به نام خدا



بیمارستان آموزشی درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص های فرایندهای اصلی بیمارستان

((مصوب تیم مدیریت اجرایی))

تهیه و تنظیم: دفتر بهبود کیفیت

بازنگری تیر 1403

لیست فرایندهای اصلی بیمارستان مصوب تیم مدیریت اجرایی بازنگری 1403

ردیف	عنوان فرایند	شاخص پایش فرایند	مسوول پایش شاخص	دوره پایش شاخص
1	فرایند پذیرش	درصد اشغال تخت بیمارستان	مسئول مدارک پزشکی	سه ماهه
2	فرایند ترخیص	درصد پرونده های تسویه حساب نشده درصد صورت حسابهای نادرست پرونده ها درصد تسویه حساب مانده های مثبت و منفی	مسئول IT کارشناس اقتصاددرمان	سه ماهه
3	فرایند رسیدگی به شکایات	درصد رسیدگی به شکایات بیماران درصد رسیدگی به شکایات کارکنان	مسئول رسیدگی به شکایات	سه ماهه
4	فرایند زایمان ایمن	درصد سزارین درصد القاء دردهای زایمانی درصد سزارین نخست زا درصد زایمان انجام شده به روش بیدردی اسپاینال درصد زایمانهای انجام شده به روش بیدردی دارویی درصد زایمانهای انجام شده به روش بیدردی غیردارویی درصد اپی زیاتومی میزان مرگ مادر درصد موارد near miss درصد زایمانهای انجام شده با حضور ماما همراه درصد نوزادانی که در حین زایمان آسیب دیده اند میزان آمار زایمان با حضور همراه (حضور همراه زایمانی به درخواست مادر)	مسئول زایشگاه	ماهیانه
5	فرایند کنترل عفونت	درصد مواجهات شغلی درصد رعایت بهداشت دست درصد عفونت بیمارستانی کاربرد صحیح پروفیلاکسی قبل از عمل	پرستار کنترل عفونت	سه ماهه
6	فرایند انجام خدمات پاراکلینیک اورژانسی	میانگین زمان انجام آزمایشات اورژانسی میانگین زمان انجام گرافیهای اورژانسی میانگین زمان انجام سونوگرافیهای اورژانسی	آقای آزمایشگاه و رادیولوژی	سه ماهه
7	فرایند دارودهی صحیح	میزان مرگ یا عارضه جدی ناشی از داروها درصد اجرای داروهای پرخطر توسط دو پرستار درصد پرونده هایی که داروهای مصرفی قبل از بستری بیمار در آن تعیین تکلیف شده درصد بیمارانی که تلفیق داروئی جهت انها انجام شده	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	سه ماهه
8	فرایند ترانسفوزیون خون	میزان مرگ یا عارضه جدی ناشی از ترانسفوزیون خون درصد پرت خون درصد تکمیل فرم تزریق خون و فرآورده	کارشناس ایمنی مسوول بانک خون مسوول بانک خون	سه ماهه

ردیف	عنوان فرایند	شاخص پایش فرایند	مسوول پایش شاخص	دوره پایش شاخص
9	فرایند شناسایی بیمار	درصد بیماران دارای دستبند شناسایی	کارشناس ایمنی	سه ماهه
10	فرایند مدیریت پسماند	درصد صحیح تفکیک زباله	مسئول بهداشت محیط	سه ماهه
10	فرایند مدیریت پسماند	درصد صحیح امحاء زباله	مسئول بهداشت محیط	سه ماهه
11	فرایند اخذ امانات از بیمار	درصد پرونده های بلاتکلیف(امانتی وضمانتی و فراری) درصد تسویه حساب کامل پرونده های بلاتکلیف	مسئول مددکاری و مدارک پزشکی	سه ماهه
12	فرایند جراحی ایمن	عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه حاد انجام عمل روی عضو یا بیمار اشتباه جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار خونریزی و هماتوم پس از عمل منجر به مرگ یا عارضه پایدار آمپولی ریه پس از عمل سوختگی با کوتر در اتاق عمل	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی با همکاری مسوول اتاق عمل و سرپرستاری بخشهای جراحی و ICU	سه ماهه
13	فرایند نگهداشت تجهیزات پزشکی	درصد تجهیزات آماده به کار موجود در بخشها درصد تجهیزاتی که سالیانه کنترل کیفی شده اند درصد تجهیزاتی که کالیبر شده اند	مسئول تجهیزات پزشکی	سه ماهه
14	فرایند CPR	درصدCPR موفق در بیمارستان	مسئول بهبود کیفیت	ماهیانه
15	فرایند ارسال پرونده ها به سازمانهای بیمه گر	درصد کسورات درصد پرونده ها ی ارسال شده هر ماه به سازمانهای بیمه گر تا پایان ماه بعد	مسئول درامد	سه ماهه
16	فرایند مشارکت بیمار در درمان وی	درصد اخذ رضایت آگاهانه از بیمار درصد رضایتمندی بیماران درصد ترخیص با میل شخصی بیماران درصد مرگ در بیمارستان درصد اعزام شده به سایر مراکز درمانی درصد اثر بخشی آموزشهای ارائه شده به بیمار درصد اثر بخشی آموزشهای شیر مادر بخش های NICU – اطفال–زنان– زایشگاه	مسئول بهبود کیفیت مسئول اطلاعات سلامت مدیر پرستاری سوپروایزر آموزش سلامت رابط شیر مادر بیمارستان	سه ماهه
17	فرایند مدیریت تغذیه بیمار	درصد مشاوره تخصصی جهت بیماران نیازمند درصد غربالگری تغذیه ثبت مشاوره تغذیه در پرونده پزشکی بیماران	کارشناس تغذیه	سه ماهه
18	فرایند مراقبت پرستاری از بیماران	درصد زخم بستر درصد سقوط از تخت بیمار درصد بیمارانیکه ارزیابی اولیه آنان توسط پرستار انجام شده است درصد رضایتمندی بیماران از خدمات پرستاری	مدیر پرستاری	ماهیانه ماهیانه سه ماهه سه ماهه
19	فرایند توانمند سازی کارکنان	درصد ارزیابی عملکرد کارکنان جدیدالورود (پرستاری، مامایی،اتاق عمل و هوشبری)	سوپروایزر آموزشی	سه ماهه

		نسبت پرستاران آموزش دیده تخصصی در بخش درصد کنفرانس های علمی آموزشی برگزار شده داخل بخشی درصد پرسنل آموزش دیده در ارتباط با شیرمادر در بخش ها درصد کارکنان جدیدالورود آموزش دیده در ارتباط با CPR نوزادان در بخش های مرتبط (زایشگاه، زنان، نوزادان) درصد رضایتمندی کارکنان	مسئول رسیدگی به شکایات	سالیانه سه ماهه سالیانه شش ماهه شش ماهه
20	فرایند مدیریت جلسات و کمیته ها	درصد کمیته های برگزار شده درصد مصوبات اجرا شده کمیته ها	دبیر کمیته ها	سه ماهه

فهرست شاخصها

ردیف	عنوان شاخص	شماره صفحه	ردیف	عنوان شاخص	شماره صفحه
1	درصد اخذ رضایت صحیح از بیمار	7	27	میزان مرگ یا عارضه جدی ناشی ازکاربرد خون و فرآورده	59
2	درصد اشغال تخت بیمارستان	9	28	میزان پرت خون و فرآورده های خونی	61
3	درصد پرونده های تسویه حساب نشده	11	29	درصد تکمیل فرم تزریق خون و فرآورده	63
4	درصد صورت حسابهای نادرست پرونده ها	13	30	عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه حاد	65
5	درصد رسیدگی به شکایات بیماران	15	31	انجام عمل روی عضو یا بیمار اشتباه	67
6	درصد رسیدگی به شکایات کارکنان	17	32	جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار	69
7	درصد القاء دردهای زایمانی	19	33	خونریزی و هماتوم پس از عمل منجر به مرگ یا عارضه پایدار	71
8	درصد سزارین	21	34	آمپولی ریه پس از عمل	73
9	درصدروشهای بیدردی وکاهش دردهای زایمانی	23	35	سوختگی با کوتر در اتاق عمل	75
10	درصد زایمانهای انجام شده با حضور ماما همراه	25	36	درصد ملزومات ضروری موجود در بیمارستان	77
11	درصد مرگ و میر مادر	27	37	آماده به کار بودن تجهیزات پزشکی	79
12	درصد موارد near miss در مادران باردار در زایشگاه	29	38	درصدCPR موفق در بخش های بستری	81
13	درصد اپی زیاتومی	31	39	درصد اخذ رضایت آگاهانه از بیمار	83
14	درصد نوزادانیکه در حین زایمان آسیب دیده اند	33	40	درصد اثر بخشی آموزشهای ارائه شده به بیمار	85
15	درصد مواجهات شغلی	35	41	درصد غربالگری تغذیه	87
16	بهداشت دست	37	42	درصد بیمارانیکه مشاوره تخصصی تغذیه ای دریافت کرده اند	89
17	میزان عفونت بیمارستانی	39	43	درصد زخم بستر	91
18	درصد انجام پروفیلاکسی قبل از عمل	41	44	درصد سقوط بیمار	93
19	میانگین زمان انجام آزمایشات اورژانسی	43	45	درصد ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار	95
20	میانگین زمان انجام گرافیهای اورژانسی	45	46	درصد رضایتمندی بیماران از خدمات پرستاری	97
21	میانگین زمان انجام سونوگرافیهای اورژانسی	47	47	درصد کسورات	99
22	میزان مرگ یا عارضه جدی ناشی از داروها	49	48	ارسال به موقع پرونده ها به سازمانهای بیمه گر	101
23	میزان اجرای داروهای پرخطر توسط دو پرستار	51	49	درصد برگزاری کمیته های بیمارستانی	103
24	درصد پرونده هایی که داروهای مصرفی قبل از بستری بیمار در آن تعیین تکلیف شده	53	50	درصد مصوبات اجرا شده کمیته ها	105
25	درصد تفکیک پسماندها	55	51	درصد پرونده های امانتی	107
26	میزان بی خطر سازی زباله های غفونی	57	52	درصد تسویه حساب کامل پرونده های امانتی	109

فهرست شاخصها

ردیف	عنوان شاخص	شماره صفحه	ردیف	عنوان شاخص	شماره صفحه
53	درصد بیماران دارای دستبند شناسایی	111	64	میزان آمار زایمان با حضور همراه (حضور همراه زایمانی به درخواست مادر)	133
54	درصد رضایتمندی کارکنان	113	65	درصد اثر بخشی آموزشهای شیر مادر- NICU – اطفال-زنان- زایشگاه	136
55	درصد ارزیابی عملکرد کارکنان جدیدالورود (پرستاری، مامایی،اتاق عمل و هوشبری)	115	66	ثبت مشاوره تغذیه در پرونده پزشکی بیماران	138
56	نسبت پرستاران آموزش دیده تخصصی در بخش	117			
57	درصد کنفرانس های علمی آموزشی برگزار شده داخل بخشی	119			
58	درصد پرسنل آموزش دیده در ارتباط با شیرمادر در بخش های مرتبط (زنان، زایشگاه، نوزادان، اطفال)	121			
59	درصد کارکنان جدیدالورود آموزش دیده در ارتباط با CPR نوزادان در بخش های مرتبط (زایشگاه، زنان، نوزادان)	123			
60	درصد تسویه حساب مانده های مثبت و منفی	125			
61	درصد سزارین نخست زا	127			
62	درصد زایمان انجام شده به روش بیدردی اسپاینال	129			
63	درصد بیمارانی که تلفیق داروئی جهت انها انجام شده	132			

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	17	احمد رضا محسن زاده	مسئول آزمایشگاه
2	دکتر رضا قاسمی	معاون اموزشی بیمارستان	18	نجمه شیدایی	مسئول اطلاعات سلامت
3	دکتر راضیه سلیمی	مدیر بیمارستان	19	محمد صالحی	مسوول IT
4	طلعت بخشی	مدیر پرستاری	20	محبوبه مجیدی فر	ماما مسوول زایشگاه
5	رقیه بخشی	مسئول دفتربهبودکیفیت	21	علی برزگر	سرپرستار اورژانس
6	مهدی میری	سوپر وایزر آموزشی	22	حشمت مرادی	سرپرستار سی سی یو
7	مژگان محمدپور	سوپروایزر آموزش سلامت	23	محسن اسماعیل زاده	سرپرستار آی سی یو
8	محمد محمد زاده	رئیس امور اداری	24	عبدا... ابتکاری فر	مسوول تاسیسات
9	نرگس صادقی	سوپروایزر کنترل عفونت	25	سمیرا صابری	مسئول روابط عمومی
10	لیلا فرنگی	کارشناس ایمنی بیمار	26	محمدرضا سلمانی	مسوول تغذیه
11	علی باقری	کارشناس بهداشت محیط	27	محبوبه کنودی	سرپرستار اتاق عمل
12	صدیقه داور	سوپروایزر بالینی	28	ابوالفضل ابراهیم پور	مددکار اجتماعی
13	حمید خالصی	مسئول تجهیزات پزشکی	29	محسن مزینی	مسوول درآمد
14	علی مردانیان	مسئول حسابداری	30	زهرا مومن	مسئول ترخیص
15	محمد حسینی	مدیر امور عمومی	31	مصطفی یعقوبی	کارشناس داروئی
16	علیرضا خواجه	کارشناس بهداشت حرفه ای			

اختصارات

ردیف	لاتین	اختصار	معنی
1	9Day Hospital Main Processes Index	9D H M P In	شاخص فرایندهای اصلی بیمارستان نهم دی

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

عنوان شاخص : درصد اخذ رضایت صحیح از بیمار در پذیرش **کد شاخص : 9D H M 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 از رضایت صحیح امضاء بیمار و همراهی طبق قوانین اخذ رضایت در بدو پذیرش می باشد.

