

فهرست

صفحه	عنوان
۲	رییس بخش
۳	سوپروایزر بخش
۴	پزشک مقیم
۵	خط مشی ها و روش ها
۱۹	الزامات
۲۸	پذیرش در بخش و ارزیابی بیمار
۳۰	گزارش پزشکی بدو ورود
۳۲	امکانات
۴۲	منابع

بخش تصویر برداری

(۱) رییس بخش

(۱-۱) شرایط احراز ریاست بخش تصویر برداری، حداقل عبارت است از:

(۱-۱-۱) دارا بودن مدرک دکترای تخصصی رادیولوژی

سنجه. فردی واجد معلومات و تجربیات منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده به‌عنوان رییس بخش تصویر برداری طی حکمی از سوی رییس بیمارستان* یا مسئول پست متناظر آن انتخاب شده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز
	الف	مدرک دکترای تخصصی رادیولوژی	ه		ی		در صورتی که رییس بخش حکم مکتوب با امضا رییس بیمارستان را نداشته باشد هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که حکم وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود: دارا بودن مدرک دکترای تخصصی رادیولوژی (۶ امتیاز) رییس بخش مدرک دکترای تخصصی رادیولوژی ندارد (صفر امتیاز)
	ب		و		ک		
	ج	در پرونده پرسنلی رییس بخش	ز		ل		
	د		ح		م		
			ط				

* تذکر: امضای رییس بیمارستان، رییس فعلی یا رییس وقت، مورد قبول است. همچنین لازم نیست سمت مربوطه در حکم کارگزینی فرد نیز لحاظ شده باشد و همان ابلاغ کتبی کافی است.

۲) سوپروایزر بخش

۱-۲) شرایط احراز برای سوپروایزر بخش تصویربرداری، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:

۱-۱-۲) دارا بودن مدرک کارشناسی رادیولوژی و حداقل دو سال سابقه کار در بخش تصویربرداری

۲-۱-۲) دارا بودن مدرک کاردانی رادیولوژی و حداقل چهار سال سابقه کار در بخش تصویربرداری

سنجه. فردی واجد معلومات و تجربیات منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده به‌عنوان سوپروایزر بخش تصویربرداری طی حکمی از سوی رییس بخش تصویربرداری انتخاب شده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز
	الف	موارد مندرج در متن استاندارد	ه		ی		در صورتی‌که سوپروایزر بخش حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان را نداشته باشد هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی‌که حکم وجود داشته بشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود: مدرک کارشناسی رادیولوژی یا بالاتر (۳ امتیاز) مدرک کاردانی رادیولوژی (۲ امتیاز) دو سال سابقه کار در بخش تصویربرداری برای کارشناسی رادیولوژی (۲ امتیاز) چهار سال سابقه کار در بخش تصویربرداری برای کاردان رادیولوژی (۱ امتیاز)
	ب		و		ک		
	ج	در پرونده پرسنلی سوپروایزر این بخش	ز		ل		
	د		ح		م		
			ط				

(۳) پزشک مقیم*

۳-۱) بخش تصویربرداری در مراکز تروما در تمام روزهای هفته و تمام اوقات شبانه روز از حضور پزشک مقیم برخوردار می‌باشد.

سنجه. در مراکز تروما پزشک متخصص رادیولوژی مقیم در تمام اوقات شبانه روز و تمامی روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیرتعطیل) در این بخش حضور دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.	
	الف	لیست ماهانه پزشکان مقیم بخش تصویربرداری	ه	پزشک مقیم	ی	پزشک مقیم در این بخش حتی در یکی از زمان‌های مندرج در سنجه حضور ندارد یا پزشک معرفی شده با لیست ارائه شده مطابقت نداشته باشد**				پزشک مقیم در در تمام زمان‌های مندرج در سنجه در این بخش حضور دارد	به غیر از مراکز تروما
	ب	با ذکر زمان حضور پزشکان در تمام اوقات مندرج در سنجه	و	در این بخش	ک						
	ج	در این بخش	ز		ل						
	د		ح	کنترل کارت شناسایی نصب شده بر روی سینه و مطابقت پزشک معرفی شده با فهرست ارائه شده	م						
			ط								

**تذکر: در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، باید از دستور العمل‌های طرح تحول سلامت و اطلاعیه‌های مرتبط در خصوص مقیمی و ماندگاری پزشکان، تبعیت شود.

**تذکر: در صورت تغییر شیفت‌های کاری در طی ماه، لازم است لیست ماهانه اصلاح و به روز رسانی گردد.

۴) خط مشی و روش‌ها

۴-۱) کتابچه/مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها در بیمارستان وجود دارد و کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف به موضوعات مربوط به خود، دسترسی دارند:

۴-۱-۱) خط مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواختی هستند.

۴-۱-۲) خط مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

۴-۱-۳) خط مشی‌ها به روشنی مشخص هستند.

۴-۱-۴) روش‌ها به روشنی مشخص هستند.

۴-۱-۵) کتابچه/مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.

۴-۱-۶) کتابچه/مجموعه دارای نمایه مشخص است.

سنجه. کتابچه/مجموعه (کاغذی/الکترونیکی)* خط مشی‌ها و روش‌ها با مشخصات مندرج دراستاندارد ۴-۱ و زیرمجموعه آن، در بیمارستان موجود است و کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف به موضوعات مربوط به خود، دسترسی دارند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	کتابچه/مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها**	ه		ی	از رده‌های مختلف شغلی	کتابچه/مجموعه موجود نباشد	کتابچه/مجموعه موجود باشد	کتابچه/مجموعه موجود باشد	
	ب	مشخصات مندرج دراستاندارد ۴-۱ و زیرمجموعه آن	و		ک	اگر به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی دارید آن را با هم ببینیم	مشخصات مندرج در بند «ب» را نداشته باشد	مشخصات مندرج در بند «ب» را داشته باشد	مشخصات مندرج در بند «ب» را داشته باشد	
	ج	در بیمارستان	ز		ل	در این بخش	اما			
	د		ح		م	۵ نفر	۳-۲ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند	۳-۲ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند	۴-۵ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند	
			ط				۰-۱ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند	۳-۲ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند	۴-۵ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند	

*تذکر: اولویت با مجموعه خط مشی‌ها و روش‌های الکترونیکی است..

