بدون دریافت ترومبولیتیک **کد شاخص : 9D H P In C 54** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- تاخیر در ورود بیماران سکته قلبی به بیمارستان
- تاخیر در شناسایی بیماران سکته قلبی واردشده به بیمارستان
- کمبود شدید ترومبولتیک و در دسترس نبودن آن
- بیماری زمینه ای و مشکلات مربوط به بیمار

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توانمند سازی نیروهای پرستاری و پزشک شاغل در اورژانس بویژه تریاژ در بحث تفسیر نوار قلب و مدیریت بیماران قلبی
- تامین داروی ترومبولتیک به تعداد کافی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **حشمت مرادی–سرپرستار سی سی یو**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد بیماران بستری مجدد **کد شاخص : 9D H P In N C 55** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

تعریف شاخص: منظور تعداد بیمارانیکه با فاصله کوتاه مجدد با همان مشکل قبلی مراجعه و بستری می شوند

هدف شاخص: آموزش صحیح بیمار و رساندن وی به مرحله خودمراقبتی در طول بستری بویژه در زمینه مصرف داروها و کنترل عوامل خطر

فرمول شاخص: تعداد بیماران بستری مجدد با تشخیص واحد در یک دوره زمانی *100

تعداد کل بیماران بستری در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران بستری مجدد با تشخیص واحد در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران بستری در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش موارد بستری مجدد با یک تشخیص	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ■ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ■ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ☐ غیر بالینی ■

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای بستری و واحد آموزش سلامت	درصد	سه ماهه	سیستم HIS	مسوول مدارک پزشکی	مسوول آموزش سلامت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد بیماران بستری مجدد **کد شاخص : 9D H P In N C 55** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- آموزش ناقص در زمان ترخیص به بیمار
- آموزش پذیری پایین بیمار
- عدم پایش بیمار پس از ترخیص
- ترخیص بیمار با میل شخصی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- انتخاب رابط آموزش فعال در هر بخش
- برنامه ریزی جهت آموزش به بیمار در طول بستری و نظارت توسط واحد آموئزش سلامت
- پایش بیماران 2 الی 4 روز پس از ترخیص به ویژه بیماران پرخطر و بیماران ترخیص شده با میل شخصی
- پرهیز از ترخیص با میل شخصی بیماران پرخطر

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **مژگان محمدپور – سوپروایزر آموزش سلامت**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد واحد خون و فرآورده پرت شده **کد شاخص : 9D H P In N C 56** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

تعریف شاخص: منظور تعداد واحدهای خون و فرآورده ای که بعلت انقضاء تاریخ یا عدم مصرف پس از آماده سازی قابلیت مصرف ندارند

هدف شاخص: کاهش میزان پرت خون و فراورده

فرمول شاخص: تعداد واحد خون و فراورده پرت شده در یک دوره زمانی *100

تعداد کل واحدهای خون و فراورده موجود، مصرف و پرت شده در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد واحد خون و فراورده پرت شده در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل واحدهای خون و فراورده موجود، مصرف و پرت شده در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش پرت خون و فراورده	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ■ عدالت(دسترسی عادلانه ■ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ■ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ☐ غیر بالینی ■

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشها و انتقال خون	درصد	سه ماهه	دفتر مربوطه	مسوول آزمایشگاه	مسوول آزمایشگاه	سه ماهه

	**بسمه تعالی** **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد واحد خون و فرآورده پرت شده **کد شاخص : 9D H P In N C 56** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- درخواست غیرمنطقی خون و فراورده جهت بیمار توسط پزشک
- عدم اعلام کنسلی خون های رزرو شده از بخش به انتقال خون
- خرابی یخچالهای بانک خون

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- تحویل خون و فراورده درخواستی به صورت یک واحد یک واحد به بخشها
- تحویل خون و فراورده به بخشها بر اساس تاریخ آنها
- کنسل کردن خونهای رزرو شده پس از 24 ساعت توسط بانک خون (پس از تماس با بخش)و در صورت نیاز به تمدید رزرو تمای بخش با انتقال خون

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **احمدرضا محسن زاده–مسئول آزمایشگاه**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد بیماران پایش شده پس از ترخیص **کد شاخص : 9D H P In N C 58** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

تعریف شاخص: منظور تعداد بیمارانیکه ظرف 2 تا 4 روز پس از ترخیص پیگیری تلفنی شده اند

هدف شاخص:ارتقاء سلامت بیمار و پیشگیری از بستری مجدد ، مراجعات غیر ضرور بیمار یا وخیم شدن حال بیمار