هدف شاخص:اخذ رضایت صحیح در برگه پذیرش بدو ورود در همه پرونده ها

فرمول شاخص: تعداد پرونده هایی که رضایت صحیح دارند در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل پرونده های پذیرش شده درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد پرونده هایی که رضایت صحیح دارند در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل پرونده های پذیرش شده درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش درصد اخذ رضایت از بیماران در پرونده ها تا 99٪	ساختاری ☐ فرآیندی ■ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	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
پذیرش و مدارک پزشکی	درصد	سه ماهه	HIS و پرونده ها	مسوول اطلاعات سلامت	مسوول اطلاعات سلامت	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد اخذ رضایت صحیح از بیمار در پذیرش **کد شاخص :9D H M 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:

- عدم مراجعه خود بیمار به پذیرش در بدو مراجعه به دلیل شرایط اورژانسی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- اخذ رضایت از بیمار در بخش توسط پرستار
- بررسی روزانه پرونده ها به لحاظ اخذ رضایت توسط منشی بخش و در صورت نداشتن رضایت اخذ رضایت از بیمار

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 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 اشغال تخت بیمارستان **کد شاخص :9D H M 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 تعداد تختهای فعالی که در ساعت هفت ونیم صبح هر روز توسط بیماران بستری اشغال شده اند

هدف شاخص:حفظ اشغال تخت بالای 70٪ که مطلوب وزارت متبوع می باشد

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

تخت روز کل درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تخت روز اشغالی در دوره زمانی مشخص

.**تعریف مخرج شاخص:** تخت روز کل درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش ضریب اشغال تخت بیمارستان به میزان 2٪ نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ■ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 آمار و مدارک پزشکی	درصد	ماهیانه	HIS و سامانه آواب	مسوول اطلاعات سلامت	مسوول اطلاعات سلامت	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد اشغال تخت بیمارستان **کد شاخص : 9D H M 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:

- ثبت اشتباه ،غیر واقعی و دیر هنگام آمار توسط کاربران HIS

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- مکاتبه به بخشها که حداکثر آمار هر ماه تا پنجم ماه بعد ارسال شود
- پیگیری آمار از بخشها و در صورت عدم همکاری گزارش به مترون 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–مسئول واحد 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 پرونده های تسویه حساب نشده **کد شاخص :9D H M 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 پرونده هایی که دستور ترخیص از پزشک گرفته و به واحد ترخیص اسال شده ولی به هر دلیلی(نقص مدارک،غیر فعال بودن واحد ترخیص،نداشتن هزینه درمان توسط بیمار،فراری)تسویه حساب نکرده و به بعد موکول شده است

هدف شاخص:به حداقل رساتدن پرونده های تسویه حساب نشده و افزایش درآمد

فرمول شاخص: تعداد پرونده هایی که تسویه حساب نکرده اند در یک دوره زمانی مشخص * 100

تعداد کل پرونده های ارسالی به ترخیص در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد پرونده هایی که تسویه حساب نکرده اند در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل پرونده های ارسالی به ترخیص در همان دوره زمانی

.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش پرونده های تسویه حساب نشده به میزان 20٪ نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ■ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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
درآمد	درصد	سه ماهه	واحد درآمد و مددکاری	مسوول درآمد	مسوول درآمد	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد پرونده های تسویه حساب نشده **کد شاخص : 9D H M 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:

- مسافران بین راهی که ممکن است دفترچه همراه نداشته باشند
- اتباع خارجی که بیمه نیستند و توان پرداخت هزینه درمان را به صورت آزاد ندارند
- بیمارانی که بدون اطلاع بیمارستان را ترک می نمایند

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- کنترل کلیه پرونده ها در بخش ها توسط مددکار به لحاظ داشتن دفترچه و در صورت نداشتن بیمه اقدام جهت بیمه نمودن آنان با همکاری منشی بخش
- برقراری ارتباط با بیماران و شناسایی بیماران بی بضاعت در بخش توسط مددکار
- دریافت وجه درمان بیمارانیکه طولانی بستری شده و خدمات ویژه دریافت می نمایند در چند مرحله (در طول بستری بیمار)تا زمان 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 **محمد صالحی – مسئول IT**	**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 صورت حسابهای نادرست پرونده ها **کد شاخص : 9D H M P In 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 صورت حساب پرونده هایی که با خدمات دریافتی بیمار تناقض دارد.

هدف شاخص: به حد اقل رساندن اشکالات صورتحساب بیماران

فرمول شاخص: تعداد پرونده هایی که صورت حساب نادرست دارند دریک دوره زمانی *100

تعداد کل پرونده های تسویه حساب شده درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد پرونده هایی که صورت حساب نادرست دارند دریک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل پرونده های تسویه حساب شده درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش صورتحسابهای نادرست پرونده ها تا 2٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ■ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 درآمد و ترخیص	درصد	سه ماهه	صورت حساب پرونده ها	ناظر بیمه گری	ناظر بیمه گری	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : درصد صورت حسابهای نادرست پرونده ها **کد شاخص : 9D H M P In 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:

- درخواستهای نادرست بخش شامل دارو،لوازم و خدمات پاراکلینیک
- درخواست اشتباه در HIS
- مغایرت کدهای درخواستی پزشک جراح یا بیهوشی با نوع خدمت ارائه شده

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- به کار گیری منشی در شیفتهای عصر حداقل یک یا دونفر جهت بررسی کلیه پرونده های ترخیصی عصرو رفع نقص آن
- توجیه منشی و متصدی ترخیص در خصوص اینکه درخواستها صحیح در سیستم ثبت شود توسط ناظر بیمه گری
- انعکاس کدهای مغایر پزشکان جهت اطلاع و عدم تکرار توسط مدیریت

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 **حمید ثابت–مسوول IT**	**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 رسیدگی به شکایات بیماران **کد شاخص : 9D H M 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 پیگیری و طرح شکایات واصله از جانب بیماران به هر شکلی(مکتوب،حضوری یا تلفنی)در کمیته رسیدگی به شکایات و انعکاس نتیجه پیگیری به فرد شاکی می باشد

هدف شاخص:بر طرف نمودن مشکلات و نارضایتی های منطقی مطرح شده توسط بیماران

فرمول شاخص: تعداد شکایات رسیدگی شده دریک دوره زمانی *100

تعداد کل شکایات مطرح شده درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد شکایات رسیدگی شده دریک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل شکایات مطرح شده درهمان دوره زمانی.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش رضایتمندی بیماران تا 90٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ■ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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	مستندات رسیدگی به شکایات	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 رسیدگی به شکایات بیماران **کد شاخص : 9D H M 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:

- ناآگاهی بیماران از قوانین و مقررات بیمارستان
- ارتباط غیر موثر گروه درمان با بیمار

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- آموزش بیمار در حد درک وی در خصوص بیماری و روشهای درمانی و پیامدهای احتمالی آن توسط پزشک و پرستار
- آموزش بدو ورود بیمار در بخش و آشنایی وی با قوانین و مقررات بیمارستان و بخش
- اطلاع رسانی موثر مقررات بیمارستان از بدو پذیرش تا ترخیص بیمار
- برقراری ارتباط موثر توام با حترام با بیمار در تمام مراحل به ویژه بدو پذیرش

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 **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 رسیدگی به شکایات کارکنان **کد شاخص : 9D H M 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: منظور پیگیری و طرح شکایات واصله از جانب کارکنان به هر شکلی(مکتوب،حضوری یا تلفنی)در کمیته رسیدگی به شکایات و انعکاس نتیجه پیگیری به فرد شاکی می باشد

هدف شاخص:بر طرف نمودن مشکلات و نارضایتی های منطقی مطرح شده توسط کارکنان

فرمول شاخص: تعداد شکایات رسیدگی شده دریک دوره زمانی *100

تعداد کل شکایات مطرح شده درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد شکایات رسیدگی شده دریک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل شکایات مطرح شده درهمان دوره زمانی.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش رضایتمندی کارکنان تا80٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ■ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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	مستندات واحد رسیدگی به شکایات	مسوول واحد رسیدگی به شکایات	مسوول واحد رسیدگی به شکایات	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد رسیدگی به شکایات کارکنان **کد شاخص : 9D H M 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:

- شیفتهای کاری فشرده کارکنان
- کمبود امکانات رفاهی جهت کارکنان
- کمبود یا نقص در تجهیزات و ملزومات پزشکی
- توزیع نا متعادل درامد ها در بین کارکنان
- پرداخت دیر هنگام مطالبات کارکنان
- واگذاری وظایف غیر مرتبط به کارکنان

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توزیع متعادل درامد بین کارکنان
- پرداخت به موقع مطالبات کارکنان
- افزایش امکانات رفاهی جهت کارکنانجذب نیروی لازم در واحدهایی که کمبود نیرو دارند
- به کارگیری نیروها در قسمتهای مختلف با توجه به توانمندی و تخصص آنان

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 **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 القاء دردهای زایمانی **کد شاخص : 9D H M P In 7** **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 تحریک و شروع دردهای زایمانی به روش مکانیکی (دست، سونترکشن) یا دارویی (استفاده از سنتو،میزوپروستول) قبل از شروع دردهای زایمانی خودبخودی مادر می باشد.

هدف شاخص: کاهش مداخلات در امر زایمان طبیعی و ترویج زایمان فیزیولوژیک

فرمول شاخص: تعداد مادرانیکه برای آنها القاء زایمانی صورت گرفته در یک دوره زمانی مشخص*100

تعداد کل زایمانهای طبیعی انجام شده در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد مادرانیکه برای آنها القاء زایمانی صورت گرفته در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل زایمانهای طبیعی انجام شده در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش القاء زایمانی و تقویت دردهای زایمانی 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
بلوک زایمان	درصد	سه ماهه	مستندات بلوک زایمان	مسوول زایشگاه	مسوول زایشگاه	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : درصد القاء دردهای زایمانی **کد شاخص :9D H M P In 7** **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:

- Postdate شدن مادر(بیش از 41 هفته)
- عدم پیشرفت زایمان علیرغم شروع دردهای زایمانی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- دادن فرصت به مادران تا هفته 42 بارداری
- دادن آموزش های لازم در خصوص شروع خودبخودی دردهای زایمانی مثل پیاده روی،تحریک نیپل و دوش روزانه

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه 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 **محبوبه مجیدی فر – ماما مسوول زایشگاه**	**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 زایمانهای انجام شده به روش سزارین **کد شاخص : 9D H M 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: منظور از سزارین خروج جنین از رحم مادر با استفاده از روش جراحی با یا بدون اندیکاسیون پزشکی می باشد

هدف شاخص: کاهش انجام زایمان به روش سزارین

فرمول شاخص: تعداد زایمانهای انجام شده به روش سزارین دریک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل زایمانهای انجام شده درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد زایمانهای انجام شده به روش سزارین دریک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل زایمانهای انجام شده درهمان دوره زمانی.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش انجام زایمان به روش سزارین تا 25٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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
بلوک زایمان	درصد	یک ماهه	HIS	مسوول زایشگاه	مسوول زایشگاه	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد زایمانهای انجام شده به روش سزارین **کد شاخص : 9D H M 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:

- اصرار برخی بیماران بدون اندیکاسیون پزشکی به انجام سزارین و اخذ گواهی های پزشکی از متخصصین غیر زنان
- آمار بالای سزارین قبلی که درصدی از آنها بدون اندیکاسیون پزشکی انجام شده است

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- شناسایی گواهی های پزشکی غیر واقعی ارائه شده به منظور سزارین و اعلام به معاونت درمان توسط کمیته ترویج زایمان طبیعی
- برخورد با پزشکانی که گواهی های غیر واقعی و به اصرار مادر به منظور انجام سزارین وی ارائه می دهند

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی 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 **محبوبه مجیدی فر – ماما مسوول زایشگاه**	**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: درصدروشهای بی دردی و کاهش دردهای زایمان **کد شاخص : 9D H M P In 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 نجام هر گونه پروسیجر بی دردی شامل رایحه درمانی، استنشاقی، رژیونال (بیحسی موضعی) و تجویز وریدی حین فاز فعال زایمان طبیعی که بتواند درد های زایمانی را کاهش داده ولی بر انقباض های رحم وسطح هوشیاری و ارتباط کلامی مادر تاثیر منفی نداشته باشد را زایمان بی درد می گویند.

هدف شاخص:افزایش انجام زایمان طبیعی به روش بیدردی

فرمول شاخص: تعداد زایمانهای طبیعی انجام شده با روش بی دردی دریک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل زایمانهای طبیعی انجام شده درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد زایمانهای طبیعی انجام شده به روش بیدردی دریک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل زایمانهای طبیعی انجام شده درهمان دوره زمانی.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش انجام زایمان به روش بی دردی به میزان 20٪ نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ■ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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
بلوک زایمان	درصد	یک ماهه	دفتر آمار زایشگاه	مسوول زایشگاه	مسوول زایشگاه	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : درصدروشهای بی دردی و کاهش دردهای زایمان **کد شاخص : 9D H M p In 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:

- محدودیت یا عدم وجود امکانات لازم جهت بعضی از روش های بی دردی غیر دارویی
- عدم استقبال متخصصین زنان از روشهای بی دردی دارویی از جمله استنشاقی به دلیل کاهش انقباضات رحمی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- پیگیری تهیه زیرساختها و امکانات بی دردی غیر دارویی از جمله زایمان در آب
- آموزش به بیمار در خصوص اهمیت استفاده به موقع از گاز استنشاقی بیدردی در قبل از زایمان

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی 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 **محبوبه مجیدی فر – ماما مسوول زایشگاه**	**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 زایمانهای انجام شده با حضور ماماهمراه **کد شاخص : 9D H M 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 مادران بارداری که در طول بارداری به کلینیکهای مامایی مراجعه و تحت مراقبت یک مامای مورد تایید دارای کارت ماما همراه پرونده تشکیل داده و در زمان زایمان وی هم ماما همراه ایشان را همراهی می نماید .

هدف شاخص:افزایش انجام زایمان طبیعی بدنبال افزایش اعتماد به نفس مادر

فرمول شاخص: تعداد زایمانهای طبیعی انجام شده با حضور ماما همراه دریک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل زایمانهای طبیعی انجام شده درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد زایمانهای طبیعی انجام شده با حضور ماما همراه دریک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل زایمانهای طبیعی انجام شده درهمان دوره زمانی .

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش انجام زایمان طبیعی با حضور ماما همراه به میزان **10**٪ نسبت به سال قبل	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ■ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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
بلوک زایمان	درصد	یک ماهه	دفتر آمار زایشگاه	مسوول زایشگاه	مسوول زایشگاه	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد زایمانهای انجام شده با حضور ماماهمراه **کد شاخص : 9D H M 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:

- همکاری ضعیف برخی کلینیکهای مامایی در زمینه ارجاع مادران به بیمارستان نهم دی جهت زایمان
- ارجاع ناکافی مراکز سطح شهر و روستایی در زمینه ارجاع مادران جهت شرکت در کلاسهای دوران بارداری بیمارستان
- مراجعه مادران باردار دارای دفترچه بیمه تامین اجتماعی به بیمارستان رازی
- توان مالی ضعیف برخی مادران که از ماما همراه استفاده نمی نمایند

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- همکاری بیشتر پرسنل زایشگاه با ماما همراه

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه تیم مدیریت اجرایی 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 **محبوبه مجیدی فر – ماما مسوول زایشگاه**	**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 مرگ و میر مادر **کد شاخص :** 9D H M p In 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 مرگ مادر یا عوارض جدی و جبران ناپذیر مادر در طول دوره بارداری تا 42 روز پس از زایمان می باشد.

هدف شاخص:انجام زایمان ایمن جهت مادر و مراقبت از مادر در طول بارداری

فرمول شاخص: تعداد مادرانی که دچار عارضه یا مرگ شده انددر یک دوره زمانی مشخص

تعریف صورت شاخص: تعداد مادرانی که دچار عارضه یا مرگ شده انددر یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص:

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش عارضه یا مرگ مادران به زیر 0.1٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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
بلوک زایمان	درصد	ماهیانه	واحد زایشگاه	مسوول زایشگاه	واحد بهبود کیفیت	بلافاصله

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

عنوان شاخص : درصد مرگ و میر مادر **کد شاخص : 9D H M p In 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:

- حوادث ترافیکی و حوادث غیر مترقبه
- تاخیر در مراجعه برخی مادران
- عدم شناسایی 100٪ مادران باردار به ویژه در بین عشایر و مناطق دور افتاده

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- اعلام بستری مادران پرخطر به سوپروایزر وقت جهت تمهیدات لازم
- برگزاری دوره های باز آموزی جهت ماماها در زمینه مدیریت مادران پرخطر

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- ظرف 24 ساعت کمیته مرگ و میر مادر
- ماهیانه تیم مدیریت اجرایی 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 **محبوبه مجیدی فر – ماما مسوول زایشگاه**	**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 موارد near miss در مادران باردار در زایشگاه **کد شاخص : 9D H M 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 از **near miss** عوارض شدید دوران بارداری، زایمان و یا تا 42 روز پس از زایمان که مادر را تا پای مرگ برده ولی ازآن مور بیدیتی یا عارضه نجات یافته اطلاق میشود. در عمل به زنانی گفته میشود که از عوامل تهدید کننده حیات (به عنوان مثال نارسائی ارگان)، جان به در برده ا د

هدف شاخص: به حداقل رساندن عوارض پس از زایمان از طریق مراقبت به موقع و آموزشهای لازم به مادر

فرمول شاخص: تعداد موارد **near miss** مادران در زایشگاه در یک دوره زمانی مشخص*100

تعداد کل مراجعین به زایشگاه در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد موارد **near miss** مادران در زایشگاه در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل مراجعین به زایشگاه در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش موارد near miss به کمتر از 1٪	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
بلوک زایمان	درصد	ماهیانه	مستندات بلوک زایمان	مسوول زایشگاه	مسوول زایشگاه	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : درصد موارد near miss در مادران باردار در زایشگاه **کد شاخص : 9D H M 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:

- ارزیابی ناقص اولیه بیمار توسط ماما و پزشک
- شرح حال ناقص دادن بیمار به ماما و پزشک
- آموزش ناکافی علائم هشدار و پرخطر به مادر در دوران بارداری
- تاخیر در مراجعه برخی مادران به بیمارستان
- تجربه و مهارت پایین برخی پرسنل

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- ارزیابی کامل و دقیق بیمار در بهداشت و همچنین بدو پذیرش در زایشگاه
- پایش مرتب بیماران پرخطر
- توانمند سازی نیروهای جدیدالورود از طریق آموزشهای دوره ای و نظارت مستمر بر عملکرد آنان
- شناساندن علائم خطر به مادران در دوران بارداری و تاکیدب ه مراجعه به موقع به مراکز درمانی
- اعلام پیگیری مادران پرخطر بعد از ترخیص

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه 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 **محبوبه مجیدی فر – ماما مسوول زایشگاه**	**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 اپیزیاتومی **کد شاخص : 9D H M p In 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 انجام برش ناحیه پرینه جهت تسهیل زایمان می باشد.