**تذکر: منظور کتابچه/مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها ی بیمارستان است که به شکل کاغذی/الکترونیکی وجود دارد و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را در دسترس داشته باشد و مورد استفاده قرار دهد.

۴-۲) برای هر خط مشی و روش موارد ذیل باید مشخص باشد:*

- سنجه. برای هر خط مشی و روش موارد ذیل مشخص می‌باشند:
- نام دانشگاه
- نام بیمارستان
- عنوان / موضوع (مانند عناوینی که در استانداردهای اعتباربخشی ملی، در قسمت خط مشی‌ها و روش‌ها از بیمارستان‌ها خواسته شده است).
- دامنه خط مشی و روش (مانند بخش یا واحد مربوطه یا در مورد خط مشی و روش‌هایی که برای کل بیمارستان یا قسمت‌های خاصی مثل بخش‌های ویژه موضوعیت دارد جلوی این مورد نوشته می‌شود کل بیمارستان یا بخش‌های ویژه و...).
- کد خط مشی (بیمارستان می‌تواند با هر سیستم کدگذاری که انتخاب می‌کند، خط مشی‌ها و روش‌ها را دسته‌بندی و قابل شناسایی نماید که می‌تواند مجموعه ای از حروف و اعداد باشد که به‌عنوان مثال به حروف اول نام بیمارستان، بالینی یا غیربالینی بودن موضوع، بخش یا برنامه مربوطه و شماره خط مشی و روش مورد نظر اشاره نماید).
- تاریخ آخرین بازنگری (چون بازنگری‌ها باید حداقل سالانه باشند، بنابراین اگر از تدوین یک خط مشی کمتر از یک سال گذشته باشد، وجود تاریخ آخرین بازنگری الزامی نیست. شایان ذکر است که تمامی خط مشی‌ها و روش‌ها باید حتما حداقل سالانه بازنگری شوند و حتی اگر پس از بازنگری مشخص شد که نیازی به تغییر نیست، ذکر تاریخ بازنگری ضروری است).
- تاریخ آخرین ابلاغ (باید بعد از تاریخ بازنگری باشد) (اگر خط مشی و روش ابلاغ نشده باشد، امتیاز صفر به آن داده می‌شود).
- تعاریف (در صورتی که واژه‌ها یا اصطلاحات خاصی وجود دارند که به نظر می‌رسد اگر تعریف نشوند ممکن است از آن‌ها برداشت‌های متفاوتی شود، این قسمت تدوین می‌گردد و در غیر این صورت وجود آن ضروری نیست اما باید توجه داشت که در صورت تعریف کردن برخی واژه‌ها و اصطلاحات، لازم است یک تعریف واحد در کل بیمارستان ارائه شود و یک واژه در دو یا چند خط مشی، تعاریف متفاوتی نداشته باشد).
- خط مشی: در این قسمت لازم است نوشته شود **چرا** این خط مشی و روش نوشته شده است؛ بیمارستان با نوشتن و اجرای آن در پی دستیابی به **چه هدفی** است (در صورتی که **چرایی و هدف با هم نوشته شده باشند، قابل قبول است و لازم نیست کاملا تفکیک شوند**) و **سیاست بیمارستان** در رابطه با موضوع مورد نظر چیست. (به‌عنوان مثال در رابطه با رعایت بهداشت دست در بیمارستان، می‌توان نوشت: با توجه به **چرایی**) لزوم پیشگیری و کنترل عفونت در بیمارستان و اعلام رعایت بهداشت دست به‌عنوان یک راه حل اثر بخش از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع، بیمارستان با **هدف** پیشگیری از انتقال عفونت از بیماری به بیمار دیگر یا به کارکنان از طریق دست‌های آلوده، **سیاست** رعایت بهداشت دست‌ها در ۵ موقعیت اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع توسط تمامی کارکنان را، اتخاذ نموده است).
- مشخص کردن یک فرد که پاسخ‌گوی اجرای این خط مشی می‌باشد و روشی که وی با استفاده از آن اطمینان حاصل می‌نماید که خط مشی و روش مذکور اجرا می‌شود. (لازم به ذکر است که این شیوه شامل بررسی دوره‌ای روند اجرا و دادن بازخورد و تعامل با مجریان و ذی‌نفعان جهت آگاهی از موانع احتمالی اجرا و برطرف کردن آن‌ها با بهره‌گیری از مشارکت و هم‌فکری آنان می‌باشد و به هیچ عنوان نباید جنبه بازرسی و مچ‌گیری داشته باشد و فقط به منظور تقویت کار تیمی و استفاده از خرد جمعی برای حل کردن مسائل است).

- روش با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن (بهتر است روش کار به صورت مرحله به مرحله ۱، ۲، ۳، ۴... نوشته شود و لازم است ذکر شود که مراحل مختلف کار توسط چه افرادی انجام می شود تا کارکنان در زمان اجرا دچار ابهام نشوند مگر آن که چند مرحله پشت سر هم توسط یک فرد انجام می شود و کاملاً مشخص است که در این صورت تکرار آن ضرورت ندارد. بدیهی است که منظور مشخص بودن سمت افراد است نه نام آن‌ها).
 - امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن (تدوین این قسمت ضروری نیست).
 - جدول اسامی شامل: اسامی تهیه کنندگان، تاییدکننده و ابلاغ کننده با ذکر سمت آن‌ها و درج امضای تمامی افراد مذکور**
 - شماره صفحات
 - منابع (در مواردی که کاملاً اجرایی است و استفاده از منابع علمی موضوعیت ندارد، در این قسمت نوشته می شود، تجربه بیمارستان).
 - استفاده از فونت، اندازه و فرمت یکسان برای نوشتن خط مشی‌ها و روش‌های بخش‌ها و واحدهای مختلف (به عنوان مثال در تمام موارد برای مشخص کردن قدم‌های مختلف روش، از اعداد یا گوی استفاده شود و اندازه عناوین اصلی و فرعی در تمام موارد یکسان باشند).
- **تذکر: در مورد مشخصات هر خط مشی و روش، بیمارستان می تواند، مشخصات مشترک را در ابتدای کتابچه بیاورد. به عنوان مثال کل کتابچه در تاریخ... بازنگری و در تاریخ... ابلاغ شده است و دیگر لازم نیست برای هر خط مشی و روش جداگانه در صفحه مربوطه درج گردد. همچنین اگر تهیه کنندگان خط مشی‌ها و روش‌های یک بخش یا واحد یک گروه ثابت هستند، می تواند یک بار در ابتدای آن بخش و واحد فهرست آن‌ها را آورد و لازم نیست برای هر بخش و واحد آن را تکرار کرد.
- **تذکر: تاییدکننده یا تاییدکنندگان (می تواند یک فرد یا شورا، کمیته و... باشد با امضای فرد، رییس شورا یا کمیته مذکور) باید بالاترین صلاحیت و اطلاعات علمی و تجربی را در آن موضوع داشته باشند نظر به این که اولویت با مجموعه خط مشی‌ها و روش‌های الکترونیک است، برای امضای افراد در جدول اسامی تهیه کنندگان، تاییدکننده و ابلاغ کننده، اسکن امضا یا امضای الکترونیک افراد کفایت می نماید.