فرمول شاخص: تعداد بیماران پایش شده پس از ترخیص در یک دوره زمانی *100

تعداد کل بیماران ترخیص شده در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران پایش شده پس از ترخیص در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران ترخیص شده در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش عوارض ناشی از سکته قلبی و مدیریت	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☑ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☑	برنامه استراتژیک ☑ برنامه بهبود کیفیت ☑ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ☐ غیر بالینی ☑

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای بستری و آموزش سلامت	درصد	سه ماهه	فرم پایش پس از ترخیص بیماران	سوپروایزر آموزش سلامت	سوپروایزر آموزش سلامت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد بیماران پایش شده پس از ترخیص **کد شاخص : 9D H P In N C 58** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- کمبود نیروی انسانی
- نبود فضا و امکانات اختصاصی
- عدم پاسخگویی بیماران به تماس بیمارستان

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- حساس سازی مسئولین بخشها و رابطین آموزش به بیمار
- نظارت مستمر سوپروایزر آموزش سلامت
- بازخورد نتایج مثبت حاصل از پایش بیماران به بخشها
- اعلام به بیمار در روز ترخیص مبنی بر تماس با ایشان در طی روزهای 2 تا 4 پس از ترخیص

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **مژگان محمدپور–سوپروایزر آموزش سلامت**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: تعداد کلیشه های مصرفی **کد شاخص : 9D H P In N C 58** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

تعریف شاخص: –

هدف شاخص: حذف کلیشه های رادیولوژی

فرمول شاخص: تعداد کلیشه های مصرف شده در یک دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: –

تعریف مخرج شاخص: –

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش عوارض ناشی از سکته قلبی و مدیریت	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☑	اثربخشی ☑ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☑ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک برنامه بهبود کیفیت ☑ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☑	بالینی ☐ غیر بالینی ☑

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخش رادیولوژی	تعداد	سه ماهه	دفتر ترخیص	مسوول رادیولوژی	مسوول رادیولوژی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : تعداد کلیشه های مصرفی **کد شاخص : 9D H P In N C 58** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- گرافیهای پرتابل درخواستی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- تامین تجهیزات مورد نیاز جهت رویت دیجیتالی تصاویر رادیولوژی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **محمد سلطانی–مسئول رادیولوژی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: تعداد بازدیدهای انجام شده از تجهیزات پزشکی بخش ها **کد شاخص : 9D H P In N C 59** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

تعریف شاخص: منظور از کنترل کیفی تجهیزات بررسی دوره ای آنها از نظر عملکرد کیفی طبق نظر شرکت سازنده و توسط شرکتهای مورد تایید و معتبر می باشد.

هدف شاخص: انجام کنترل کیفی تجهیزات پزشکی و ارتقاء کیفیت عملکرد تجهیزات

فرمول شاخص: تعداد کل بازدیدهای انجام شده از تجهیزات پزشکی بخش ها

تعریف صورت شاخص: تعداد تجهیزات پزشکی که کنترل کیفی شده اند

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل تجهیزات پزشکی نیازمند کنترل کیفی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
انجام کنترل کیفی تجهیزات پزشکی تا 80٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☑ رضایمندی ☐ کارایی ☑ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☑ برنامه بهبود کیفیت ☑ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☐ غیر بالینی ☑

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
کلیه بخشهای درمانی و واحد تجهیزات پزشکی	درصد	سه ماهه	واحد بهبود کیفیت	واحد تجهیزات پزشکی	واحد بهبود کیفیت	یکساله

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : تعداد بازدیدهای انجام شده از تجهیزات پزشکی بخش ها **کد شاخص : 9D H P In N C 59** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- کمبود اعتبارات مالی و عدم تامین اعتبار لازم جهت کنترل کیفی به موقع و کلیه تجهیزات

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- اولویت دادن به تجهیزات پزشکی سرمایه ای در امر کنترل کیفی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- یکساله ریاست و مدیریت و مدیریت پرستاری و معاونت درمان

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **حمید خالصی– مسوول واحد تجهیزات پزشکی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد بیماران سکته حاد مغزی اسکیمیک **کد شاخص : 9D H P In C 60** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:2**

تعریف شاخص: منظور تعداد بیماران سکته حاد مغزی ایسکمیک می باشد.