هدف شاخص: به حداقل رساندن موارد اپیزیاتومی و کاهش آسیبها و عفونتهای احتمالی ناشی از آن

فرمول شاخص: تعداد مادرانیکه جهت آنها اپی انجام شده در یک دوره زمانی مشخص*100

تعداد کل زایمانهای طبیعی انجام شده در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد مادرانیکه جهت آنها اپی انجام شده در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل زایمانهای طبیعی انجام شده در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش اپیزیاتومی 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
بلوک زایمان	درصد	سه ماهه	مستندات بلوک زایمان	مسوول زایشگاه	مسوول زایشگاه	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد اپیزیاتومی **کد شاخص : 9D H M p In 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:

- جنین درشت مثل جنین مادران دیابتی یا جنین ماکروزوم یا چند قلویی که باعث شل شدن رحم مادر می شود
- عدم همکاری مادران در حین انجام زایمان طبیعی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- ترویج زایمان فیزیولوژیک
- آماده سازی مادر جهت زایمان فیزیولوژیک موفق در طول بارداری از طریق کلاس های امادگی برای زایمان
- افزایش مهارت ماما ها در خصوص زایمان فیزیولوژیک و طبیعی

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه 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 **محبوبه مجیدی فر – ماما مسوول زایشگاه**	**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 نوزادانی که در حین زایمان آسیب دیده اند **کد شاخص : 9D H M p In 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 نوزادانی می باشد که در جریان فرایند زایمان دچار آسیبهای جسمی و مغزی یا هر آسیب دیگر می شوند .

هدف شاخص: به حد اقل رساندن آسیبهای نوزادان در حین زایمان

فرمول شاخص: تعداد نوزادانیکه در حین زایمان دچار آسیب شده اند در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل نوزادان متولد شده در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد نوزادانیکه در حین زایمان دچار آسیب شده اند در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل نوزادان متولد شده در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش آسیب به نوزادان در حین زایمان به کمتر از 1٪	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
بلوک زایشگاه	درصد	ماهیانه	مستندات زایشگاه	مسوول زایشگاه	مسوول زایشگاه	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد نوزادانی که در حین زایمان آسیب دیده اند **کد شاخص : 9D H M p In 14** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی: 1403/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم ثبت همه آسیبهای وارده توسط عامل زایمان
- عدم شناسایی کامل آسیبهای وارده به نوزاد در حین زایمان

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- نظارت بر عملکرد کارکنان توسط رییس و مسوول زایشگاه به ویژه نیروهای جدید
- معاینه و بررسی کامل نوزادان در اولین ویزیت پس از زایمان توسط پزشک نوزادان
- بررسی و پیگیری کامل و دقیق پرونده هایی که شکایت کرده اند
- ثبت موارد مربوط به آسیب های نوزاد بعنوان NEVER EVENT و ثبت در سامانه خطاهای حرفه ای

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه 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 **محبوبه مجیدی فر– مسوول زایشگاه**	**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 مواجهات شغلی **کد شاخص : 9D H M p In 15** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1402/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از مواجهات شغلی تماس با ترشحات خطرناک از طریق پوست غیر سالم ،مخاطات و نیدل استیک می باشد .

هدف شاخص: کاهش موار د مواجهات شغلی

فرمول شاخص: تعداد مواجهات شغلی در یک دوره زمانی مشخص * 100

کل پرسنل در معرض خطردر همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد مواجهات شغلی در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: کل پرسنل در معرض خطردر همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش مواجهات شغلی تا کمتر از 2٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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	واحد کنترل عفونت	سوپروایزرکنترل عفونت کارشناس بهداشت حرفه ای	سوپروایزرکنترل عفونت کارشناس بهداشت حرفه ای	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد مواجهات شغلی **کد شاخص : 9D H M p In 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 گزارش به موقع توسط برخی پرسنل

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- آموزش و توجیه کارکنان و دانشجویان در زمینه اجرای دستورالعمل تزریقات ایمن و گزارش موارد مواجهه شغلی و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- در دسترس بودن وسایل حفاظت فردی
- تامین ملزومات تزریقات ایمن

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 **نرگس صادقی – پرستار کنترل عفونت** **ریحانه مجیدزاده–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: درصد رعایت بهداشت دست **کد شاخص : 9D H M p In 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: بهداشت دست به رعایت همه مواردی که باعث کاهش یا از بین بردن عوامل بیماریزا از روی دست می شود اطلاق می گردد.

هدف شاخص: افزایش رعایت بهداشت دست توسط کارکنان وکاهش عفونتهای منتقله از طریق دست

فرمول شاخص: تعداد شاخصهای رعایت شده در بهداشت دست در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل شاخصهای بهداشت دست درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد شاخصهای رعایت شده در بهداشت دست در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل شاخصهای بهداشت دست درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش رعایت بهداشت دست توسط کارکنان تا **70**٪	ساختاری ☐ فرآیندی ■ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 درمانی	درصد	ماهیانه	واحد کنترل عفونت	پرستار کنترل عفونت	واحد کنترل عفونت	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد رعایت بهداشت دست **کد شاخص : 9D H M p In 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:

- همکاری ضعیف پزشکان و پرسنل در اجرای دستورالعمل بهداشت دست
- تاثیر سوء مواد ضدعفونی کننده بر روی پوست دست پرسنل
- نگرش اشتباه پرسنل مبنی بر زمانبر بودن رعایت بهداشت دست و اثر کم آن در کنترل عفونتها

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- آموزش مکرر پرسنل در مورد بهداشت دست جهت فراگیر شدن و تبدیل به رفتار آن
- نظارت مکرر بر عملکرد پرسنل توسط مسوولین امر
- تهیه مواد نرم کننده پوست دست جهت جلوگیری از خشک شدن آن

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 **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 عفونت بیمارستانی **کد شاخص : 9D H M p In 17** **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 عفونتی است که حداقل 72-48 ساعت بعد از بستری بیمار ایجاد می شود و ر زمان پذیرش علائم آشکار عفونت ندارد .

هدف شاخص:شناسایی و کاهش عفونتهای بیمارستانی

فرمول شاخص: تعداد موارد عفونت بیمارستانی در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل بیماران بستری در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد موارد عفونت بیمارستانی در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران بستری در همان دوره زمانی.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش عفونتهای بیمارستانی	☐ ساختاری ☐ فرآیندی ☒ پیامدی	☐ اثربخشی ☒ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات	☐ 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	ماهیانه	واحد کنترل عفونت	پرستار کنترل عفونت	سوپروایزر کنترل عفونت	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد عفونت بیمارستانی **کد شاخص : 9D H M p In 17** **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:

- اشکال در گزارش دهی موارد عفونتهای بیمارستانی
- عدم رعایت بهداشت دست
- غیر استاندارد بودن فضای CSR
- عدم وجود تهویه مناسب در بخش ها بخصوص اتاق عمل
- عدم وجود ایزوله استاندارد

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- آموزش و پایش بهداشت دست
- آموزش پرسنل در خصوص گزارش عفونتهای بیمارستانی
- بررسی پرونده های کلیه بیماران بستری مجدد توسط سوپروایزر کنترل عفونت
- پایش روزانه بیماران بستری در بخش های ویژه(ICU,NICU)
- دریافت و بررسی کلیه کشتهای مثبت بیماران بستری

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 **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 کاربرد صحیح پروفیلاکسی قبل از عمل **کد شاخص : 9D H M p In 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 پروفیلاکسی استفاده از آنتی بیوتیک مناسب یک ساعت قبل از هر عمل جراحی(تمیز و آلوده)و در صورت طولانی شدن عمل بیش از 4 ساعت تکرار آن و قطع آن ظرف 24 ساعت پس از عمل جراحی می باشد

هدف شاخص:انجام پروفیلاکسی جهت کیس های کاندید عمل جراحی

فرمول شاخص: تعداد بیماران کاندید عمل که آنتی بیوتیک پروفیلاکسی دریافت نموده اند دریک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل بیماران کاندید عمل درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران کاندید عمل که آنتی بیوتیک پروفیلاکسی دریافت نموده اند دریک دوره زمانی مشخص

.**تعریف مخرج شاخص:** تعداد کل بیماران کاندید عمل درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
انجام پروفیلاکسی جهت کیس های کاندید عمل جراحی به میزان 100٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☑ ایمنی ☑ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 اورژانس و اتاق عمل	درصد	سه ماهه	پرونده بیماران	واحد کنترل عفونت	واحد بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : درصد کاربرد صحیح پروفیلاکسی قبل از عمل **کد شاخص : 9D H M p In 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:

- عدم همکاری برخی پزشکان در دادن پروفیلاکسی به بیماران دارای زخمهای تمیز
- عدم ثبت داروی پروفیلاکسی بیمار در پرونده توسط برخی پزشکان

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- پیگیری ویرایش دستورالعمل مراقبت مدیریت شده پروفیلاکسی قبل از عمل و ابلاغ جهت اجرا توسط وزارت متبوع
- نظارت و تاکید سرپرستاران به ثبت و اجرای پروفیلاکسی جهت کلیه بیماران کاندید عمل

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 **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: میانگین زمان انجام آزمایشات اورژانسی **کد شاخص : 9D H M p In 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 ازمایشاتی می باشد که بنا به درخواست پزشک انجام آن فوریت داشته و مطابق لیست آزمایشات اورژانسی مورد تایید کمیته اورژانس می باشد

هدف شاخص:انجام به موقع آزمایشات اورژانسی

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

تعداد کل آزمایشات اورژانسی درخواست شده درهمان دوره زمانی

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

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

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
انجام آزمایشات اورژانسی مطابق چرخه زمان انجام آزمایشات اورژانسی	☐ ساختاری ☒ فرآیندی ☐ پیامدی	☐ اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☒ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☒ به موقع بودن خدمات	☐ 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 آزمایشگاه	درصد	سه ماهه	سیستم HIS	مسوول آزمایشگاه	مسوول بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : میانگین زمان انجام آزمایشات اورژانسی **کد شاخص : 9D H M p In 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:

- عدم انتخاب گزینه اورژانس در HIS توسط پرستار بخش
- همزمان شدن درخواست برخی آزمایشات اورژانسی با یک سری آزمایش اورژانسی دیگردر حال انجام
- درخواست آزمایشات اورژانس همراه موارد غیر اورژانس که اورژانسی بودن آن مشخص نمی باشد

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- انتخاب یک نیرو در هر شیفت جهت انجام آزمایشات اورژانسی
- آموزش و توجیه بخشها در خصوص ارسال جدای آزمایشات اورژانسی همراه با زدن تیک گزینه اورژانسی

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: میانگین زمان انجام گرافیهای اورژانسی **کد شاخص : 9D H M p In 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 گرافیهایی می باشد که بنا به درخواست پزشک انجام آن فوریت داشته و مطابق لیست خدمات پاراکلینیک اورژانسی مورد تایید کمیته اورژانس می باشد

هدف شاخص:انجام به موقع گرافیهای اورژانسی

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

تعداد کل گرافیهای اورژانسی درخواست شده درهمان دوره زمانی

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

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

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
انجام گرافیهای اورژانسی به میزان 100٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☑ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☑	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 رادیولوژی	درصد	سه ماهه	سیستم HIS	مسوول رادیولوژی	مسوول بهبود کیفیت	سه ماهه

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

عنوان شاخص : میانگین زمان انجام گرافیهای اورژانسی **کد شاخص : 9D H M p In 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 دستگاه رادیولوژی ثابت دیجیتال

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- خرید و راه اندازی یک دستگاه رادیولوژی ثابت دیجیتال

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: میانگین زمان انجام سونوگرافیهای اورژانسی **کد شاخص : 9D H M 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 سونوگرافیهایی می باشد که بنا به درخواست پزشک انجام آن فوریت دارد

هدف شاخص:انجام به موقع سونوگرافیهای اورژانسی

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

تعداد کل سونوگرافیهای اورژانسی درخواست شده درهمان دوره زمانی

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

.**تعریف مخرج شاخص:** تعداد کل سونوگرافیهای اورژانسی درخواست شده درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
انجام سونوگرافیهای اورژانسی به میزان 100٪	ساختاری ☐ فرآیندی ■ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ■ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	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 رادیولوژی	درصد	سه ماهه	سیستم HIS	مسوول رادیولوژی	مسوول بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : میانگین زمان انجام سونوگرافیهای اورژانسی **کد شاخص : 9D H M 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:

- کمبود متخصص رادیولوژی
- تنها مرکز دولتی ارائه خدمات سونوگرافی با تعرفه دولتی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- جذب متخصص رادیولوژی حداقل به تعداد یک نفر دیگر

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 مرگ یا عارضه جدی ناشی از داروها** **کد شاخص :** **9D H M 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 مرگ یا عوارض جدی که به دنبال اجرای دستورات دارویی حادث می شود می باشد .

هدف شاخص: کاهش موارد مرگ و میر ناشی از دارو

فرمول شاخص:تعداد مرگ و میرهای ناشی از اجرای داروها در یک دوره مشخص

تعریف صورت شاخص: ----

تعریف مخرج شاخص: ----

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش موارد مرگ و میر ناشی از داروتا حد صفر	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 داروخانه	تعداد	سه ماهه	کمیته مرگ و میر و پرونده ها	کارشناس ایمنی	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد مرگ یا عارضه جدی ناشی از داروها **کد شاخص : 9D H M 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:

- عدم گزارش عوارض ناشی از داروها
- عدم شناسایی عوارض ناشی از داروها

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- آموزش کارکنان در خصوص اهمیت ایمنی بیماران
- اشاعه فرهنگ ایمنی در بیمارستان توسط تیم مدیریت و تیم ایمنی
- بررسی پرونده های مرگ و میر در کمیته مرگ و میر و تحلیل ریشه ای آن
- تمرکز بر گزارش خطاهای حرفه ای از جمله خطاهای دارویی

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 **لیلا فرنگی– کارشناس هماهنگ کننده ایمنی**	**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 اجرای داروهای پرخطر توسط دو پرستار **کد شاخص : 9D H M 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: داروهای پرخطر شامل (تمام مخدرها ،آمپول دیگوکسین وریدی ،انسولین ،اولین دوز آنتی بیوتیک های وریدی، ترکیبات تغذیه کامل وریدی ، دوزهای دارویی کودکان و نوزادان از ویالهای چند دوزی ، خون و فرآورده های خونی ، ویال کلرور پتاسیم ، ویال سولفات منیزیوم ، پروستاگلاندین ها و مزوپرستول) می باشد که می بایست توسط دوپرستار طبق فرایند دارو دهی صحیح اجرا گردند.