۴-۲-۲) ارزیابی سطوح پرتوگیری پزشکان و کارکنان

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
الف	ه	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود باشد	تمام مستندات موجود باشند	تمام امکانات موجود باشند
							یا	یا	
							بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند	بخشی از امکانات موجود باشد	
							یا	یا	
ب	و	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۴-۲	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا	۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	
ج	ز	در این بخش	ز	۵ مورد	ل	در این بخش	یا	۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد	
د	ح		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۵ مورد	یا	۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد	
			ط				یا	مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
							یا	مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
							یا	مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	

۴-۲-۳) پرتوتابی بیماران باردار

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز												
							۰	۱	۲	غ.ق.ا									
الف	خط مشی و روش مربوطه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ه	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	ی	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	غ.ق.ا										
										ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۴	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد		
										ج	در این بخش	ز	۵ مورد	ل	در این بخش	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد	
										د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۵ مورد	یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد	
			ط																

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند فوق‌العاده کار با اشعه برای همه پرتو کاران براساس ماده ۲۰ فصل پنجم قانون حفاظت در برابر اشعه مصوب سال ۱۳۶۸ مجلس شورای اسلامی رعایت می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.ا	۲	۱
۲	الف	احکام حقوقی پرتو کاران	ه		ی	با پرتو کاران	حتی یک نفر از افراد مورد مصاحبه پاسخ منفی دهد و فیش حقوقی وی نیز موید اظهاراتش باشد	هر ۵ نفر از افراد مورد مصاحبه پاسخ مثبت بدهند	
	ب	پرداخت قوق العاده کار با اشعه مطابق با قانون مذکور و دستور العمل تعیین گروه کاری	و		ک	آیا قوق العاده کار با اشعه بامطابق با دستور العمل تعیین گروه پرتو کاری به شما پرداخت می‌شود؟			
	ج		ز		ل	در این بخش			
	د	۵ حکم حقوقی	ح		م	۵ نفر			
			ط						

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند برای همه پرتو کاران مقررات ویژه در خصوص کاهش ساعت کار و افزایش میزان مرخصی استحقاقی براساس ماده ۲۰ فصل پنجم قانون حفاظت در برابر اشعه مصوب سال ۱۳۶۸ مجلس شورای اسلامی رعایت می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.ا	۲	۱
۳	الف		ه		ی	با پرتو کاران	حتی یک نفر اظهار نماید که از مزایای مذکور مطابق قانون مذکور بهره‌مند نمی‌گردد و بررسی مستندات مربوط به ساعت کار و مرخصی‌های آنان نیز اظهارات وی را تایید نماید	هر ۵ نفر اظهار نماید که از مزایای مذکور مطابق قانون مذکور بهره‌مند می‌گردند	
	ب		و		ک	آیا از مزایای کاهش ساعت کاری و افزایش مرخصی سالیانه استفاده می‌نمایید؟			
	ج		ز		ل	در این بخش			
	د		ح		م	۵ نفر			
			ط						

۴-۲-۵) پیشگیری از تکرار غیر ضروری موارد تصویربرداری، با افزایش مهارت کارکنان

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۱	۲	غ.ق.۱
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	غ.ق.۱
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۴-۲	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	در این بخش	مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد	مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	ج	در این بخش	ز	۵ مورد	ل	در این بخش	مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۵ مورد	مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
			ط						

۴-۲-۷) استفاده از مواد حاجب

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز					
							۰	۱	۲	غ.ق.ا		
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود باشند یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشند یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	غ.ق.ا		
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۴-۲	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند			
	ج	در این بخش	ز	۵ مورد	ل	در این بخش						
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۵ مورد						
				ط								

۴-۲-۸) بررسی اختلاف‌های موجود میان گزارش‌های تصویربرداری و تشخیص‌های بالینی (variance)

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد	یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۴-۲	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند		
	ج	در این بخش	ز	۵ مورد	ل	در این بخش				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۵ مورد				
				ط						

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۴-۲-۹) راهنماهای طبابت بالینی حداقل در پنج مورد از حالات وخیم و شایع در مراجعه کنندگان (مورد تایید وزارت بهداشت)

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	و	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود باشد	یا	تمام مستندات موجود باشند
							مستندات موجود نباشند	یا	و
							یا	یا	تمام امکانات موجود باشند
							یا	یا	و
ب	حدافل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۴-۲	و	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا	یا	۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد
							یا	یا	و
							یا	یا	نشانگر تطابق عملکرد باشد
							یا	یا	نشانگر تطابق عملکرد باشد
ج	در این بخش	ز	۵ مورد	در این بخش	ل	در این بخش	یا	یا	مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند
							یا	یا	مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد
							یا	یا	مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند
							یا	یا	مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند
د	ط	ح	مستقیم و غیرمستقیم	مستقیم و غیرمستقیم	م	مستقیم و غیرمستقیم	یا	یا	مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند
							یا	یا	مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند
							یا	یا	مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند
							یا	یا	مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند

۴-۲-۱۰) پاسخ‌های اورژانس (مانند یک موقعیت ایست قلبی تنفسی)

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.ا	۲	۱	۰
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند		
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۴-۲	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	در این بخش	یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد			
	ج	در این بخش	ز	۵ مورد	ل	در این بخش	یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند			
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۵ مورد				
				ط						

(۵) الزامات

۵-۱) همه ماموگرافی‌ها باید بوسیله ۲ رادیولوژیست خوانده شده و گزارش، امضا و تایید شوند.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند همه ماموگرافی‌ها بوسیله ۲ پزشک رادیولوژیست خوانده شده و گزارش، امضا و تایید می‌شوند.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.ا	۲	۱	۰							
در این بیمارستان ماموگرافی انجام نمی‌شود	حتی یک گزارش مکتوب مبنی بر عدم امضا و تایید دو رادیولوژیست موجود نمی‌باشد و ۲-۳ نفر از بیماران در تماس تلفنی یا مصاحبه حضوری اظهار کنند که گزارش ماموگرافی توسط ۲ پزشک رادیولوژیست تایید و امضا شده است		حتی یک گزارش مکتوب مبنی بر عدم امضا و تایید دو رادیولوژیست موجود باشد یا ۲-۳ نفر از بیماران در تماس تلفنی یا مصاحبه حضوری اظهار کنند که گزارش ماموگرافی توسط ۲ پزشک رادیولوژیست تایید و امضا نشده است	بیمارانی که برای آن‌ها ماموگرافی انجام شده	ی		ه	گزارش ماموگرافی‌ها در دفتر ثبت ماموگرافی‌های انجام شده	الف	
				آیا گزارش ماموگرافی شما توسط دو پزشک رادیولوژیست تایید و امضا شده است	ک		و	امضا و تایید شده توسط دو رادیولوژیست	ب	
					ل		ز	در بخش‌های بستری به ویژه بخش جراحی، شیمی درمانی و زنان	ج	
				۳ بیمار سرپا بی یا بستری (حضورری یا تلفنی)	م		ح	حداقل یک پرونده به انتخاب ارزیاب	د	
							ط			

۵-۲) گزارش‌های تصویربرداری توسط یک رادیولوژیست طی حداکثر ۲۴ ساعت بعد از انجام گرافی‌ها تکمیل و امضا می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند گزارش تصویربرداری‌های تایید شده توسط رادیولوژیست حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت در پرونده بیمار قرار می‌گیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	دفتر/فایل الکترونیک پذیرش بخش تصویربرداری و گزارش تصویربرداری‌های انجام شده با تایید رادیولوژیست	ه		ی	حتی یک مورد از گزارش‌های تصویربرداری حداکثر ظرف ۲۴ ساعت با تایید رادیولوژیست در پرونده بیمار موجود نباشد	۱	۲	غ.ق.ا	
	ب	حداکثر ظرف ۲۴ ساعت	و	ک						
	ج	سایر بخش‌های بستری	ز	ل						
	د	پرونده ۵ بیمار که تصویربرداری برای آنها انجام شده	ح	م						
			ط							

۵-۳) اطلاعات کتبی و شفاهی، قبل از انجام اقدامات تشخیصی (procedures)، به همه بیماران ارائه می‌شود.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند فرم‌هایی در خصوص اطلاعات و آمادگی‌های لازم قبل از انجام پروسیجرهای مختلف شامل وضعیت تغذیه ای تداخلات دارویی و.... به صورت کتبی و به زبان ساده و قابل فهم بیماران وجود داشته و به آن‌ها تحویل داده می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	فهرستی پروسیجرهایی که نیاز به دادن اطلاعات قبل از انجام آن‌ها به بیماران است و فرم‌های اطلاعات و آمادگی قبل از انجام پروسیجرها	ه		ی	از بیماران سر پایی که پروسیجرهای منطبق با فهرست برای آن‌ها انجام می‌شود	فهرست پروسیجرهای مندرج در سنجه وجود ندارد	فهرست پروسیجرهای مندرج در سنجه وجود دارد	فهرست پروسیجرهای مندرج در سنجه وجود دارد	
	ب	منطبق با مندرجات متن سنجه	و		ک	آیا در مورد آمادگی‌ها و اقدامات قبل از تصویربرداری‌ها به شما توضیح کتبی و شفاهی داده شده و شما متوجه این توضیحات شده‌اید	فهرست وجود دارد ولی برگه‌های اطلاع رسانی برای هیچ یک از پروسیجرهای فهرست وجود ندارد	برگه‌های اطلاع رسانی برای تمامی پروسیجرهای فهرست وجود دارد		
	ج	فهرست در بخش تصویربرداری و فرم‌های اطلاع رسانی در بخش تصویربرداری و در بخش‌های بستری در اختیار پرستاران و مستندات نوبت دهی در بخش تصویربرداری	ز		ل	۰-۱ بیمار یا همراه آن‌ها بگویند توضیحات قابل درک کتبی و شفاهی* به آن‌ها داده شده است	۲-۳ بیمار یا همراه آن‌ها بگویند توضیحات قابل درک کتبی و شفاهی به آن‌ها داده شده است	۴-۵ بیمار یا همراه آن‌ها بگویند توضیحات قابل درک کتبی و شفاهی به آن‌ها داده شده است		
	د	در ۵ بخش	ح		م	۵ نفر از بیماران یا همراه آن‌ها	در ۰-۱ بخش بستری فرم‌های اطلاعاتی وجود دارد	در ۲-۳ بخش بستری فرم‌های اطلاعاتی وجود دارد	در ۴-۵ بخش بستری فرم‌های اطلاعاتی وجود دارد	
			ط							

*تذکر: در صورتی که بیماران اظهار کنند که اطلاعات مکتوب به آن‌ها داده شده ولی توضیحات شفاهی به آن‌ها ارائه نشده است و یا بالعکس این حالت مورد قبول نبوده و باید هر دو نوع اطلاعات کتبی و شفاهی به شیوه ای قابل درک به بیماران ارائه گردد.