هدف شاخص: کاهش عوارض نا شی از سکته مغزی حاد نوع ایسکمیک

انجام اقدامات درمانی به موقع در زمان طلائی بروز علائم ایجادشده

مراقبت دقیق و برنامه ریزی شده برای کلیه بیماران دچار سکته حاد مغزی

افزایش شناسایی و ثبت بیماران مرگ مغزی در سامانه

فرمول شاخص: تعداد بیماران سکته حاد مغزی اسکیمیک در یک دوره زمانی *100

تعداد کل بیماران سکته مغزی(ایسکمیک و هموراژیک) در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران سکته حاد مغزی اسکیمیک قلبی در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران سکته مغزی(ایسکمیک و هموراژیک) در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش عوارض ناشی از سکته حاد مغزی	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☑ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☑	برنامه استراتژیک ☑ برنامه بهبود کیفیت ☑ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ☑ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای اورژانس ای سی یو کاردیونورولوژی واحد فناوری اطلاعات سلامت	درصد	سه ماهه	دفتر ترخیص HIS	سرپرستار ای سی یو و کاردیونورولوژی	سرپرستار ای سی یو و کاردیونورولوژی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد بیماران سکته حاد مغزی اسکیمیک **کد شاخص :9D H P In C 60** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:2**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- تاخیر در ورود بیماران سکته مغزی به بیمارستان
- تاخیر در شناسایی و تشخیص قطعی بیماران سکته مغزی واردشده به بیمارستان بویژه در شیفتهایی که متخصص طب حضور ندارد.
- عدم آگاهی امبولانس بخش خصوصی از فرایند کد 824

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- تامین ترومبولتیک به تعداد کافی در بیمارستان
- توانمند سازی نیروهای پرستاری و پزشک شاغل در اورژانس بویژه تریاژ در بحث مدیریت بیماران مغزی
- جذب نیروی متخصص طب به تعداد کافی و حضور آنان در تمام شیفت ها
- تعامل بیشتر پرسنل اورژانس 115 با بیمارستان جهت اعلام کد 824
- پیگیری راه اندازی آنژیوگرافی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه واحد بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **محمد اسماعیل زاده–سرپرستار ای سی یو** **طاهره راستگو –سرپرستار کاردیونورولوژی** **علی برزگر–سرپرستار اورژانس** **نجمه شیدائی–مسئول فناوری اطلاعات**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد بیماران سکته حاد مغزی که ترومبولتیک دریافت نموده اند **کد شاخص : 9D H P In C 61** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

تعریف شاخص: منظور تعداد بیمارانی که ظرف 3 و 6 ساعت اول بعد از سکته مغزی، التپلاز دریافت نموده ا ند.

هدف شاخص: کاهش عوارض ناشی از سکته حاد مغزی

فرمول شاخص: تعداد بیماران سکته حاد مغزی که ترومبولتیک دریافت نموده اند در یک دوره زمانی *100

تعداد بیماران سکته مغزی (ایسکمیک)در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران سکته حاد مغزی که ترومبولتیک دریافت نموده اند در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران سکته حاد مغزی (ایسکمیک) در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش عوارض ناشی از سکته مغزی	ساختاری ☐ فرآیندی ■ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ■ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ■ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای اورژانس آی سی یو کاردیونورولوژی واحد فناوری اطلاعات سلامت	درصد	سه ماهه	دفتر ترخیص HIS	سرپرستار آی سی یو و کاردیونورولوژی	سرپرستار آی سی یو و کاردیونورولوژی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد بیماران سکته مغزی که ترومبولیتیک دریافت نموده اند **کد شاخص :9D H P In C 61** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 98/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:2**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم اندیکاسون های لازم جهت تزریق آلتپلاز برای برخی بیماران با توجه به عوارض یا تاثیر دارو
- تاخیر در تشخیص قطعی بیماران سکته مغزی واردشده به بیمارستان با توجه به زمان طلائی اقدامات مربوطه
- کمبود ترومبولتیک و در دسترس نبودن آن

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توانمند سازی نیروهای پرستاری و پزشک شاغل در اورژانس بویژه تریاژ در بحث مدیریت بیماران سکته مغزی
- جذب نیروی متخصص طب به تعداد کافی و حضور آنان در تمام شیفتها
- تعامل بیشتر بیمارستان با اورژانس 115

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **محمد اسماعیل زاده–سرپرستار ای سی یو** **طاهره راستگو –سرپرستار کاردیونورولوژی** **علی برزگر–سرپرستار اورژانس** **نجمه شیدائی–مسئول فناوری اطلاعات سلامت**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد بیماران فوت شده سکته حاد مغزی که ترومبولتیک دریافت نموده اند **کد شاخص : 9D H P In C 62** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:2**

تعریف شاخص: منظور تعداد بیماران سکته مغزی که علیرغم دریافت ترومبولتیک قبل از ترخیص فوت نموده ا ند.