هدف شاخص: اجرای داروهای پرخطر توسط دو پرستار و کاهش عوارض احتمالی ناشی از آن

فرمول شاخص: تعداد داروهای پرخطری که توسط دو پرستار اجرا شده است در تعداد مشخصی پرونده *100

تعداد کل داروهای پرخطر اجرا شده درهمان تعداد پرونده

تعریف صورت شاخص: تعداد داروهای پرخطری که توسط دو پرستار اجرا شده است در تعداد مشخصی پرونده

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل داروهای پرخطر اجرا شده درهمان تعداد پرونده

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش اجرای داروهای پرخطر توسط دو پرستار تا 95٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☑ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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	درصد	سه ماهه	پرونده بیماران	کارشناس ایمنی بیمار	واحد بهبود کیفیت	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد اجرای داروهای پرخطر توسط دو پرستار **کد شاخص : 9D H M 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:

- نظارت ضعیف سرپرستاران بر اجرای برنامه اجرای داروهای پرخطر توسط دو پرستار
- یک نفره بودن پرستار در برخی زمانها مثل تایم استراحت در شب یا زمان پاس یک پرستار در بخش دارای دو پرستار

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- تاثیر میزان همکاری پرسنل و مسوولین بخشها در زمینه اجرای برنامه اجرای داروهای پرخطر توسط دو پرستار در پرداخت مبتنی بر عملکرد
- نظارت بیشتر سوپروایزرین

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 **لیلا فرنگی – کارشناس هماهنگ کننده ایمنی**	**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 هایی که داروهای مصرفی قبل از بستری بیمـــار در آن تعیین تکلیف شده **کد شاخص : 9D H M 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 داروهایی که قبل از بستری توسط بیمار مصرف می شده در اولین ارزیابی پرستاری در بدو پذیرش توسط پرستار ثبت و در اولین ویزیت توسط پزشک تعیین تکلیف شود .

هدف شاخص: تعیین تکلیف داروهای مصرفی کلیه بیماران در اولین ارزیابی وی

فرمول شاخص: تعداد پرونده هایی که در آن داروهای بیمار تعیین تکلیف شده در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل پرونده های بستری در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد پرونده هایی که در آن داروهای بیمار تعیین تکلیف شده در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل پرونده های بستری در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
تعیین تکلیف داروهای مصرفی قبلی 80٪ بیماران	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
کلیه بخشهای بستری	درصد	سه ماهه	پرونده بیماران	سوپروایزر بالینی	سوپروایزر بالینی	سه ماهه

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

عنوان شاخص: درصد پرونده هایی که داروهای مصرفی قبل از بستری بیمـــار در آن تعیین تکلیف شده **کد شاخص : 9D H M 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:

- همراه نداشتن داروهای مصرفی توسط بیمار یا اطلاعات ناقص در مورد داروهای مصرفی
- عدم توجه پزشکان به داروهای ثبت شده در فرم مربوطه و عدم تعیین تکلیف آن
- عدم ثبت داروهای بیمار در پرونده توسط پرستار ارزیابی کننده

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- نظارت بر عملکرد کارکنان پرستاری و توجیه آنان در زمینه اهمیت ثبت داروهای مصرفی بیمار توسط سرپرستار در ارزیابی اولیه بیمار
- درخواست پرستار همراه پزشک از وی در زمان اولین ویزیت جهت تعیین تکلیف داروهای مصرفی و ثبت در دستورات پزشک
- درخواست از همراهی بیماران جهت آوردن داروهایی که از قبل بیمار مصرف میکرده است

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه 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 **لیلا فرنگی – کارشناس هماهنگ کننده ایمنی**	**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 تفکیک پسماند ها **کد شاخص : 9D H M 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 از تفکیک زباله ها جدا سازی پسماندهای عفونی ،غیر عفونی ،تیز و برنده و دارویی شیمیایی از یکدیگردر ظروف استاندارد و جداگانه در همه بخشهای درمانی در بدو تولید زباله می باشد(زباله عفونی باکس زردبا کیسه زرد،زباله عادی باکس آبی با پلاستیک آبی،تیز و برنده در سیفتی باکس و زباله دارویی شیمیایی در سطل سفید با باکس سفید).

هدف شاخص:تفکیک صحیح زباله های تولیدی

فرمول شاخص:مقدار زباله تفکیک شده در یک دوره زمانی مشخص *100

مقدارکل زباله ها درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: مقدار زباله تفکیک شده در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: مقدارکل زباله ها درهمان دوره زمانی.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
تفکیک صحیح زباله ها تا 90٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☒ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☒ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 بهداشت محیط	درصد	ماهیانه	داده های امحاء زباله	مسوول بهداشت محیط	واحد بهداشت محیط	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد تفکیک پسماند ها **کد شاخص : 9D H M 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:

- عدم رعایت دستورالعمل تفکیک زباله توسط کارکنان
- کمبود تجهیزات لازم جهت تفکیک پسماند
- عدم تفکیک زباله ها توسط بیماران و همراهیان و دانشجویان
- اختلاط پسماندها ی تفکیک شده در بخش توسط خدمات به هنگام انتقال به جایگاه نگهداری پسماندها

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- نظارت مستمر بر عملکرد کارکنان توسط مسول واحد
- بازدیدهای مکرر توسط مسوول بهداشت محیط
- آموزش بیماران و همراهیان در بدو پذیرش توسط پرستار در خصوص تفکیک زباله
- استقرار باکسهای مربوط به هر نوع پسماند در جایگاه مخصوص خود در بخشها
- آموزش کلیه نیروها در خصوص تفکیک صحیح پسماند از مرحله تا بی خطر سازی

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 بی خطر سازی زباله های غفونی **کد شاخص : 9D H M p In 27** **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 زباله عفونی کلیه زباله های انتقال دهنده میکروارگانیسم های بیماری زا می باشد.به عبارتی دیگر به زباله های آلوده به ترشحات و خون بیماران زباله عفونی اطلاق می شود و بی خطر سازی زباله های عفونی فرایندی است که طی آن با فشار بخار و دمای 121 درجه سانتی گراد حداقل به مدت 15 دقیقه کلیه میکروارگانیسم ها از جمله میکروارگانیسم های گرما دوست از بین برده می شود.

هدف شاخص:افزایش بی خطر سازی زباله های عفونی وکنترل عفونتهای ناشی از زباله های عفونی تولیدی در بیمارستان

فرمول شاخص:تعداد روزهایی که دستگاه فعال بوده در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل روزها درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد روزهایی که دستگاه فعال بوده در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل روزها درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
بی خطر سازی زباله های عفونی به میزان 100٪	ساختاری ☐ فرآیندی ■ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 امحاء زباله	درصد	ماهیانه	واحد بهداشت محیط	مسوول بهداشت محیط	واحد بهداشت محیط	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد بی خطر سازی زباله های غفونی **کد شاخص : 9D H M p In 27** **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 و غیر تخصصی بودن نیروی کاربر دستگاه امحاء زباله
- نامناسب بودن مکان دپوی زباله های عفونی
- عدم رعایت تفکیک صحیح پسماند به طور کامل

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- جذب نیروی اختصاصی جهت کاربری دستگاه
- واگذاری واحد امحاء زباله به بخش خصوصی

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 مرگ یا عارضه جدی ناشی ازکاربرد خون و فرآورده **کد شاخص : 9D H M p In 28** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1402/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از از عوارض جدی عوارضی است که منجر به ناتوانی بیمار میشود .

هدف شاخص: استفاده به جا و صحیح از خون و فراورده بر اساس نظام مراقبت از خون و فراورده و کاهش موارد مرگ و میر ناشی از تزریق خون

فرمول شاخص: تعداد مرگ و میر ناشی از ترانسفوزیون خون و فراورده در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل موارد استفاده شده خون و فراورده در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد موارد کاربرد صحیح خون و فراورده در تعداد مشخصی پرونده

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل موارد استفاده شده خون و فراورده در همان تعداد پرونده

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش مرگ و میر ناشی از تزریق خون تا حد صفر درصد	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 بانک خون	درصد	سه ماهه	کمیته مرگ و میرو بانک خون و پرونده ها	کارشناس ایمنی بیمار	واحد بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : درصد مرگ یا عارضه جدی ناشی ازکاربرد خون و فرآورده **کد شاخص : 9D H M p In 27** **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 وجود فضای اختصاصی و مناسب به عنوان بانک خون
- کمبود نیروی آزمایشگاهی و عدم برنامه مستقل نیروی بانک خون از آزمایشگاه
- عدم ابلاغ گایدلاین کشوری کاربرد خون و فراورده

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- استقرار هموویژیلانس 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 **لیلا فرنگی – کارشناس هماهنگ کننده ایمنی**	**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 پرت خون و فرآورده های خونی **کد شاخص : 9D H M p In 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 از پرت خون و فراورده، تعداد واحدهای خونی یا فرآورده هایی است که مربوط به عوامل انسانی از جمله شرایط نگهداری یا تاخیر در کنسل نمودن آن می باشد

هدف شاخص: کاهش میزان پرت خون و فرآورده

فرمول شاخص: تعداد واحدهای خونی یا فرآورده های خونی عود شده مربوط به علل انسانی در یک دوره زمانی مشخص *100

کل واحدهای خونی و فرآورده های خونی مصرف شده در همان دوره زمانی مشخص

تعریف صورت شاخص: تعداد واحدهای خونی یا فرآورده های خونی عود شده مربوط به علل انسانی در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: کل واحدهای خونی و فرآورده های خونی مصرف شده در همان دوره زمانی مشخص

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش میزان پرت خون و فرآورده تا حدود صفر درصد	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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
بانک خون و بخشهای درمانی	درصد	سه ماهه	دفتر بانک خون	واحد بانک خون	مسوول بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : درصد پرت خون و فرآورده **کد شاخص : 9D H M p In 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:

- عدم اعلام کنسل شدن خون رزرو شده بیمار در برخی از موارد توسط بخشها
- عدم تکمیل و ارسال نسخه دوم فرم تزریق خون و فراورده در برخی موارد به بانک خون

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- پایش خونها و فراورده های درخواست و رزرو شده بخشها توسط بانک خون به منظور مصرف یا عدم مصرف آن
- راه اندازی هموویژیلانس

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 تکمیل فرم تزریق خون و فرآورده	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25**
کد شاخص : 9D H M p In 29	**تاریخ بازنگری:1403/4/1**
شماره صفحه: 1 از 2	**تاریخ بازنگری بعدی:1402/4/1**
	نوبت بازنگری:8

تعریف شاخص: منظور تکمیل فرمی می باشد که در قبل از تزریق خون یا فراورده به صورت دو برگی جهت بیمار گذاشته می شود و قبل از تزریق و حین تزریق علائم بیمار و همچنین عوارض ناشی از تزریق خون و فراورده در آن ثبت می گردد و در پایان تزریق یک نسخه تحویل بانک خون می شود .

هدف شاخص: تکمیل فرم تزریق خون و فراورده به صورت دو برگی جهت کلیه پرونده هایی که بیمار خون دریافت داشته است

فرمول شاخص: تعداد فرم تکمیل شده جهت پرونده هایی که خون یا فراورده دریافت کرده اند در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل پرونده هایی که خون یا فراورده دریافت کرده اند در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد فرم تکمیل شده جهت پرونده هایی که خون یا فراورده دریافت کرده اند در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل پرونده هایی که خون یا فراورده دریافت کرده اند در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
تکمیل فرم تزریق خون جهت 80٪ پرونده هایی که خون دریافت کرده اند	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
کلیه بخشهای بستری و بانک خون	درصد	سه ماهه	مستندات بانک خون و پرونده ها	مسوول بانک خون	مسوول بانک خون	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد تکمیل فرم تزریق خون و فرآورده **کد شاخص : 9D H M p In 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:

- عدم آگاهی برخی از پرسنل از فرایند کاری
- تکمیل برخی فرم ها به صورت تک برگی و عدم ارسال به بانک خون
- تکمیل دو برگی فرم و عدم ارسال یک نسخه به بانک خون
- عدم پیگیری بانک خون در خصوص تکمیل و ارسال فرم تزریق جهت خونهای مصرف شده

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- نظارت بر عملکرد کارکنان توسط سرپرستار و دادن اطلاعات لازم در خصوص روند تکمیل فرم و ارسال آن به بانک خون
- کنترل پرونده ها در زمان ترخیص توسط منشی و در صورت وجود هر دو فرم در پرونده ارسال نسخه دوم به بانک خون
- پیگیری لازم در خصوص ارسال فرم تزریق خونهی مصرف شده از سوی مسوول بانک خون

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه 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 **احمد رضا محسن زاده– مسوول آزمایشگاه**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرانیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه حاد **کد شاخص : 9D H M p In 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: منظور مرگ یا عوارض جدی که به دنبال بیهوشی یا جراحی بیمار در اتاق عمل حادث می شود می باشد .

هدف شاخص: کاهش موارد مرگ و میر ناشی از بیهوشی یا جراحی

فرمول شاخص:تعداد مرگ و میرهای ناشی از بیهوشی یا جراحی در یک دوره مشخص

تعریف صورت شاخص: ----

تعریف مخرج شاخص: ----

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش موارد مرگ و میر ناشی از بیهوشی یا جراحی تا حد صفر	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 اتاق عمل	تعداد	سه ماهه	کمیته مرگ و میر و پرونده ها	کارشناس ایمنی	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه

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

عنوان شاخص : عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه حاد **کد شاخص : 9D H M p In 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:

- عدم گزارش عوارض ناشی از بیهوشی یا جراحی
- عدم شناسایی عوارض ناشی از بیهوشی یا جراحی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- آموزش کارکنان در خصوص اهمیت ایمنی بیماران
- اشاعه فرهنگ ایمنی در بیمارستان توسط تیم مدیریت و تیم ایمنی
- بررسی پرونده های مرگ و میر در کمیته مرگ و میر و تحلیل ریشه ای آن
- تمرکز بر گزارش خطاهای حرفه ای از خطاهای بیهوشی یا جراحی

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 **لیلا فرنگی – کارشناس هماهنگ کننده ایمنی**	**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 عمل روی عضو یا بیمار اشتباه **کد شاخص : 9D H M p In 31** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 94/6/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور اعمالی می باشد که روی یک بیمار در اعضاء قرینه اشتباه انجام می شود یا بیماری به جای بیمار دیگر مورد عمل جراحی قرار می گیرد .

هدف شاخص: کاهش خطاهای جراحی

فرمول شاخص: تعداد اعمال جراحی اشتباهی که رخ داده در یک دوره مشخص ✻100

تعداد کل اعمال انجام شده در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد اعمال جراحی اشتباهی که رخ داده در یک دوره مشخص.

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل اعمال انجام شده در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش اعمال اشتباه جراحی تا حد صفر	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 جراحی و اورژانس و اتاق عمل	درصد	سه ماهه	پرونده ها و فرم های گزارش خطا	کارشناس ایمنی	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد انجام عمل روی عضو یا بیمار اشتباه **کد شاخص : 9D H M p In 31** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 94/6/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم گزارش خطاهای جراحی
- عدم شناسایی اعمال اشتباه جراحی
- اجرای ناقص دستورالعمل شناسایی بیمار و دستورالعمل تحویل و تحول بالینی در اتاق عمل و بخش

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- آموزش کارکنان در خصوص اهمیت ایمنی بیماران
- اشاعه فرهنگ ایمنی در بیمارستان توسط تیم مدیریت و تیم ایمنی
- انجام اعمال جراحی با چک لیست جراحی ایمن
- بررسی پرونده های مرگ و میر در کمیته مرگ و میر و تحلیل ریشه ای آن
- تمرکز بر گزارش خطاهای حرفه ای

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 **لیلا فرنگی – کارشناس هماهنگ کننده ایمنی**	**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 جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار **کد شاخص : 9D H M p In 32** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 94/6/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور جاماندن ابزار جراحی یا گازهای استفاده شده در حین عمل در موضع عمل بیمار می باشد .