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند موارد مندرج در سنجه ۱ برای بیماران (بی‌سواد- کم سواد- افراد مسن و کسانی که به زبان رایج منطقه مسلط نمی‌باشند) که قادر به استفاده از اطلاعات به صورت کتبی نمی‌باشند به صورت شفاهی و به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار توضیح داده می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۲	الف		ه		ی	از بیماران بی‌سواد- کم سواد- افراد مسن و کسانی که به زبان رایج منطقه مسلط نمی‌باشند			
	ب		و		ک	آیا در مورد آمادگی‌ها و اقدامات قبل از تصویربرداری‌ها به شما توضیح شفاهی و قابل فهم داده شد	۲-۳ نفر بگویند توضیحات قابل درک به آنها داده نشده است		۲-۳ نفر بگویند توضیحات قابل درک به آنها داده شده است
	ج		ز		ل				
	د		ح		م	حداقل ۳ مورد			
			ط						

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۴-۵) فرم رضایت نامه باید از همه بیمارانی که تحت اعمال با خطر بالا و یا تهاجمی قرار می‌گیرند. (لیست این اقدامات توسط بیمارستان مشخص شده و در دسترس است)، گرفته شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند فرم رضایت آگاهانه با ویژگی‌های مندرج سنجه ۲ در استاندارد شماره ۱۱ (رضایت آگاهانه) حقوق گیرنده خدمت از همه بیماران تحت اعمال با خطر بالا یا تهاجمی گرفته می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
	الف	پرونده بیمار	ه		ی	بیماران و همراهان آنها	فرم رضایت آگاهانه وجود ندارد یا ویژگی‌های مندرج در سنجه رعایت نشده است یا ۰-۱ بیمار و یا همراه آنها بگویند که پزشک رادیولوژیست قبل از گرفتن رضایت آگاهانه به آنها توضیح داده است	فرم رضایت آگاهانه وجود دارد و قسمتی از ویژگی‌های مندرج در سنجه رعایت شده است یا ۲-۳ بیمار و یا همراه آنها بگویند که پزشک رادیولوژیست قبل از گرفتن رضایت آگاهانه به آنها توضیح داده است	تمام ویژگی‌های مندرج در سنجه رعایت شده است و ۴-۵ بیمار و یا همراه آنها بگویند که پزشک رادیولوژیست قبل از گرفتن رضایت آگاهانه به آنها توضیح داده است	در بیمارستان‌هایی که اعمال تهاجمی و پرخطر انجام نمی‌شود
	ب	رضایت آگاهانه تکمیل شده برای تصویربرداری‌های با خطر بالا یا تهاجمی	و		ک	آیا در گرفتن رضایت‌نامه آگاهانه از شما خود پزشک متخصص رادیولوژی به شما توضیح داد				
	ج	این بخش یا سایر بخش‌های بالینی	ز		ل	این بخش یا سایر بخش‌های بالینی				
	د	۵ پرونده	ح		م	۵ بیمار یا همراه آنها				
				ط						

۵-۵) یک پرستار دارای شماره نظام در طول مراحل انجام فرآیندهای تصویربرداری مداخله‌ای به منظور اقدامات پرستاری مورد نیاز احتمالی، قابل دسترس است.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهد یک پرستار برای انجام تمام فرآیندهای تصویربرداری مداخله‌ای، در طی مراحل انجام کار حضور دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	فهرست اقدامات مداخله‌ای نیازمند حضور پرستار در این بخش و مستندات نوبت کاری پرستاران مسئول همکاری با بخش تصویربرداری	ه		ی	از پرستاران مشخص شده در برنامه	برنامه نوبت کاری پرستاران مشخص نشده است	برنامه نوبت کاری پرستاران مشخص شده است	برنامه نوبت کاری پرستاران مشخص شده است	در بیمارستان‌های که اعمال تهاجمی و پر خطر انجام نمی‌شود
	ب		و		ک	در خصوص چگونگی اطلاع از مداخلاتی که باید در آن‌ها حضور داشته باشد و زمان حضور وی در این بخش	یا فهرست مذکور وجود ندارد	و فهرست مذکور وجود دارد	و فهرست مذکور وجود دارد	
	ج	در این بخش	ز		ل		۰-۱ پرستار با فهرست مداخلات و برنامه نوبت کاری هماهنگی داشته باشند	۲-۳ پرستار با فهرست مداخلات و برنامه نوبت کاری هماهنگی داشته باشند	۴-۵ پرستار با فهرست مداخلات و برنامه نوبت کاری هماهنگی داشته باشند	
	د		ح		م	۵ پرستار				
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۵-۶) یک متخصص بیهوشی در طول فرآیندهای تصویربرداری مداخله‌ای یا در مواقعی که لازم است به بیمار بیهوشی و آرام بخشی (sedation) داده شود، در دسترس می‌باشد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند برای انجام تمام فرایندهای تصویربرداری مداخله‌ای، که نیازمند بیهوشی و آرام بخشی (sedation) می‌باشند از قبل با متخصصین بیهوشی هماهنگ شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.۱
	الف	فهرست اقدامات مداخله‌ای نیازمند حضور متخصص بیهوشی در این بخش و مستندات نوبت کاری حضور متخصصان بیهوشی مسئول همکاری با بخش تصویربرداری	ه		ی	از متخصصان بیهوشی مشخص شده در برنامه	برنامه نوبت کاری متخصصان بیهوشی مشخص شده است	برنامه نوبت کاری متخصصان بیهوشی مشخص شده است	برنامه نوبت کاری متخصصان بیهوشی مشخص شده است	در بیمارستان‌های که اعمال تهاجمی و پر خطر انجام نمی‌شود
	ب		و		ک	در خصوص چگونگی اطلاع از مداخلاتی که باید در آنها حضور داشته باشد و زمان حضور وی در این بخش	فهرست مذکور وجود ندارد یا	فهرست مذکور وجود دارد اما	فهرست مذکور وجود دارد و	
	ج	در این بخش	ز		ل		۰-۱ متخصص بیهوشی با فهرست مداخلات و برنامه نوبت کاری هماهنگی داشته باشد	۲-۳ متخصص بیهوشی با فهرست مداخلات و برنامه نوبت کاری هماهنگی داشته باشند	۴-۵ متخصص بیهوشی با فهرست مداخلات و برنامه نوبت کاری هماهنگی داشته باشند	
	د		ح		م	۵ متخصص بیهوشی				
			ط							