هدف شاخص: شناسایی علل فوت بیمار

کاهش عوارض ناشی از سکته مغزی و مدیریت

فرمول شاخص: تعداد بیماران سکته حاد مغزی که پس از دریافت ترومبولتیک فوت نموده اند در یک دوره زمانی *100

تعداد کل بیماران سکته مغزی که ترومبولتیک دریافت نموده اند در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران سکته مغزی که پس از دریافت ترومبولتیک فوت نموده اند در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران سکته مغزی که ترومبولتیک دریافت نموده اند در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش عوارض ناشی از سکته مغزی و مدیریت	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☒	برنامه استراتژیک ☒ برنامه بهبود کیفیت ☒ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ☒ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای اورژانس و آی سی یو کاردیونورولوژی	درصد	سه ماهه	دفتر ترخیص	سرپرستار آی سی و کاردیونورولوژی یو	سرپرستار آی سی یو و کاردیونورولوژی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد بیماران فوت شده سکته حادمغزی که ترومبولتیک دریافت نموده اند **کد شاخص : 9D H P In C 62** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:2**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- بیماری زمینه ای و سن بیمار
- از دست دادن گلدن تایم در تزریق ترومبولتیک
- تاخیر در تشخیص یا نبود دارو در داروخانه
- تاخیر در مراجعه بیمار

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- آموزش همگانی و اگاهی سازی
- تامین داروی ترومبولتیک به تعداد کافی
- توانمند سازی نیروها در زمینه شناسایی و برخورد با بیماران سکته مغزی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **محمد اسماعیل زاده–سرپرستار ای سی یو** **طاهره راستگو –سرپرستار کاردیونورولوژی** **علی برزگر–سرپرستار اورژانس** **نجمه شیدائی– مسئول فناوری اطلاعات سلامت**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد بیماران فوت شده سکته حاد مغزی که ترومبولتیک دریافت ننموده اند **کد شاخص : 9D H P In C 63** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:2**

تعریف شاخص: منظور تعداد بیماران سکته حاد مغزی که قبل از دریافت ترومبولتیک فوت نموده ا ند.

هدف شاخص: کاهش عوارض ناشی از سکته مغزی و مدیریت آن

فرمول شاخص: تعداد بیماران سکته مغزی فوت شده بدون دریافت ترومبولتیک در یک دوره زمانی *100

تعداد بیماران سکته حاد مغزی که ترومبولتیک دریافت کردند–تعداد کل بیماران سکته قلبی در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران سکته مغزی فوت شده بدون دریافت ترومبولتیک در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران سکته مغزی در همان دوره منهای تعداد بیماران سکته حاد مغزی که ترومبولتیک دریافت کردند

(تعداد بیماران سکته حاد مغزی بدون دریافت ترومبولتیک)

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش عوارض ناشی از سکته قلبی و مدیریت	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ■ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای اورژانس آی سی یو کاردیونورولوژی	درصد	سه ماهه	دفتر ترخیص	سرپرستار آی سی یو و کاردیونورولوژی	سرپرستار آی سی یو و کاردیونورولوژی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد بیماران فوت شده سکته حاد مغزی که ترومبولتیک دریافت ننموده اند **کد شاخص : 9D H P In C 63** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/3/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:2**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- تاخیر در شناسایی قطعی بیماران سکته مغزی
- کمبود شدید ترومبولتیک و در دسترس نبودن آن
- بیماری زمینه ای و مشکلات مربوط به بیمار
- سن بیمار
- نبود بخش SCU

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توانمند سازی نیروهای پرستاری و پزشک در مدیریت بیماران سکته مغزی
- تامین داروی ترومبولتیک به تعداد کافی
- راه اندازی بخش SCU

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **محمد اسماعیل زاده–سرپرستار ای سی یو** **طاهره راستگو –سرپرستار کاردیونورولوژی** **علی برزگر–سرپرستار اورژانس** **نجمه شیدائی–مسئول فناوری اطلاعات سلامت**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد بیماران بستری مجدد در بخش روان **کد شاخص : 9D H P In N C 56** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1402/4/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

تعریف شاخص: منظور تعداد بیمارانیکه با فاصله کوتاه مجدد با همان مشکل قبلی مراجعه و بستری می شوند