هدف شاخص: کاهش موارد مرگ و میر ناشی از بیهوشی یا جراحی

فرمول شاخص: تعدادمواردی که جسم خارجی در موضع عمل جا مانده در یک دوره مشخص *100

تعداد کل اعمال انجام شده در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعدادمواردی که جسم خارجی در موضع عمل جا مانده در یک دوره مشخص.

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل اعمال انجام شده در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش موارد جاماندن جسم خارجی در موضع عمل تا حد صفر	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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
اتاق عمل	**درصد**	سه ماهه	پرونده ها و فرم های گزارش خطا	کارشناس ایمنی	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار **کد شاخص : 9D H M p In 32** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 94/6/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم رعایت موارد ایمنی در اتاق عمل
- تحویل و تحول ناقص پرستار سرکولر در زمان جابجایی ها

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- رعایت دستورالعمل جراحی ایمن
- چک ابزار جراحی و گازهای مصرفی حین عمل توسط پرستار سرکولر قبل از بستن برش جراحی

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 **لیلا فرنگی – کارشناس هماهنگ کننده ایمنی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرانیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد خونریزی و هماتوم پس از عمل منجر به مرگ یا عارضه پایدار **کد شاخص : 9D H M p In 33** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 94/6/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور خونریزیها و هماتوم هایی می باشد که تا حداکثر 72 ساعت بعد از عمل جهت بیمار به وجود می آید .

هدف شاخص: کاهش موارد خونریزی و هماتوم ناشی از عمل جراحی

فرمول شاخص: تعداد موارد خونریزی و هماتوم پس از عمل در یک دوره مشخص *100

تعداد کل اعمال انجام شده در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد موارد خونریزی و هماتوم پس از عمل در یک دوره مشخص.

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل اعمال انجام شده در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش موارد خونریزی و هماتوم ناشی از عمل جراحی تا حد صفر	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☒	اثربخشی ☐ ایمنی ☒ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 جراحی و اتاق عمل	**درصد**	سه ماهه	پرونده ها و فرم گزارش خطا	کارشناس ایمنی	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : درصد خونریزی و هماتوم پس از عمل منجر به مرگ یا عارضه پایدار **کد شاخص : 9D H M p In 33** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 94/6/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم گزارش هماتوم و خونریزی پس از جراحی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- آموزش کارکنان در خصوص اهمیت ایمنی بیماران
- اشاعه فرهنگ ایمنی در بیمارستان توسط تیم مدیریت و تیم ایمنی
- بررسی پرونده های مرگ و میر در کمیته مرگ و میر و تحلیل ریشه ای آن
- تمرکز بر گزارش خطاهای حرفه ای
- کنترل بیمار جراحی شده از نظر خونریزی و هماتوم توسط پرستار تا Stable شدن

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 **لیلا فرنگی – کارشناس هماهنگ کننده ایمنی**	**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 آمبولی ریه پس از عمل **کد شاخص : 9D H M p In 34** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 94/6/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور موارد آمبولی ریه که حداکثر تا سه هفته پس از عمل جهت بیمار به وجود می آید می باشد .

هدف شاخص: کاهش موارد آمبولی ریه ناشی از عمل جراحی

فرمول شاخص: تعداد موارد آمبولی ریه ناشی از عمل در یک دوره مشخص *100

کل اعمال جراحی در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد موارد آمبولی ریه ناشی از عمل در یک دوره مشخص

تعریف مخرج شاخص: کل اعمال جراحی در همان دوره .

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش موارد آمبولی ریه پس از جراحی تا حد صفر	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 جراحی	**درصد**	سه ماهه	پرونده های بیماران	کارشناس ایمنی	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : درصد آمبولی ریه پس از عمل **کد شاخص : 9D H M p In 34** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 94/6/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1402/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم گزارش آمبولی ریه پس از جراحی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- آموزش کارکنان در خصوص اهمیت ایمنی بیماران
- اشاعه فرهنگ ایمنی در بیمارستان توسط تیم مدیریت و تیم ایمنی
- بررسی پرونده های مرگ و میر در کمیته مرگ و میر و تحلیل ریشه ای آن
- تمرکز بر گزارش خطاهای حرفه ای
- مراقبت تنفسی بیمار پس از عمل جراحی توسط پرستار تا زمان رفع خطر ایجاد آمبولی ریه

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 **لیلا فرنگی– کارشناس هماهنگ کننده ایمنی**	**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 سوختگی با کوتر در اتاق عمل **کد شاخص : 9D H M p In 35** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 94/6/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور سوختگیهایی که در اثر بی احتیاطی پرسنل یا توسط تجهیزات مورد استفاده در عمل بیمار اتفاق می افتد می باشد .

هدف شاخص: به حد اقل رساندن سوختگیهای ناشی از کوتر

فرمول شاخص: تعداد بیمارانیکه در حین عمل جراحی توسط کوتر دچار سوختگی شده اند در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل جراحیهای انجام شده در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد بیمارانیکه در حین عمل جراحی توسط کوتر دچار سوختگی شده اند در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل جراحیهای انجام شده در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش سوختگی با کوتر به میزان کمتر از 1٪	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
اتاق عمل	درصد	ماهیانه	مستندات اتاق عمل	مسوول ایمنی	مسوول اتاق عمل	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد سوختگی با کوتر در اتاق عمل **کد شاخص : 9D H M p In 35** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 94/6/1** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم ثبت و اطلاع همه سوختگیهای با کوتر در اتاق عمل

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- نظارت بر عملکرد کارکنان توسط رییس و مسوول اتاق عمل به ویژه نیروهای جدید
- تاکید به ثبت و اطلاع کلیه موارد سوختگی به کارشناس ایمنی
- شناسایی علل سوختگی های اتفاق افتاده و مداخله در جهت حذف یا کاهش آن توسط سرپرستار اتاق عمل

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه 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 **محبوبه کودی– سرپرستار 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 ملزومات ضروری موجود در بیمارستان **کد شاخص : 9D H M p In 36** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

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

هدف شاخص: تامین ملزومات ضروری مورد نیاز بیمار به صورت 24 ساعته توسط بیمارستان

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

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

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

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

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
تامین ملزومات و مواد مصرفی مورد نیاز بیمار توسط بیمارستان به میزان 100٪	ساختاری ☑ فرآیندی ☐ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☑ رضایمندی ☐ کارایی ☑ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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	سه ماهه	موجودی ملزومات داروخانه	مسوول داروخانه	مسوول داروخانه	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد ملزومات ضروری موجود در بیمارستان **کد شاخص : 9D H M p In 36** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **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 لیست داروهای ضروری حداقل سالیانه

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 **دکتر راضیه سلیمی – ناظر 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 تجهیزات پزشکی آماده به کار موجود در بخشها **کد شاخص : 9D H M p In 37** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از آماده بکار بودن تجهیزات چک آنها از نظر عملکرد کیفی ،سالم بودن،داشتن شارژ و وجود وسایل مصرفی وابسته در هر شیفت توسط مسوول شیفت می باشد.

هدف شاخص: آماده به کار بودن همیشگی تجهیزات پزشکی در همه بخشها

فرمول شاخص: تعداد تجهیزات پزشکی که قابلیت استفاده دارند در یک دوره مشخص*100

تعداد کل تجهیزات پزشکی موجود در همان دوره

تعریف صورت شاخص: تعداد تجهیزات پزشکی که قابلیت استفاده دارند در یک دوره مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل تجهیزات پزشکی موجود در همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
آماده به کار بودن تجهیزات پزشکی به میزان 100٪	ساختاری ☒ فرآیندی ☐ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☒ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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	ماهیانه	واحد تجهیزات و بخشها	واحد تجهیزات پزشکی	واحد بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : درصد تجهیزات پزشکی آماده به کار موجود در بخشها **کد شاخص : 9D H M p In 37** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم چک تجهیزات پزشکی در هر شیفت
- عدم گزارش خرابی تجهیزات به مسوول تجهیزات

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- چک مرتب تجهیزات در ابتدای هر شیفت و پس از هر بار استفاده
- تنظیم برنامه بازدید از تجهیزات و عمل طبق آن توسط مهندس تجهیزات پزشکی

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 **حمید خالصی–مسوول 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: درصدCPR موفق در بیمارستان **کد شاخص : 9D H M p In 38** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور موارد احیای قلبی – ریوی می باشد که قلب و ریه بیمار به مدت 20 دقیقه برگشته که به آن **CPR**موفق اولیه گفته می شود و چنانچه بیمار پس از **CPR** موفق قادربه انجام فعالیتهای اولیه بوده و یا از بیمارستان مرخص شود به آن **CPR** موفق ثانویه اطلاق می شود.

هدف شاخص: افزایش **CPR** موفق اولیه و ثانویه

فرمول شاخص: تعداد **CPR** موفق اولیه دریک دوره زمانی مشخص*100

تعداد کل موارد **CPR** در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد **CPR** موفق اولیه دریک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل موارد **CPR** در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش CPR اولیه تا 50%	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☑	اثربخشی ☐ ایمنی ☑ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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	ارسال گزارش پایش به
کلیه بخشهای بستری و اورژانس	درصد	ماهیانه	فرم های سی پی آر	واحد بهبود کیفیت	واحد بهبود کیفیت	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 : درصدCPR موفق در بیمارستان **کد شاخص : 9D H M p In 38** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم تکمیل فرم CPR جهت تمامی سی پی آرها در بخش ها
- عدم ارسال تمامی فرمهای تکمیل شده سی پی آر به دفتر پرستاری
- مهارت ناکافی برخی از نیروها در زمینه احیاء قلبی – ریوی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- کنترل روزانه گزارشات سوپروایزر در شیفت صبح توسط دفتر پرستاری و چک فرمهای سی پی آر ارسال شده با موارد ثبت شده سی پی آر در دفتر گزارش سوپروایزری و در صورت مغایرت پیگیری لازم
- برگزاری دوره های آموزشی سی پی آر پیشرفته جهت کادر بالین و پایش عملکرد آنان پس از آموزش حداقل سالیانه
- برگزاری دوره های آموزشی سی پی آر پایه جهت کادر پاراکلینیک و پایش عملکرد آنان پس از آموزش حداقل سالیانه
- استفاده از نیروهای مجرب در همه شیفتها

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- 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	**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 اخذ رضایت آگاهانه از بیمار **کد شاخص : 9D H M p In 39** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از رضایت آگاهانه ارائه اطلاعات به بیمار در حد درک وی در مورد(روش درمان ،عوارض احتمالی ناشی از آن، روشهای درمانی جایگزین)در اعمال جراحی و بیهوشی ،اقدامات تهاجمی و ترانسفوزیون خون و تصویربرداریها توسط تیم درمان بوده که به بیمار حق انتخاب و مشارکت در برنامه درمانی وی را می دهد و ضمنا رضایت عمومی بدو پذیرش نمی تواند جایگزین آن باشد همچنین رضایت آگاهانه مشمول موارد اورژانسی که حیات بیمار تهدید می شود نمی باشد.

هدف شاخص: اخذ رضایت آگاهانه از بیمار در زمان انجام اقدامات تهاجمی ،عمل جراحی ،بیهوشی ،انجام گرافیها و تزریق خون و فراورده و دادن حق انتخاب به وی

فرمول شاخص: تعداد موارد اخذ رضایت آگاهانه از بیمار در موارد نیازمند اخذ رضایت آگاهانه در تعداد مشخصی پرونده *100

تعداد کل اقدامات نیازمند اخذ رضایت آگاهانه انجام شده درهمان تعداد پرونده

تعریف صورت شاخص: تعدادموارد اخذ رضایت آگاهانه از بیمار در اقدامات نیازمند اخذ رضایت آگاهانه در تعداد مشخصی پرونده

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل اقدامات نیازمند اخذ رضایت آگاهانه انجام شده درهمان تعداد پرونده

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش اخذ رضایت آگاهانه از بیمار در اقدامات نیازمند اخذ رضایت آگاهانه تا 80٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☒ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☒ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 ی بستری و اتاق عمل و کلینیک های تخصصی	درصد	سه ماهه	پرونده های بیماران	واحد بهبود کیفیت	واحد بهبود کیفیت	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد اخذ رضایت آگاهانه از بیمار **کد شاخص : 9D H M p In 39** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1402/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- نظارت ضعیف سرپرستاران بر اجرای برنامه رضایت آگاهانه
- عدم همکاری پزشکان در امر اخذ رضایت آگاهانه از بیمار

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- تاثیر میزان همکاری پزشکان، پرسنل و مسوولین بخشها در زمینه اخذ رضایت آگاهانه در پرداخت مبتنی بر عملکرد
- تعیین نماینده پزشکان و نظارت و پیگیری اجرای مباحث و فرایندهای کاری پزشکی مرتبط با اعتبار بخشی توسط ایشان
- نظارت بیشتر سوپروایزرین

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- 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	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 اثر بخشی آموزشهای ارائه شده به بیمار **کد شاخص : 9D H M p In 40** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور اینکه آموزشهای داده شده به بیمار در حد نیاز و درک وی باشد و به جهت اطمینان از درک بیمار از آموزشهای داده شده پرستار از وی بازخورد بگیرد.

هدف شاخص: کاهش بستری مجددهای بیماران متاثر از آموزشهای موثر ارائه شده به وی در طول بستری و زمان ترخیص

فرمول شاخص: نمره مکتسبه از چک لیستهای تکمیل شده در یک دوره زمانی مشخص *100

نمره کل چک لیستها ضرب در تعداد چک لیستها درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: نمره مکتسبه از چک لیستهای تکمیل شده در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: نمره کل چک لیستها ضرب در تعداد چک لیستها درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش شاخص اثر بخشی آموزش به بیمار تا 70٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ■ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 ی بستری و سوپروایزر آموزش سلامت	درصد	ماهیانه	چک لیست آموزش به بیمار	سوپروایزر آموزش سلامت	سوپروایزر آموزش سلامت	سه ماهه

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

عنوان شاخص: درصد اثر بخشی آموزشهای ارائه شده به بیمار **کد شاخص : 9D H M p In 40** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- سن بالای بیماران
- سطح سواد پایین بیماران و همراهیان
- اطلاعات ناکافی پرسنل در امر آموزش و مباحث مرتبط با بیماری بیماران

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توانمند سازی کارکنان پرستاری در امر آموزش

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- 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 یک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد انجام غربالگری تغذیه جهت بیماران **کد شاخص : 9D H M p In 41** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظوراز غربالگری تغذیه شناسایی بیماران دچار سوئ تغذیه بر اساس فرم غربالگری در بدو بستری می باشد .