۵-۷) متخصصین تصویر برداری به طور منظم در جلسات بالینی که با حضور متخصصان سایر رشته‌ها برگزار می‌شود شرکت می‌نمایند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند متخصصین تصویر برداری به طور منظم در جلسات بالینی که با حضور متخصصین سایر رشته‌ها برگزار می‌شود شرکت می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف		ه		ی	در بیمارستان‌های آموزشی از دستیاران و در بیمارستان‌های غیر آموزشی از سوپروایزر آموزشی یا مدیر درمان بیمارستان سوال شود که چه کسانی در جلسات بالینی شرکت می‌کنند و از میان شرکت کنندگان سوال شود	۰-۱ نفر بگویند	۲-۳ نفر بگویند	۴-۵ نفر بگویند	بیمارستان‌های غیر آموزشی که چنین جلساتی را برگزار نمی‌کنند
	ب		و		ک	آیا رادیولوژیست‌ها در جلسات بالینی شرکت می‌کنند	متخصصین رادیولوژی در این جلسات شرکت می‌کنند	در این جلسات شرکت می‌کنند	در این جلسات شرکت می‌کنند	
	ج		ز		ل					
	د		ح		م	در بیمارستان‌های آموزشی از ۵ نفر از دستیاران در بیمارستان‌های غیر آموزشی از ۵ نفر از شرکت کنندگان				
				ط						

۵-۸) خدمات بخش تصویربرداری به صورت شبانه‌روزی در دسترس می باشد.

سنجه. خط مشی و روش خدمات بخش تصویربرداری به صورت شبانه‌روزی و در تمامی روزهای هفته و اوقات شبانه‌روز اعم از تعطیل و غیرتعطیل، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.ا	
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	۲	غ.ق.ا	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۴-۲ و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد	۳-۴ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۳	غ.ق.ا
	ج	در بیمارستان	ز	۵ مورد	ل	در این بخش	یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۳	غ.ق.ا	
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۵ مورد		یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۳	غ.ق.ا	
			ط								

۶) پذیرش در بخش و ارزیابی بیمار

۶-۱) یک مسئول پذیرش، بیمار را در بخش پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می‌نماید:

۶-۱-۱) شکایت فعلی بیمار، نوع تصویربرداری در خواست شده و نام پزشک درخواست کننده، دلیل مراجعه و شماره تماس وی

۶-۱-۲) ساعت و تاریخ پذیرش بیمار در بخش

سنجه. مسئول پذیرش موارد مندرج در استاندارد ۶-۱ را در دفتر پذیرش یا فایل الکترونیک این بخش ثبت می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							غ.ق.ا.	۲	۱	۰	
	الف	دفتر/ فایل الکترونیک پذیرش بخش تصویربرداری	ه		ی	دفتر/ فایل الکترونیک پذیرش در این بخش وجود ندارد	دفتر/ فایل الکترونیک پذیرش در این بخش وجود دارد	و	تمام موارد مندرج در سنجه ثبت شده است	و	قسمتی از موارد مندرج در سنجه ثبت شده است
	ب	موارد مندرج در سنجه	و	ک							
	ج	در این بخش	ز	ل							
	د		ح	م							
			ط								

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۶-۲) توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی برحسب مورد توسط پزشک متخصص رادیولوژی و یا کارکنان فنی بخش تصویربرداری ثبت می‌گردد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی برحسب مورد توسط پزشک متخصص رادیولوژی و یا کارکنان فنی بخش تصویربرداری در فرم آموزش بیمار ثبت می‌گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.ا.	۲	۱	۰
	الف	فرم آموزش بیمار موجود در پرونده وی	ه		ی	از بیمار و یا همراه وی	در ۳-۲ پرونده فرم آموزش تکمیل شده وجود دارد	در ۴-۵ پرونده فرم آموزش تکمیل شده وجود دارد	غ.ق.ا.	
	ب	حداقل‌های تعیین شده	و		ک	آیا در مورد تصویربرداری که برای شما انجام می‌شود طوری که شما متوجه بشوید برایتان توضیح داده‌اند؟	یا به ۳-۲ بیمار و یا همراه وی آموزش داده شده باشد	و به ۴-۵ بیمار و یا همراه وی آموزش داده شده باشد		
	ج	در این بخش یا سایر بخش‌های بالینی	ز		ل	در این بخش	یا به ۳-۲ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند	و به ۴-۵ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند		
	د	۵ پرونده که تصویربرداری داشته اند	ح		م	از ۵ بیمار و یا همراه که پرونده آنها بررسی شده است	در ۱-۰ پرونده فرم آموزش تکمیل شده وجود دارد	در ۳-۲ پرونده فرم آموزش تکمیل شده وجود دارد		
				ط						

*تذکر: فرم آموزش بیمار با فرمت مورد اشاره در سنجه ۲ استاندارد ۹-۱ حقوق گیرنده خدمت، تهیه شده است.

(۷) گزارش پزشکی بدو ورود

۷-۱) پزشک، پس از انجام ارزیابی‌ها و اقدامات لازم، موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید:

۷-۱-۱) ساعت و تاریخ انجام گزارش‌های تصویربرداری تشخیصی

۷-۱-۲) تمام نتایج حاصل از اخذ شرح حال و اطلاعات بالینی بیمار براساس ارزیابی انجام شده توسط متخصص رادیولوژی

۷-۱-۳) تمام دستورات درمانی و مراقبتی و بررسی‌ها و اقدامات پاراکلینیکی لازم

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهد که موارد مندرج در استاندارد ۷-۱-۱-۱ در برگه گزارش تصویربرداری انجام شده، ثبت می‌گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							غ.ق.۱	۲	۱	۰	
۱	الف	گزارش تصویر برداری‌های انجام شده در پرونده بیماران	ه		ی						
	ب	موارد مندرج در استاندارد ۷-۱-۱	و		ک						
	ج	در این بخش یا سایر بخش‌های بستری	ز		ل						
	د	۵ پرونده از بین بیمارانی که تصویربرداری همراه گزارش رادیولوژیست دارند	ح		م						
				ط							
							در ۱-۰ پرونده تمام مندرجات بند «ب» رعایت شده است	در ۲-۳ پرونده تمام مندرجات بند «ب» رعایت شده است	در ۴-۵ پرونده تمام مندرجات بند «ب» رعایت شده است		