هدف شاخص: آموزش صحیح بیمار و رساندن وی به مرحله خودمراقبتی در طول بستری بویژه در زمینه مصرف داروها و کنترل عوامل خطر

فرمول شاخص: تعداد بیماران بستری مجدد بیماران روان در یک دوره زمانی *100

تعداد کل بیماران بستری روان در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران بستری مجدد بیماران روان در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران بستری روان در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش موارد بستری مجدد با یک تشخیص	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☑	اثربخشی ☑ ایمنی ☑ رضایمندی ☐ کارایی عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات	برنامه استراتژیک ☑ برنامه بهبود کیفیت ☑ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ☐ غیر بالینی ☑

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخش روان	درصد	سه ماهه	سیستم HIS	مسئول بخش روان	مسئول بخش روان	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد بیماران بستری مجدد در بخش روان **کد شاخص : 9D H P In N C 56** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1402/4/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- آموزش ناقص در زمان ترخیص به بیمار
- آموزش پذیری پایین بیمار
- عدم پایش بیمار پس از ترخیص
- ترخیص بیمار با میل شخصی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- انتخاب رابط آموزش فعال در هر بخش
- برنامه ریزی جهت آموزش به بیمار در طول بستری و نظارت توسط واحد آموئزش سلامت
- پایش بیماران 2 الی 4 روز پس از ترخیص به ویژه بیماران پرخطر و بیماران ترخیص شده با میل شخصی
- پرهیز از ترخیص با میل شخصی بیماران پرخطر

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **مژگان محمدپور – سوپروایزر آموزش سلامت**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: میانگین مدت اقامت بیماران در icu **کد شاخص : 9D H P In N C 57** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1402/4/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

تعریف شاخص:.متوسط زمان بستری بیماران در بخشهای مختلف بیمارستان

هدف شاخص: رسیدن به نرم کشوری شاخص

فرمول شاخص: تخت روز اشغالی در یک دوره زمانی

تعداد موارد ترخیص شده و فوت شده در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تخت روز اشغالی در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد موارد ترخیص شده و فوت شده در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
رسیدن به نرم کشوری شاخص(3.4)	ساختاری فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ■ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ■ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ☐ غیر بالینی ■

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
واحد مدارک پزشکی	درصد	سه ماهه	سامانه آواب و سیستم HIS	مسوول مدارک پزشکی	مسوول مدارک پزشکی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میانگین مدت اقامت بیماران در icu **کد شاخص : 9D H P In N C 57** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1402/4/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- خطای انسانی و ارسال اشتباه آمار
- عوارض ایجاد شده ناشی از درمان
- آمار بالای ترخیص با میل شخصی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- افزایش رضایتمندی بیماران
- ارائه خدمات ایمن
- دقت در ارسال آمار

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسوول دفتر بهبود کیفیت **نجمه شیدایی – مسوول مدارک پزشکی**	**دکتر راضیه سلیمی– مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد اشغال تختicu **کد شاخص : 9D H P In N C 58** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1402/4/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

تعریف شاخص: منظور تعداد تختهای بیمارستان که در اشغال بیماران می باشد

هدف شاخص: حداکثر استفاده از تختهای **icu**

فرمول شاخص: تخت روز اشغالی در یک دوره زمانی *100

تخت روز کل در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تخت روز اشغالی در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تخت روز کل در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
حفظ ضریب اشغال تخت بیمارستان بالای 80٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ■ عدالت(دسترسی عادلانه) ■ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ■ مطالبات سازمانهای بالا دستی	بالینی ☐ غیر بالینی ■

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای بستری و واحد مدارک پزشکی	درصد	سه ماهه	سیستم HIS	مسوول واحد مدارک پزشکی	مسوول واحد مدارک پزشکی	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد اشغال تخت icu **کد شاخص : 9D H P In N C 58** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1402/4/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- خطای انسانی و ارسال آمار اشتباه
- وجود بیمارستان تامین اجتماعی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- افزایش رضایتمندی بیماران
- تامین تجهیزات مورد نیاز و ارتقاء آن در بیمارستان

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **نجمه شیدایی–مسوول واحد مدارک پزشکی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : تعداد فوتی ها درICU **کد شاخص :9D H C P In 35** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1402/4/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