هدف شاخص: افزایش شناسایی بیماران دچار سوء تغذیه در زمان بستری

فرمول شاخص:تعداد بیمارانیکه تحت غربالگری تغذیه قرار گرفته اند در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل بیماران بستری شده دربیمارستان(بجز بخش نوزادان و اطفال)درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد بیمارانیکه تحت غربالگری قرار گرفته اند در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران بستری شده دربیمارستان(بجز بخش نوزادان و اطفال)درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش غربالگری تغذیه ای بیماران تا 80٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☑ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 تغذیه و کلیه بخشهای بستری بجز اطفال و نوزادان	درصد	سه ماهه	پرونده های بیماران	مسوول تغذیه	واحد تغذیه	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد انجام غربالگری تغذیه جهت بیماران **کد شاخص : 9D H M p In 41** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- مدت بستری کوتاه برخی بیماران مانند اعمال سرپایی که قبل از 24 ساعت ترخیص می شوند و امکان نظارت را کم می نماید
- همکاری ناقص برخی پرستاران در تکمیل فرم غربالگری
- کمبود نیرو در واحد تغذیه که نقش نظارتی را کم رنگ می نماید

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- جذب نیروی دوم در واحد تغذیه جهت نظارت بیشتر و دقیقتر

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 **آقای سلمانی – مسوول واحد تغذیه**	**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: درصدانجام ارزیابی تخصصی تغذیه جهت بیماران **کد شاخص : 9D H M p In 42** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از ارزیابی تخصصی تغذیه شناسایی بررسی تخصصی گروه هدف شامل بیماران دچار سوء تغذیه مشخص شده در طرح غربالگری و بیماران بستری در بخشهای تخصصی (سی سی یو،دیالیز،آی سی یو،اطفال) و به دنبال آن تنظیم و ارائه و اجرای برنامه غذایی متناسب با شرایط بیمار همراه با آموزش لازم می باشد.

هدف شاخص: افزایش ارزیابی تخصصی تغذیه گروه هدف

فرمول شاخص: تعداد بیمارانیکه تحت ارزیابی تخصصی تغذیه قرار گرفته اند در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل بیماران بستری که می بایست مورد ارزیابی تخصصی قرار می گرفته اند درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد بیمارانیکه تحت ارزیابی تخصصی تغذیه قرار گرفته اند در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران بستری که می بایست مورد ارزیابی تخصصی قرار می گرفته اند درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش انجام ارزیابی تخصصی تغذیه گروه هدف تا 50٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☑ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 تغذیه و کلیه بخشهای بستری	درصد	سه ماهه	پرونده بیماران	مسوول تغذیه	واحد تغذیه	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصدانجام مشاوره تخصصی تغذیه جهت بیماران **کد شاخص : 9D H M p In 42** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم اطلاع رسانی کامل بیماران نیازمند ارزیابی تخصصی تغذیه شناسایی شده از طریق غربالگری به واحد تغذیه
- کمبود نیروی انسانی در واحد تغذیه و نظارت ناقص فرمهای غربالگری

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- جذب نیروی دوم در واحد تغذیه

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 **آقای سلمانی – مسوول واحد تغذیه**	**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 زخم بستر **کد شاخص : 9D H M p In 43** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور زخم بسترهایی می باشد که بیمار پس از بستری در بیمارستان به آن دچار شده است.

هدف شاخص: جلوگیری از زخم بستر بیماران بستری در بیمارستان

فرمول شاخص: تعداد بیماران بستری که دچار زخم بستر شده اند در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل بیماران بستری در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد بیماران بستری که دچار زخم بستر شده اند در یک دوره زمانی مشخص

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

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
جلوگیری از ایجاد زخم بستر در بیماران بستری تا حدود 100٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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	درصد	ماهیانه	لیست بیماران زخم بستر و بخشها	کارشناس زخم	کارشناس زخم	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد زخم بستر **کد شاخص : 9D H M p In 43** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- کمبود امکانات و تجهیزات شامل تشک مواج
- کمبود نیروی کمک بهیار و عدم امکان گذاشتن نیروی کمک بهیار در تمام شیفتها و در تمام بخشها
- ارزیابی اولیه ناقص و غیر علمی بیماران توسط پرستاران

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- اجرای برنامه ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار به صورت علمی و صحیح و نظارت بر اجرای آن توسط سرپرستاران و سوپروایزرین
- تلاش در جهت جذب کمبودکمک بهیار و گذاشتن کمک بهیار در همه شیفتها حداقل در بخشهای مراقبت ویژه و داخلی و عفونی که بیمار مستعد زخم بستر بیشتر دارند.
- افزایش تشکهای مواج،پدهای مورد نیاز

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 **مهدی میری – کارشناس زخم**	**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 سقوط بیماران **کد شاخص : 44 In p M H 9D** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از سقوط بیماران کلیه مواردی می باشد که بیماردر طول بستری از تخت دچار سقوط شده و یا در بخش به دلایل مختلف می افتد.

هدف شاخص: جلوگیری از سقوط بیماران بستری در بیمارستان

فرمول شاخص: تعداد سقوط بیماران بستری در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد روز بستری بیماران در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد سقوط بیماران بستری در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد روز بستری بیماران در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
جلوگیری از سقوط بیماران بستری به میزان 100%	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ■ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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	درصد	ماهیانه	لیست مربوطه و بخشها	دفتر پرستاری	دفتر پرستاری	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد سقوط بیماران **کد شاخص : 9D H M p In 44** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- معیوب بودن گارد محافظ و قفل چرخ برخی تختها
- نبود دستگیره مناسب در رهروی برخی بخشها و سرویسهای بهداشتی
- چیدمان نامناسب تجهیزات در اتاقهای بیماران
- کمبود یا نبود وسایل کمک حرکتی مانند واکر در بخشها
- بیماری زمینه ای افراد مانند اختلال حرکتی،مشکلات چشمی و...

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- چیدمان تجهیزات در اتاقها به گونه ای که ضمن در دسترس بودن به عنوان مانعی در سر راه بیمار عمل ننماید
- تعمیر و اصلاح تختهایی که گارد و چرخ خراب دارن و قفل نمودن چرخها و بالا کشیدن گاردها در زمان استقرار بیمار بر روی تخت
- نصب دستگیره در تمامی راهروها و سرویسهای بهداشتی
- بستری نمودن بیماران مستعد سقوط در اتاقهای مجاور استیشن پرستاری و گذاشتن یک همراهی جهت این دسته از بیماران
- تامین وسایل کمک حرکتی مناسب در بخشها جهت استفاده بیماران نیازمند

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 **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 ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار **کد شاخص : 45 9D H M p In** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور ارزیابی هر بیمار در بدو ورود به بیمارستان در اولین بخش پذیرش کننده بر اساس دستورالعمل ارزیابی اولیه بیمار که توسط بیمارستان ابلاغ شده و ثبت آن در اولین گزارش پرستاری پرونده بیمار می باشدمی باشد و در زمان انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر نیاز به ارزیابی مجدد پرستاری نمی باشد.

هدف شاخص: یکپارچه سازی فرایند ارزیابی اولیه بیمار در بخشهای بیمارستان و تنظیم برنامه مراقبتی موثر جهت بیمار

فرمول شاخص: تعداد پرونده هایی که در اولین گزارش پرستاری ارزیابی اولیه پرستاری دارند در یک دوره مشخص *100

تعداد کل بیماران پذیرش شده در بخش های بستری در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد پرونده هایی که در اولین گزارش پرستاری ارزیابی اولیه پرستاری دارند در یک دوره مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران پذیرش شده در بخش های بستری در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
ارزیابی اولیه پرستاری بیماران به میزان 90%	☐ ساختاری ■ فرآیندی ☐ پیامدی	■ اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات	■ 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	درصد	سه ماهه	پرونده بیماران	دفتر پرستاری	دفتر پرستاری	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار **کد شاخص : 9D H M p In 45** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- در دسترس نبودن ابلاغ تعیین حداقل های لازم در ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار
- تازه کار بودن درصدی از نیروها و عدم آگاهی از نحوه و اهمیت ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار
- نبود فرم مشخص جهت ارزیابی اولیه بیمار
- نظارت ضعیف سرپرستاران بر عملکرد پرستار در خصوص ارزیابی اولیه بیمار

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- تهیه و در دسترس قرار دادن حداقل های لازم در ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستاردر هر بخش توسط سرپرستار
- ارزیابی صلاحیت حرفه ای و توجیه نیروهای جدیدالورود در بدوشروع به کار توسط سرپرستار
- پایش پرونده ها از نظر ارزیابی اولیه پرستاری توسط دفتر پرستاری
- چک پرونده ها به صورت رندوم توسط سرپرستار

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 **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 رضایتمندی بیماران از خدمات پرستاری **کد شاخص : 9D H M p In 46** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور احساس رضایت بیماران از خدمات قابل ارائه توسط گروه پرستاری می باشد که به موقع و به جا ارائه شود.

هدف شاخص:افزایش رضایتمندی بیماران

فرمول شاخص: میانگین درصد رضایتمندی بیماران از آیتم های مورد سوال

تعریف صورت شاخص: ----

تعریف مخرج شاخص: ----

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش رضایتمندی بیماران از خدمات پرستاری تا 90٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ■ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 بخش های بالینی و دفتر پرستاری	درصد	ماهیانه	چک لیست رضایت سنجی بیماران	دفتر پرستاری	دفتر پرستاری	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد رضایتمندی بیماران از خدمات پرستاری **کد شاخص : 9D H M p In 46** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- ارتباط غیر موثر پرستاران با بیماران
- عملکرد ضعیف نگهبانی
- ناآشنا بودن بیماران با قوانین و مقررات بیمارستان
- شلوغی بخشها

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- آموزش بدو ورود بیمار در بخش و آشنایی وی با قوانین و مقررات بیمارستان و بخش
- اطلاع رسانی موثر مقررات بیمارستان از بدو پذیرش تا ترخیص بیمار
- برقراری ارتباط موثر توام با احترام با بیمار در تمام مراحل به ویژه بدو پذیرش
- ارائه آموزشهای لازم مرتبط با بیماری هر بیمار و دادن آگاهی در مورد هر پروسیجری که قرار است جهت بیمار انجام شود به بیمار

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- 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 **طلعت بخشی– مدیر خدمات پرستاری**	**طلعت بخشی– مدیر خدمات پرستاری**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد کسورات بیمه ای **کد شاخص : 9D H M p In 47** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از کسورات بیمه ای عدم پرداخت صورتحسابهایی است که مخدوش یا مغایر با دستورالعمل بیمه ها می باشد

هدف شاخص: کاهش کسورات پرونده ها و اسناد پزشکی

فرمول شاخص: مبلغ کسر شده توسط بیمه ها در تعداد مشخصی از اسناد و پرونده های پزشکی *100

کل مبلغ لیست شده ارسالی به بیمه ها در همان تعداد اسناد و پرونده

تعریف صورت شاخص: مبلغ کسر شده توسط بیمه ها در تعداد مشخصی از اسناد و پرونده های پزشکی

تعریف مخرج شاخص: کل مبلغ لیست شده ارسالی به بیمه ها در همان تعداد اسناد و پرونده

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش کسورات بیمه ها تا 1.5٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ■ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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
واحددرآمد و بخشهای درمانی	درصد	سه ماهه	بیمه ها	مسوول درآمد	مسوول درآمد	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد کسورات بیمه ای **کد شاخص : 47 9D H M p In** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- اطلاعات ناقص کارکنان درگیر در خصوص علل کسورات
- تاخیر در بررسی و رفع اشکالات اسناد و پرونده ها
- تاخیر در ارسال اسناد و پرونده ها به سازمانهای بیمه گر
- نقص در شناسایی علل کسورات وابلاغ و پیگیری ناقص در رفع علل
- نقص در مستندات پرونده هایی که به ترخیص ارسال می شود

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توجیه پرسنل در زمینه علل کسورات در بدو شروع به کار و به محض ابلاغ هر دستورالعمل جدید
- دریافت ریز علل کسورات اعمال شده در هر دوره توسط سازمانهای بیمه گر و ابلاغ به واحدها و بخشهای ذیربط جهت جلوگیری از تکرار آن
- چک پرونده ها و رفع نقص آن قبل از ارسال پرونده به واحد ترخیص توسط منشی بخش
- کنترل پرونده ها قبل از تحویل به کارشناس بیمه توسط نماینده بیمارستان و رفع نقص آن
- دریافت کسورات شناسایی شده پرونده ها از کارشناس بیمه و رفع آن قبل از ارسال پرونده به سازمانهای بیمه گر
- کسر کسورات پرونده از کارانه عامل ایجاد کسورات

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه 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 **محسن مزینی – مسوول درآمد**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرانیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: ارسال به موقع پرونده ها به سازمانهای بیمه گر **کد شاخص : 9D H M p In 48** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از ارسال به موقع ارسال پرونده های هر ماه تاپایان ماه بعد می باشد .

هدف شاخص: ارسال به موقع پرونده ها

فرمول شاخص: تعداد پرونده هایی که به سازمانهای بیمه گر ارسال شده در یک دوره زمانی *100

تعداد کل پرونده های قابل ارسال همان دوره

تعریف صورت شاخص: پرونده هایی که به سازمانهای بیمه گر ارسال شده در یک دوره زمانی

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل پرونده های قابل ارسال همان دوره

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
آماده کردن پرونده ها جهت ارسال به سازمانهای بیمه گر تا ٪90	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	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 درآمد	درصد	سه ماهه	مستندات واحد درآمد	مسوول واحد درآمد	واحد درآمد	سه ماهه

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

عنوان شاخص : ارسال به موقع پرونده ها به سازمانهای بیمه گر **کد شاخص : 9D H M p In 48** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- رفع کسورات قبل از ارسال پرونده ها به کارشناسان بیمه
- عدم تحویل به موقع پرونده ها توسط کارشناسان بیمه
- عدم ریپورت به موقع پرونده ها
- ضمیمه نشدن به موقع نتایج آزمایشات به پرونده ها
- تکمل نشدن به موقع اوراق پرونده توسط پزشک

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- تکمیل شدن اوراق پرونده توسط پزشک در بخش قبل از ارسال به ترخیص
- برگزاری جلسات مشترک بین مدیریت بیمارستان با مسوول سازمان بیمه
- ریپورت روزانه گرافیها توسط رادیولوژیست

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 **محسن مزینی– مسوول درآمد**	**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 برگزاری کمیته های بیمارستانی **کد شاخص :** 9D H M p In 49 **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ :** 95/8/15 **تاریخ بازنگری:**1403/4/1 **تاریخ بازنگری بعدی:**1404/4/1 **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور از برگزاری کمیته ها بررسی برگزاری به موقع کمیته های بیمارستانی طبق سنجه های اعتبار بخشی و با فرمت و الگوی خواسته شده می باشد .