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که موارد مندرج در استاندارد ۷-۱-۲ توسط پزشک ارزیابی شده و در برگه سیر بیماری در پرونده بیمار، ثبت می‌گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.ا	۲	۱	۰
۲	الف	برگه سیر بیماری	ه		ی					
	ب	موارد مندرج در استاندارد ۷-۱-۲	و		ک					
	ج	در این بخش یا سایر بخش‌های بستری	ز		ل					
	د	۵ پرونده از بین بیمارانی که تصویربرداری همراه گزارش رادیولوژیست دارند	ح		م					
			ط							

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند پزشک متخصص رادیولوژی توصیه‌ها و پیشنهادات خود را در زمینه‌های مراقبتی و تشخیصی، در انتهای گزارش تصویربرداری ثبت می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.ا	۲	۱	۰
۳	الف	گزارش تصویربرداری‌های انجام شده در پرونده بیماران	ه		ی					
	ب	موارد مندرج در استاندارد ۷-۱-۳	و		ک					
	ج	در این بخش یا سایر بخش‌های بستری	ز		ل					
	د	۵ پرونده از بین بیمارانی که تصویربرداری همراه گزارش رادیولوژیست دارند	ح		م					
			ط							

۸) امکانات

۸-۱) امکان دسترسی آسان و ارایه مراقبت‌های اورژانسی مقدور است.

سنجه. در مواردی که نیاز به ارائه مراقبت‌های اورژانسی به بیماران می‌باشد فضای کافی در اطراف تخت‌ها موجود است به نحوی که حداقل فاصله از بالا و کنار تخت با دیوار ۷۰ سانتی‌متر و پایین تخت با دیوار یا تخت دیگر ۱۴۰ سانتی‌متر و حداقل فاصله بین دو تخت ۱۴۰ سانتی‌متر است که امکان ارائه خدمات اورژانسی مانند احیا قلبی- ریوی بیمار را به راحتی فراهم می‌سازد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	دستورالعمل داخلی مدون برای تغییر وضعیت ایمن تخت‌ها در صورت نیاز	ه	فضای اطراف تخت‌ها در صورت نیاز به مراقبت اورژانسی	ی		فضای کافی مطابق حتی برای یک تخت فضای کافی مطابق سنجه به صورت بالقوه هم موجود نباشد	فضای کافی مطابق سنجه برای برخی از تخت‌ها بصورت بالقوه و برای برخی به صورت بالفعل وجود دارد		
	ب		و	در این بخش	ک		یا	یا		
	ج		ز	تمام تخت‌ها در فضای ریکواری و سایر فضاهای این بخش	ل		یا	برای تمام تخت‌ها به صورت بالقوه وجود دارد	فضای بالفعل برای تمامی تخت‌ها در این بخش موجود است	
	د		ح	با نظر در گرفتن اندازه‌های اعلام شده در سنجه	م		یا	و		
			ط				یا	در موارد بالقوه در کمتر از یک دقیقه قابل ایجاد است		
							یا	دستورالعمل مدون تغییر وضعیت در صورت نیاز موجود نباشد		
							یا	حتی یک نفر از کارکنان این بخش از آن مطلع نباشد		

تذکر: بالقوه. با جابجایی ایمن و سریع (در کمتر از یک دقیقه و بدون جابجایی تخت‌های مجاور) فضای مورد نظر مطابق سنجه ایجاد شود. **بالفعل.** فضای مورد نظر مطابق سنجه بدون جابجایی موجود است یا در صورت جابجایی فقط برای ایجاد ۷۰ سانتی‌متر بالای تخت است.

۸-۲) همه پریزهای یو.پی.اس به وضوح مشخص هستند.

سنجه. خط مشی و روش استفاده از سیستم یو.پی.اس، با رعایت حداقل‌های قابل انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می‌نمایند و همه پریزهای یو.پی.اس به وضوح مشخص هستند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	خط مشی و روش مربوطه	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۴-۲ و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند		
	ج	در بیمارستان	ز	۵ مورد	ل	در این بخش	یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد		
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۵ مورد			
			ط						

تذکر: این استاندارد توسط ارزیابی که مسئول ارزیابی واحد مهندسی پزشکی یا تاسیسات است ارزیابی می‌شود.

۸-۳) فضای تفکیک شده برای آماده‌سازی و ریکاوری بیماران در بخش وجود دارد.

سنجه. بخش تصویربرداری فضای جداگانه‌ای برای آماده‌سازی و ریکاوری بیمارانی که نیازمند بیهوشی و آرام‌بخشی (sedation)، مراقبت بعد از انجام تصویربرداری‌های مداخله‌ای و یا آمادگی‌های لازم قبل از انجام تصویربرداری‌های مداخله‌ای بوده‌اند را ایجاد نموده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف		ه	فضای جداگانه ای برای آماده سازی بیماران با مشخصات مندرج در سنجه	ی				
	ب		و		ک	فضای مذکور وجود ندارد		فضای مذکور وجود دارد	
	ج		ز		ل				در بیمارستان‌های که اعمال تهاجمی و پرخطر انجام نمی‌شود
	د		ح		م				
				ط					

۸-۴) فضای نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.

سنجه. فضای نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف		ه	فضای نگه داری وسایل تمیز	ی				
	ب		و	در این بخش	ک				شرایط بند «ح» رعایت نشده
	ج		ز		ل				و فضای جداگانه‌ای برای نگهداری وسایل تمیز در این بخش در نظر گرفته شده است
	د		ح	وسایل و ابزار کثیف در مجاورت فضای تمیز، نگهداری نمی‌شوند	م				حتی فضای جداگانه‌ای* هم برای نگهداری وسایل تمیز در این بخش در نظر گرفته نشده است
				ط					

*تذکر: مانند کم‌دی که ملحفه‌ها و وسایل تمیز در آن قرار گرفته‌اند.

۸-۵) اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.