تعریف شاخص: منظور بیمارانی که در ICUفوت می شوند می باشد

هدف شاخص:کاهش مرگ و میر درICU باتوجه به وجود مقیم در آی سی یو

فرمول شاخص: تعداد مرگ و میرهای ICU در یک دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش مرگ و میر بیمارستانی کمتر از متوسط کشوری	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ■ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ■ برنامه بهبود کیفیت ■ مطالبات سازمانهای بالا دستی ☐	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
بخشهای بالینی و واحد مدارک پزشکی	تعداد	سه ماهه	سیستم HIS	مسوول فناوری اطلاعات سلامت	مسوول بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : تعداد فوتی ها در ICU **کد شاخص :9D H C P In 35** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1402/4/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم ثبت آمار مرگ و میر در HIS

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- ثبت کلیه موارد مرگ و میر در HIS توسط بخشها
- عدم محاسبه فوتی های هنگام مراجعه در آمار مرگ و میر

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه واحد بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی –مسوول دفتر بهبود کیفیت **نجمه شیدایی–مسوول فناوری اطلاعات سلامت**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصدانتقال بیماران از ICU به بخش ها **کد شاخص :9D H C P In 36** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1402/4/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

تعریف شاخص: منظور از انتقال بیماران به بخش ها بجز رضایت شخصی می باشد

هدف شاخص:

- افزایش درصد انتقال بیماران از **ICU** به بخش های بالینی
- افزایش بهبودی بیماران با توجه به وجود مقیم بیهوشی در بخش **ICU**

فرمول شاخص: تعداد بیماران که از **ICU** به بخش های بالینی فرستاده شده اند در یک دوره زمانی *100

تعداد کل بیماران **ICU** (کل تخیصی ها و فوتی ها) درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران که از **ICU** به بخش های بالینی فرستاده شده اند در یک دوره زمانی *100

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران **ICU** (کل تخیصی ها و فوتی ها) درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش درصد خروج بیماران بستری اورژانس قبل از 12 ساعت تا 90٪	ساختاری ☐ فرآیندی ■ پیامدی ☐	اثربخشی ■ ایمنی ☐ رضایمندی ■ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دست ■	بالینی ■ غیر بالینی ☐

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
اورژانس	درصد	ماهیانه	سیستم HIS	سرپرستار اورژانس	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه

	**بسمه تعالی** **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصدانتقال بیماران از ICU به بخش ها **کد شاخص :9D H C P In 36** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1402/4/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- کمبود تخت در بخشهای داخلی و داخلی اعصاب

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- افزایش تختهای بخش های داخلی و داخلی اعصاب

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- ماهیانه دفتر بهبود کیفیت
- تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسئول دفتر بهبود کیفیت **نجمه شیدایی–کارشناس مسئول مدارک پزشکی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میانگین مدت زمان ترخیص بیماران **کد شاخص : 9D H P In N C 59** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1402/7/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

تعریف شاخص: منظور از میانگین مدت زمان ترخیص،مدت زمانی که پزشک دستور ترخیص بیمار را می دهد تا زمانی که بیمار از بیمارستان خارج می شود می باشد

هدف شاخص: کاهش مدت زمان ترخیص بیماران

افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت

فرمول شاخص: متوسط مدت زمان ترخیص بیماران از بخش ها

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش درصد ترخیص با میل شخصی بیماران اورژانس تا 5٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☒ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	برنامه استراتژیک ☐ برنامه بهبود کیفیت ☐ مطالبات سازمانهای بالا دست ☒	بالینی ☐ غیر بالینی ☒

دامنه کاربرد (بخش /واحد)	واحد اندازه گیری شاخص	تناوب جمع آوری	منبع گردآوری شاخص	مسئول جمع آوری داده ها	مسئول تحلیل داده ها	تناوب گزارش دهی شاخص
اورژانس	درصد	ماهیانه	سیستم HIS	سرپرستار اورژانس	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : میانگین مدت زمان ترخیص بیماران **کد شاخص : 9D H P In N C 59** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1402/7/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم تکمیل به موقع پرونده های ترخیصی در بخش ها به علت شلوغی بخش
- ماندگاری پرونده در داروخانه به علت چک کردن داروهای مصرفی بیمار
- رفع نواقص پرونده در واحد رسیدگی به پرونده

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- چک کردن پرونده در بخش ها توسط منشی های بخش
- بررسی و نظارت سرپرستار برمستندات پرونده و رفع نواقص

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- ماهیانه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی

نام و امضای تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و امضای تایید کننده/تایید کنندگان:	نام و امضای ابلاغ کننده:
رقیه بخشی – مسئول دفتر بهبود کیفیت **خانم مومنی–کارشناس بیمه گری**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**