هدف شاخص: برگزاری به موقع کمیته های بیمارستانی

فرمول شاخص: تعداد کمیته های برگزار شده در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل کمیته هایی که می بایست در همان دوره زمانی برگزار می شد

تعریف صورت شاخص: تعداد کمیته های برگزار شده در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل کمیته هایی که می بایست در همان دوره زمانی برگزار می شد

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
برگزاری کمیته های بیمارستانی به میزان 90%	ساختاری ☐ فرآیندی ☒ پیامدی ☐	اثربخشی ☒ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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
مدیریت و دبیر اجرایی کمیته ها	درصد	سه ماهه	صورتجلسات کمیته ها	دبیر اجرایی کمیته ها	واحد بهبود کیفیت	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد برگزاری کمیته های بیمارستانی **کد شاخص :** 9D H M p In 49 **شماره صفحه:** 2 از 2	**تاریخ ابلاغ :** 95/8/15 **تاریخ بازنگری:**1403/4/1 **تاریخ بازنگری بعدی:**1404/4/1 **نوبت بازنگری:**8

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- حجم کاری بالای تیم مدیریت و کمبود وقت مدیران و مسوولین

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- برگزاری کمیته ها در ساعات غیر اداری

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 **اسماء اسدیان – دبیر اجرایی کمیته ها**	**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 مصوبات اجرا شده کمیته ها **کد شاخص : 9D H M p In 50** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور اجرای مصوبات کمیته ها در موعد مشخص شده می باشد

هدف شاخص: اجرای به موقع و کامل مصوبات کمیته ها

فرمول شاخص: $\frac{\text{تعداد مصوبات اجرا شده در یک دوره زمانی مشخص}}{\text{تعداد کل مصوبات در همان دوره زمانی}} * 100$

تعریف صورت شاخص: تعداد مصوبات اجرا شده در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل مصوبات در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
اجرای مصوبات کمیته های بیمارستانی به میزان 90%	ساختاری ☐ فرآیندی ☒ پیامدی ☐	اثربخشی ☒ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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
مدیریت و دبیر اجرایی کمیته ها	درصد	سه ماهه	صورتجلسات کمیته ها	دبیر اجرایی کمیته ها	واحد بهبود کیفیت	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد مصوبات اجرا شده کمیته های بیمارستانی **کد شاخص : 9D H M p In 50** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم پیگیری اجرای مصوبات توسط دبیر هر کمیته
- کمبود اعتبارات جهت مصوباتی که نیازمند اعتبار می باشد
- همکاری نکردن واحدها با یکدیگر در اجرای مصوباتی که نیازمند کار گروهی می باشد

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- پیگیری اجرای مصوبات توسط دبیر هر کمیته در زمان تعیین شده
- تامین منابع مالی جهت اجرای مصوبات
- ترویج فرهنگ کار گروهی 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 **اسماء اسدیان – دبیر اجرایی کمیته ها**	**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 امانتی **کد شاخص : 9D H M p In 51** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور پرونده هایی می باشد که در زمان ترخیص به هر دلیل(نقص مدارک بیمه ،نداشتن دفترچه،نداشتن فرم ارجاع،نداشتن پول کافی یا غیر فعال بودن واحد ترخیص) بیمار قادر به تسویه حساب نبوده و با گذاشتن مدرک معتبر ،وجه نقد یا چک معتبر با هماهنگی سوپروایزر یا مددکار از بیمارستان ترخیص می شود تا بعدا جهت تسویه حساب مراجعه نماید.

هدف شاخص: تسویه حساب کامل بیمار در زمان ترخیص تا حد امکان

فرمول شاخص: تعداد پرونده هایی که به صورت اخذ امانت ترخیص شده اند در یک دوره زمانی مشخص*100

تعداد کل پرونده های بستری در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد پرونده هایی که به صورت اخذ امانت ترخیص شده اند در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل پرونده های بستری در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
انجام تسویه حساب بیماران در زمان ترخیص به میزان 95٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☑ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☑	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 مددکاری و درآمد	درصد	سه ماهه	پرونده ها و لیست مددکاری ومسوول پرونده های اورژانس	واحد مددکاری	واحد درآمد	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد پرونده های امانتی **کد شاخص : 9D H M p In 51** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- غیر فعال بودن واحد ترخیص در شیفت شب
- ناهماهنگی بین نیروها و واحدهای مختلف
- بیماران غیر بومی و مسافر که مدارک بیمه به همرا ندارند
- اعزام بیماران در شیفت شب
- مخدوش بودن آدرس و تلفن بیماران

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- فعال کردن ترخیص در شیفت شب در ساعت پیک کار حداقل به مدت 2 ساعت
- هماهنگ شدن واحدها با یکدیگر و عدم ترخیص بیمار در ساعات غیر فعال ترخیص
- کنترل مدارک بیمه بیماران در بدو پذیرش و طول بستری توسط منشی و در صورت نقص یا نداشتن بیمه اطلاع به مددکاری جهت پیگیری بیمه فرد و رفع نقص آن

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- 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 **ابوالفضل ابراهیم پور–مددکار اجتماعی**	**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 تسویه حساب کامل پرونده های امانتی **کد شاخص : 9D H M p In 52** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور پرونده هایی می باشد که در زمان ترخیص به هر دلیل(نقص مدارک بیمه ،نداشتن دفترچه،نداشتن فرم ارجاع،نداشتن پول کافی یا غیر فعال بودن واحد ترخیص) بیمار قادر به تسویه حساب نبوده و با گذاشتن مدرک معتبر ،وجه نقد یا چک معتبر با هماهنگی سوپروایزر یا مددکار از بیمارستان ترخیص می شود و بعدا تا وقت مقرر جهت تسویه حساب مراجعه نموده و تسویه حساب کامل انجام داده است.

هدف شاخص: تعیین تکلیف و تسویه حساب پرونده های امانتی در زمان مقرر

فرمول شاخص: تعداد پرونده های امانتی تسویه حساب شده در یک دوره زمانی مشخص*100

تعداد کل پرونده هایی که به صورت اخذ امانت ترخیص شده اند در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد پرونده های امانتی تسویه حساب شده در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل پرونده هایی که به صورت اخذ امانت ترخیص شده اند در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
تسویه حساب پرونده های امانتی به میزان ٪90	ساختاری ☐ فرآیندی ■ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ■ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ■	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 مددکاری و درآمد	درصد	سه ماهه	پرونده ها و لیست مددکاری ومسوول پرونده های اورژانس	واحد مددکاری	واحد درآمد	سه ماهه

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص : درصد تسویه حساب کامل پرونده های امانتی **کد شاخص : 9D H M p In 52** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- مدارک یا چک های نامعتبر که به عنوان امانت گرفته شده است
- بیماران غیر بومی و مسافر که مدارک بیمه به همرا ندارند
- مخدوش بودن آدرس و تلفن بیماران
- عدم پیگیری به موقع پرونده های امانتی جهت مراجعه به بیمارستان و انجام تسویه حساب
- ضمانتهایی که توسط همکاران یا افراد آشنا انجام می شود

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- فراهم کردن دسترسی سوپروایزر به صورتحساب بیماران در HIS
- دریافت وجه نقد متناسب با هزینه بیمار که از طریق HIS قابل مشاهده می باشد به صورت علی الحساب
- پیگیری پرونده های امانی جهت مراجعه و تسویه حساب ظرف حداکثر دو هفته پس از ترخیص توسط مددکاری
- امانت گرفتن مدارکی که برای فرد اهمیت بیشتری داشته و حتما وی را وادار به مراجعه می نماید
- تسویه حساب پرونده هایی که پول کافی دریافت شده پس از مهلت مقرر در صورت عدم مراجعه بیمار توسط خود بیمارستان
- تکمیل فرم ضمانت جهت پرونده های ضمانتی و تسویه حساب آن در صورت عدم مراجعه بیمار در موعد مقرر به صورت کسر از حقوق ضامن

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- 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 **ابوالفضل ابراهیم پور–مددکار اجتماعی**	**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 دارای دستبند شناسایی **کد شاخص : 9D H M p In 53** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور استفاده از دستبند شناسایی پرینت گرفته شده یا دست نوشته در صورت مفقود شدن دستبند اولی جهت کلیه بیماران بستری که می بایست در بدو پذیرش به مچ دست بیمار بسته شود و به منظور شناسایی وی قبل از انجام هر پروسیجر مورد استفاده قرار گیرد وحداقل شامل نام و نام خانوادگی و سن بیمار نوشته شده باشد.

هدف شاخص: ارتقاء ایمنی بیمار

فرمول شاخص: تعداد بیمارانی که دستبند شناسایی دارند در یک بازدید *100

تعداد کل بیماران مورد بازدید

تعریف صورت شاخص: تعداد بیمارانی که دستبند شناسایی دارند در یک بازدید

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران مورد بازدید

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
تهیه و استفاده از دستبند شناسایی جهت بیماران بستری به میزان 100٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☑ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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	ماهیانه	نتایج بازدید ها	کارشناس ایمنی بیمار	واحد بهبود کیفیت	سه ماهه

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

عنوان شاخص : درصد بیماران دارای دستبند شناسایی **کد شاخص : 9D H M p In 53** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- باز کردن دستبند شناسایی توسط بیمار
- تمام شدن رول دستبند شناسایی
- خراب شدن پرینتر تهیه دستبند شناسایی
- باز کردن دستبند شناسایی توسط پرستار جهت اجرای برخی پروسیجرها از جمله رگ گیری و عدم تهیه مجدد آن

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- تهیه مجدد دستبند در صورت باز شدن وبستن به مچ بیمار در اسرع وقت توسط پرستار
- عدم درج نام بیمار بر تابلوی بالای تخت وی و شناسایی بیمار توسط کلیه تیم درمان با دستبند شناسایی
- تهیه رول قبل از اتمام آن و دپو در انبار مرکزی
- تهیه پرینتر پشتیبان

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 **لیلا فرنگی– کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار**	**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 کارکنان **کد شاخص : 9D H M p In 54** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

تعریف شاخص: منظور احساس رضایتمندی کارکنان از محیط کاری و موارد رفاهی قابل دسترس و نحوه دریافت مطالبات آنان می باشد.

هدف شاخص:افزایش رضایتمندی کارکنان و افزایش انگیزه کاری انان

فرمول شاخص: میانگین درصد رضایتمندی کارکنان از آیتم های مورد سوال

تعریف صورت شاخص: ----

تعریف مخرج شاخص: ----.

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش رضایتمندی کارکنان تا 70٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ☑	اثربخشی ☑ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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
کل بیمارستان	درصد	سه ماهه	چک لیست رضایت سنجی کارکنان	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 کارکنان **کد شاخص : 9D H M p In 54** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:8**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- ارتباط غیر موثر پرستاران با بیماران
- عملکرد ضعیف نگهبانی
- ناآشنا بودن بیماران با قوانین و مقررات بیمارستان
- شلوغی بخشها

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- آموزش بدو ورود بیمار کارکنان و آشنایی وی با قوانین و مقررات بیمارستان
- اطلاع رسانی موثر مقررات بیمارستان

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- 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 **سمیراصابری–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 ارزیابی عملکرد کارکنان جدیدالورود **کد شاخص : 9D H M p In 55** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 99/2/5** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:4**

تعریف شاخص: منظور از کارکنان جدیدالورود کلیه نیروهایی می باشد که به صورت انتقالی –مامور به خدمت –قراردادی یا طرحی در این مرکز شروع به کار می نمایند و همچنین نیروهای موجود که از یک بخش به بخش دیگر منتقل می شوند

هدف شاخص: ارتقاء سطح آموزش و توانمند سازی کارکنان جهت آمادگی بیشتر و ارائه بهتر و علمی تر خدمات به گیرندگان خدمت

فرمول شاخص: تعداد کارکنان جدیدالورود ارزیابی شده در یک بازه زمانی مشخص *100

تعداد کل کارکنان جدیدالورود شروع به کار کرده و جابجا شده در همان بازه زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد کارکنان جدیدالورود ارزیابی شده در یک بازه زمانی مشخص *100

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل کارکنان جدیدالورود شروع به کار کرده و جابجا شده در همان بازه زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
ارزیابی عملکرد کارکنان جدیدالورود به میزان 90٪	ساختاری ☑ فرآیندی ☐ پیامدی ☐	اثربخشی ☑ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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
کلیه بخشها و واحدهای بیمارستان و واحد آموزش	درصد	سه ماهه	برگه های ارزیابی عملکرد تکمیل شده	واحد آموزش	واحد آموزش	سه ماهه

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

عنوان شاخص: درصد ارزیابی عملکرد کارکنان جدیدالورود **کد شاخص : 9D H M p In 55** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 99/2/5** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:4**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- جابجایی سرپرستاران
- عدم توجه به ارزیابی نیروهایی که به صورت داخلی در بخشهاجابجا می شوند
- توجه ناکافی به ارزیابی نیروهای پاراکلینیک و اداری
- تاخیر در انجام ارزیابی ها به ویژه در بحرانها

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توجیه سرپرستاران جدید و مسئولین واحدها
- نظارت سوپروایزر آموزشی بر انجام کار

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 **مهدی میری – سوپروایزر آموزشی**	**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 پرستاران آموزش دیده تخصصی در بخش **کد شاخص : 9D H M p In 56** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 99/2/5** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:4**

تعریف شاخص: منظور آموزش نکات تخصصی هر بخش به پرستاران همان بخش

هدف شاخص: توانمند سازی نیروهای هر بخش و ارتقاء سطح خدمات ارائه شده به بیماران

فرمول شاخص: تعداد پرستاران آموزش دیده در یک بخش در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل پرستاران همان بخش در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد پرستاران آموزش دیده در یک بخش در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل پرستاران همان بخش در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
آموزش تخصصی پرستاران به میزان 100٪	ساختاری ☑ فرآیندی ☐ پیامدی ☐	اثربخشی ☑ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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
آموزش	درصد	سالیانه	از سامانه آموزش پرسنل	واحد آموزش	واحد آموزش	سالیانه

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

عنوان شاخص: نسبت پرستاران آموزش دیده تخصصی در بخش **کد شاخص : 9D H M p In 56** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 99/2/5** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:4**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- جابجایی نیروها از یک بخش به بخش دیگر در طول خدمت
- طرحی و قراردادی بودن نیروها

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- حتی الامکان از جابجایی مکرر و زود هنگام نیروها در بخشها خودداری شود

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سالیانه دفتر بهبود کیفیت
- سالیانه 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 **مهدی میری - سوپروایزر آموزشی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرانیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد کنفرانس های علمی آموزشی برگزار شده داخل بخشی **کد شاخص : 9D H M p In 57** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 99/2/5** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:4**

تعریف شاخص: منظور کنفرانسهای تعریف شده هر بخش به صورتخصصی و حداقل ماهی یک کنفرانس

هدف شاخص: توانمند سازی نیروهای هر بخش و ارتقاء سطح خدمات ارائه شده به بیماران

فرمول شاخص: تعداد کنفرانسهای برگزار شده در کل بخشهادر یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل کنفرانسهایی که می بایست برگزار شود در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد کنفرانسهای برگزار شده در کل بخشهادر یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل کنفرانسهایی که می بایست برگزار شود در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
برگزاری کنفرانسها طبق برنامه و به میزان 95٪	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 ☐ 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
کلیه بخشهای بالینی و آموزش	درصد	سه ماهه	لیست حضور غیاب و کنفرانسهای برگزار شده	سوپروایزر آموزشی	سوپروایزر آموزشی	سه ماهه

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

عنوان شاخص: درصد کنفرانس های علمی آموزشی برگزار شده داخل بخشی **کد شاخص : 9D H M p In 57** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 99/2/5** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:4**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- بی توجهی سرپرستاران به برنامه زمانبندی
- عدم همکاری پرسنل در حضور واستقبال از کلاسها

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- نظارت بر عملکرد کارکنان توسط سرپرستار و اعمال امتیاز حضور شرکت کنندگان در ارزشیابی های سالیانه و قاصدک و ...
- نظارت سوپروایزر آموزشی بر برگزاری به موقع کنفرانسها

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه 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 **مهدی میری –سوپروایزر آموزشی**	**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 پرسنل آموزش دیده در ارتباط با شیرمادر در بخش های مرتبط **کد شاخص : 9D H M p In 58** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 99/2/5** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:4**

تعریف شاخص: منظور از بخشهای مرتبط زنان، زایشگاه، نوزادان و اطفال می باشد

هدف شاخص: توانمند سازی نیروهای هر بخش و نهادینه کردن تغذیه با شیر مادر و حفظ لوح دوستدار کودک

فرمول شاخص: تعداد پرستاران و ماماهای آموزش دیده در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل نیروهای هدف در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد پرستاران و ماماهای آموزش دیده در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل نیروهای هدف در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
آموزش پرستاران بخشهای هدف در ارتباط با شیر مادر 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 ☐ 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
بخشهای زنان و زایشگاه و نوزادان و اطفال و آموزش	درصد	سالیانه	سامانه آموزش کارکنان ولیست حضورو غیاب کلاسها	سوپروایزر آموزشی	سوپروایزر آموزشی	سالیانه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص: درصد پرسنل آموزش دیده در ارتباط با شیرمادر در بخش های مرتبط **کد شاخص : 9D H M p In 58** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 99/2/5** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:4**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- نیروهای طرحی که جدیدی شروع به کار می نمایند

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- آموزش نیروهای جدیدالورود در اسرع وقت

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سالیانه دفتر بهبود کیفیت
- سالیانه 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 **مهدی میری –سوپروایزر آموزشی**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرانیک فرجام – رییس بیمارستان**

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی

شناسنامه شاخص

دفتر بهبود کیفیت

عنوان شاخص: درصد کارکنان جدیدالورود آموزش دیده در ارتباط با CPR نـوزادان در بخش های مرتبط **کد شاخص : 9D H M p In 59** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 99/2/5** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:4**

تعریف شاخص: منظور کلیه پرستارانیکه جدید وارد بخشهای نوزادان و زنان و زایشگاه و اتاق عمل می شوند

هدف شاخص: توانمند سازی نیروهای بخشهای هدف و کاهش مرگ و میر نوزادان

فرمول شاخص: تعداد پرستاران جدیدالورود آموزش دیده بخشهای هدف در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل پرستاران جدیدالورود بخش های هدف در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد پرستاران جدیدالورود آموزش دیده بخشهای هدف در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل پرستاران جدیدالورود بخش های هدف در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
آموزش سی پی آر نوزادان به نیروهای جدیدالورود بخشهای زایشگاه و زنان و نوزادان 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 ☐ 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
بخشهای زنان و نوزادان و زایشگاه و آموزش	درصد	شش ماهه	لیست حضور غیاب و کنفرانسهای برگزار شده	سوپروایزر آموزشی	سوپروایزر آموزشی	شش ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص: درصد کارکنان جدیدالورود آموزش دیده در ارتباط با CPR نـــوزادان در بخش های مرتبط **کد شاخص : 9D H M p In 59** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 99/2/5** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:4**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم دسترسی به استاد و عدم تامین منابع مالی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- استفاده از نیروهای مجرب و دارای گواهینامه مربیگری آموزش سی پی آر نوزاد بع عنوان مدرس

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- شش ماهه دفتر بهبود کیفیت
- شش ماهه 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 **مهدی میری –سوپروایزر آموزشی**	**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 تسویه حساب مانده های مثبت و منفی **کد شاخص : 9D H M p In 60** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/2/20** **تاریخ بازنگری: 1402/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1402/4/1** **نوبت بازنگری:3**

تعریف شاخص: منظور مابه التفاوت صورتحساب بیماران با وجه دریافت شده می باشد

هدف شاخص: به حداقل رساندن اختلاف صورتحساب ها و تسویه حساب در کوتاهترین زمان

فرمول شاخص: تعداد پرونده های تسویه شده با مانده مثبت و منفی در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل پرونده های دارای مانده مثبت و منفی در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد پرونده های تسویه شده با مانده مثبت و منفی در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل پرونده های دارای مانده مثبت و منفی در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش پرونده های با مانده مثبت و منفی به کمتر از 5٪	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 ☐ 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
واحد ترخیص و درآمد و اقتصاددرمان	درصد	سه ماهه	سیستم his	کارشناس اقتصاددرمان	کارشناس اقتصاددرمان	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص: درصد تسویه حساب مانده های مثبت و منفی **کد شاخص : 9D H M p In 60** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 1400/2/20** **تاریخ بازنگری: 1402/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم دسترسی به بیماران
- ابلاغ دیرهنگام تعرفه ها
- ترخیص و اعزام عصر و شب بیماران و دریافت وجه علی الحساب
- نقص در مدارک بیمه ای بیماران که ترخیص به عصر و شب می افتد

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- بررسی مدارک بیمه ای بیمار در روزهای قبل ترخیص و تکمیل مدارک توسط منشی بخش
- تسریع فرایند ترخیص در شیفت صبح

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه 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 **زهرا مومن– مسئول 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 سزارین نخست زا **کد شاخص : 9D H M p In 61** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/2/20** **تاریخ بازنگری: 1402/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

تعریف شاخص: منظور تعداد سزارین های مادران شکم اول می باشد

هدف شاخص: کاهش سزارین نخست زا

فرمول شاخص: تعداد سزارین نخست زا در یک دوره زمانی مشخص *100

کل سزارین های انجام شده در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد سزارین نخست زا در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: کل سزارین های انجام شده در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش سزارین نخست زا به کمتر از 22٪	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 ☐ 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
بخشهای زنان و زایشگاه	درصد	ماهیانه	دفتر زایشگاه	مسئول زایشگاه	مسئول زایشگاه	ماهیانه

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

عنوان شاخص: درصد سزارین نخست زا **کد شاخص : 9D H M p In 62** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/2/20** **تاریخ بازنگری: 1402/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- بیماریهای زمینه ای مادر
- درخواست سزارین الکتیو و عدم همکاری مادر و خانواده
- تازه کار بودذن برخی متخصصین و پرسنل مامایی

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- اجرای کامل فرایند تایید بیماری زمینه ای مادر در کمیته سزارین با سایر علل تعریف نشده
- آموزش به مادر و خانواده در زمینه اهمیت زایمان طبیعی در طول بارداری از طریق کلاسهای حین بارداری

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه 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 **محبوبه مجیدی فر–مسئول زایشگاه**	**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 زایمان انجام شده به روش بیدردی اسپاینال **کد شاخص : 9D H M p In 63** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/2/20** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

تعریف شاخص: منظور تعدادزایمانهای طبیعی که با روش بیدردی اسپاینال انجام شده است

هدف شاخص: ترویج زایمان به روش بیدردی دارویی از جمله اسپاینال

فرمول شاخص: تعداد زایمانهای انجام شده به روش اسپاینال در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل زایمانهای انجام شده در همان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد زایمانهای انجام شده به روش اسپاینال در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل زایمانهای انجام شده در همان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	مبنای تعیین شاخص	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش زایمان به روش بیدردی اسپاینال به میزان 20٪	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 ☐ 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
بخشهای زنان زایشگاه	درصد	ماهیانه	دفتر زایشگاه	مسئول زایشگاه	مسئول زایشگاه	ماهیانه

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

عنوان شاخص: درصد زایمان انجام شده به روش بیدردی اسپاینال **کد شاخص : 9D H M p In 63** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1400/2/20** **تاریخ بازنگری: 1402/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:3**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- مراجعه دیرهنگام مادر
- کمبود نیروی متخصص بیهوشی و حضور بر بالین اعمال اورژانسی
- عدم تمایل متخصصین زنان و بیهوشی به بیدردی اسپاینال

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- برگزاری جلسه مشترک با گروههای بیهوشی و زنان
- تقدیر از متخصصینی که بیدردی بیشتری دارند
- آموزش به مادران در کلاسهای آمادگی زایمان

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- سه ماهه دفتر بهبود کیفیت
- سه ماهه 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 **محبوبه مجیدی فر–مسئول زایشگاه**	**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 بیمارانی که تلفیق داروئی جهت انها انجام شده **کد شاخص : 9D H M p In 64** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:2**

تعریف شاخص: جهت بیمارانی که بالای 50 سال سن دارند و بیش از 5–4 قلم دارو دریافت می کنند تلفیق داروئی انجام می پذیرد که می بایست توسط داروساز بالینی اجرا گردد.این فرم در بخش با توجه به شرائط بیمار و تعداد داروی دریافتی بیمار(ازقبل و تجویز جدید پزشک) تداخلات داروئی توسط داروساز بالینی بصورت روزانه در HIS بررسی می گردد و لیست دارو در اختیار بخش قرار می گیرد.این لیست پس از تائید پزشک معالج برای بیمار اجرا می گردد.

هدف شاخص: بررسی تداخلات داروئی و پیشگیری از عوارض مربوط به تداخلات داروئی

فرمول شاخص: تعداد بیمارانی که تلفیق داروئی جهت انها انجام شده *100

تعداد کل بیمارانی که مشمول تلفیق داروئی می شوند در بازه زمانی مشخص

تعریف صورت شاخص: تعداد بیمارانی که تلفیق داروئی جهت انها انجام شده در تعداد مشخصی پرونده در بازه زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیمارانی که مشمول تلفیق داروئی می شوند در بازه زمانی مشخص

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش تداخلات داروئی	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☑ رضایمندی ☐ کارایی ☑ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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	درصد	سه ماهه	پرونده بیماران	کارشناس ایمنی بیمار	واحد بهبود کیفیت	سه ماهه

	بسمه تعالی **بیمارستان آموزشی–درمانی نهم دی** **شناسنامه شاخص**	دفتر بهبود کیفیت
عنوان شاخص : درصد بیمارانی که تلفیق داروئی جهت انها انجام شده **کد شاخص : 9D H M p In 64** **شماره صفحه: 2 از 2**		**تاریخ ابلاغ : 95/8/25** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:2**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- نبود داروساز بالینی در بیمارستان(انجام کار توسط داروساز عمومی)
- مشکلات اجرای فرایند بخاطر شفاف نبودن حق الزحمه داروساز و ثبت نبودن در HIS
- تعامل و هماهنگی ضعیف بخش ها با داروخانه بیمارستان

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- اقدام جهت بکارگیری داروساز بالینی و یا برگزاری دوره اموزشی جهت افزایش اگاهی داروسازان
- پیگیری اجرای فرایند درنظر گرفتن حق الزحمه بابت انجام تلفیق برای داروسازان
- برنامه ریزی جهت تقویت راه های ارتباطی بخش های بالینی و داروخانه و بالعکس

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 **لیلا فرنگی – کارشناس هماهنگ کننده ایمنی** **مصطفی یعقوبی– کارشناس امور داروئی**	**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 آمار زایمان با حضور همراه(حضور همراه زایمانی به درخواست مادر) **کد شاخص : 9D H M p In 65** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1401/11/26** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:2**

تعریف شاخص: حضور همراه زایمانی آموزش دیده به درخواست مادر جهت کاهش ترس و هراس مادران

هدف شاخص:کاهش ترس و هرا مادران و زایمان ایمن بنا به درخواست مادر

برخورداری مادر و نوزاد از مراقبتهای ایمن و با کیفیت در حین زایمان و پس از زایمان مبتنی بر احترام به شان و منزلت انسانی

فرمول شاخص: تعداد زایمان با حضور همراه *100

تعداد کل زایمان ها

تعریف صورت شاخص: تعداد زایمان ها با حضور همراه در بازه زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل زایمان ها در بازه زمانی مشخص

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
کاهش تداخلات داروئی	ساختاری ☐ فرآیندی ☒ پیامدی ☐	اثربخشی ☐ ایمنی ☒ رضایمندی ☐ کارایی ☒ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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	درصد	سه ماهه	پرونده بیماران	کارشناس ایمنی بیمار	واحد بهبود کیفیت	سه ماهه

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

عنوان شاخص : میزان آمار زایمان با حضور همراه(حضور همراه زایمانی به درخواست مادر) **کد شاخص : 9D H M p In 65** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 1401/11/26** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:2**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- عدم اموزش به همراه مادر در مراقبت های بهداشت جهت پروسه ی زایمان
- سطح آموزش پذیری همراه بیمار

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- راه اندازی کلاس های آمادگی برای زایمان در بیمارستان
- توانمند سازی نیروها جهت اموزش به همراهان
- بررسی نقاط قوت و ضعف اجرای دستورالعمل حضور همراه زایمانی به درخواست مادر

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 **محبوبه مجیدی فر–ماما مسئول** **زهرا مسافر – کارشناس ایمنی(حقوق گیرنده خدمت)**	**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 اثر بخشی آموزشهای شیر مادر بخش های NICU – اطفـال– زنان– زایشگاه **کد شاخص : 9D H M p In 66** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

تعریف شاخص: منظور اینکه آموزشهای شیر داده شده به بیمار در حد نیاز و درک وی باشد و به جهت اطمینان از درک بیمار از آموزشهای داده شده پرستار از وی بازخورد بگیرد.

هدف شاخص: ارائه آموزشهای موثر ارائه شده در طول بستری و زمان ترخیص

فرمول شاخص: نمره مکتسبه از چک لیستهای تکمیل شده در یک دوره زمانی مشخص *100

نمره کل چک لیستها ضرب در تعداد چک لیستها درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: نمره مکتسبه از چک لیستهای تکمیل شده در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: نمره کل چک لیستها ضرب در تعداد چک لیستها درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش شاخص اثر بخشی آموزش به بیمار تا 70٪	ساختاری ☐ فرآیندی ☐ پیامدی ■	اثربخشی ■ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 ی اطفال زنان زایشگاه و NICU و رابط شیر مادر در بیمارستان	درصد	ماهیانه	چک لیست آموزش شیر	رابط شیر مادر	رابط شیر مادر	سه ماهه

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

عنوان شاخص: درصد اثر بخشی آموزشهای شیر مادر بخش های NICU – اطفـال– زنان– زایشگاه **کد شاخص : 9D H M p In 66** **شماره صفحه: 2 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- سن بالای بیماران
- سطح سواد پایین بیماران و همراهیان
- اطلاعات ناکافی پرسنل در امر آموزش و مباحث مرتبط با بیماری بیماران

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- توانمند سازی کارکنان پرستاری در امر آموزش

نحوه و تناوب ارائه بازخورد:

- 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 **معصومه جعفرزاده– رابط شیر مادر در بیمارستان**	**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: ثبت مشاوره تغذیه در پرونده پزشکی بیماران **کد شاخص : 9D H M p In 67** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

تعریف شاخص: منظور ثبت مشاوره تغذیه در پرونده پزشکی بیماران می باشد

هدف شاخص: افزایش و ارتقاء شاخص مشاوره تغذیه بیماران

فرمول شاخص: تعداد مشاوره تغذیه که در پرونده پزشکی بیماران ثبت شده است در یک دوره زمانی مشخص *100

تعداد کل بیماران بستری که می بایست مورد ارزیابی تخصصی قرار می گرفته اند درهمان دوره زمانی

تعریف صورت شاخص: تعداد بیمارانیکه مشاوره تغذیه در پرونده شان ثبت شده است در یک دوره زمانی مشخص

تعریف مخرج شاخص: تعداد کل بیماران بستری که می بایست مورد ارزیابی تخصصی قرار می گرفته اند درهمان دوره زمانی

میزان هدف	نوع شاخص	بعد کیفیت	اهمیت شاخص از جنبه
افزایش ثبت مشاوره تغذیه ای بیماران تا ٪80	ساختاری ☐ فرآیندی ☑ پیامدی ☐	اثربخشی ☑ ایمنی ☐ رضایمندی ☐ کارایی ☐ عدالت(دسترسی عادلانه) ☐ به موقع بودن خدمات ☐	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 تغذیه و کلیه بخشهای بستری بجز اطفال و نوزادان کاربران HIS	درصد	سه ماهه	پرونده های بیماران	مسوول تغذیه	واحد تغذیه	سه ماهه

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

عنوان شاخص: ثبت مشاوره تغذیه در پرونده پزشکی بیماران **کد شاخص : 9D H M p In 67** **شماره صفحه: 1 از 2**	**تاریخ ابلاغ : 95/8/15** **تاریخ بازنگری:1403/4/1** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/4/1** **نوبت بازنگری:1**

چالش ها و موارد مخدوش کننده شاخص:

- مدت بستری کوتاه برخی بیماران مانند اعمال سرپایی که قبل از 24 ساعت ترخیص می شوند و امکان نظارت را کم می نماید
- همکاری ناقص برخی پزشکان در ثبت درخواست مشاوره
- کمبود نیرو در واحد تغذیه که نقش نظارتی را کم رنگ می نماید

تجزیه و تحلیل و مداخلات قابل انجام شاخص:

- جذب نیروی دوم در واحد تغذیه جهت نظارت بیشتر و دقیقتر

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 **آقای سلمانی – مسوول واحد تغذیه**	**دکتر راضیه سلیمی – مدیر بیمارستان**	**دکتر زهرا نیک فرجام – رییس بیمارستان**