سنجه. شواهد نشان می‌دهند اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
	اتاق نگهداری وسایل کثیف در این بخش موجود است		اتاق نگهداری وسایل کثیف در این بخش موجود نیست		ی	اتاق نگهداری وسایل کثیف	ه		الف	
				ک	در این بخش	و	ب			
				ل		ز	ج			
				م		ح	د			
						ط				

۸-۶) کارکنان، امکانات لازم برای انجام وظایف مشخص شده را، در اختیار دارند.

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند بخش تصویربرداری تمامی فرآیندهای بالینی و غیربالینی خود را جهت دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تامین ایمنی بیمار و کارکنان و چک لیست کنترلی آن را مشخص کرده است.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
	مستندات بند «الف» موجود و کامل است	مستندات بند «الف» اما کامل نیست و تمام موضوعات مندرج در سنجه در آن دیده نشده است	مستندات بند «الف» موجود نیست		ی		ه	فهرست و فلوجارت فرآیندهای بالینی و غیر بالینی این واحد و چک لیست کنترلی	الف	۱
				ک		و	ب			
				ل		ز	ج			
				م		ح	د			
						ط				

سنجه ۲. تجهیزات و امکانات براساس چک لیست موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.ا	۲	۱
۲	الف	چک لیست تکمیل شده	ه	تجهیزات و امکانات براساس چک لیست	ی	۰-۱ مورد موجود و آماده به کار باشد	۲-۳ مورد موجود و آماده به کار باشد	۴-۵ مورد موجود و آماده به کار باشد	
	ب	در فواصل زمانی تعیین شده	و	در این واحد	ک				
	ج	در این بخش	ز	۵ مورد با اولویت امکانات و تجهیزات ضروری	ل				
	د		ح	کنترل سالم و آماده به کار بودن	م				
			ط						

۷-۸) دسترسی به بخش تصویربرداری، کنترل شده و دارای علائم و نشانه‌هایی به منظور مشخص نمودن بخش مورد نظر از سایر بخش‌ها است.

سنجه ۱. بیمارستان شرایطی را فراهم نموده که منطقه مراقبت از بیماران این بخش دارای فضای فیزیکی مشخص و مجزا از سایر بخش‌ها است و به‌عنوان گذرگاهی جهت دسترسی به سایر بخش‌ها و قسمت‌های بیمارستان استفاده نمی‌گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.ا	۲	۱
۱	الف		ه	فضای بخش تصویربرداری	ی	شرایط مندرج در سنجه فراهم نیست	شرایط مندرج در سنجه فراهم است		
	ب		و		ک				
	ج		ز		ل				
	د		ح	شرایط مندرج در سنجه	م				
			ط						

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. بخش تصویربرداری دارای علائم تصویری و نوشتاری هشدار دهنده در خصوص مخاطرات خاص این بخش به ویژه در مورد گروه‌های پرخطر همچون خانم‌های باردار است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۲	الف		ه	علائم تصویری و نوشتاری هشدار دهنده	ی					
	ب		و		ک					
	ج		ز	مخاطرات بخش رادیولوژی با تاکید ویژه برای گروه‌های پرخطر همچون خانم‌های باردار	ل	علائم تصویری و نوشتاری هشدار دهنده وجود ندارد	علائم تصویری و نوشتاری هشدار دهنده وجود دارد ولی بر روی گروه‌های پرخطر همچون خانم‌های باردار تاکید نشده است	علائم تصویری و نوشتاری هشدار دهنده وجود دارد و بر روی گروه‌های پرخطر همچون خانم‌های باردار تاکید شده است		
	د		ح		م					
			ط							

۸-۸) دیوارها، درها و اتاق‌های کنترل محافظت شده‌اند و به صورت منظم کنترل، ثبت و مستند می‌شود (از لحاظ سنجش میزان اشعه)

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند این بخش مجوز معتبر نصب و کار با اشعه که هر سه سال یکبار تمدید شده است را دارد. (ضوابط دریافت مجوز کار با اشعه در مراکز پرتودرمانی به شماره شناسه^۵ INRARPIREO سازمان انرژی اتمی).

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۱	الف	مجوز مذکور	ه		ی					
	ب	معتبر و تمدید شده صادره از سازمان انرژی اتمی	و		ک					
	ج	در این بخش	ز		ل	مجوز معتبر و تمدید شده مذکور را ندارد	مجوز معتبر و تمدید شده مذکور را دارد			
	د		ح		م					
			ط							

سنجه ۲. مستندات نشان می‌دهند این بخش دارای تاییدیه کنترل کیفی دستگاه‌های پرتوتشخیصی که حداقل سالانه توسط شرکت‌های خصوصی مورد تایید سازمان انرژی اتمی ازایه می‌گردد، است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۲	الف	تاییدیه کنترل کیفی دستگاه‌های پرتوتشخیصی	ه		ی	تاییدیه مذکور را ندارد	تاییدیه مذکور را دارد و تاییدیه تمدید سالانه شده است	۱	۰	
	ب	تمدید سالانه	و		ک	یا				
	ج	این بخش	ز		ل	تاییدیه تمدید سالانه ندارد				
	د		ح		م					
			ط							

سنجه ۳. مستندات بازدید حداقل هر ۶ ماه یکبار کارشناس بهداشت پرتوهای معاونت بهداشتی دانشگاه در بخش تصویربرداری وجود دارد. (مطابق نامه شماره ۳۰۶/۷۷۹ مورخ ۹۱/۱/۲۸ مرکز سلامت محیط و کار)

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۳	الف	مستندات بازدید هر ۶ ماه یکبار کارشناس بهداشت پرتوهای معاونت بهداشتی دانشگاه	ه		ی	مستندات هر ۶ ماه یکبار بازدیدهای مذکور در این بخش موجود نیست	مستندات هر ۶ ماه یکبار بازدیدهای مذکور در این بخش موجود است	۱	۰	
	ب	مطابق بخش نامه	و		ک					
	ج	این بخش	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۴. اصلاحات مورد نیاز براساس آخرین بازدید کارشناس بهداشت پرتوها طبق مهلت داده شده در مرکز انجام شده است (مطابق نامه شماره ۳۰۶/۷۷۹ مورخ ۹۱/۱/۲۸ مرکز سلامت محیط و کار).

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۴	الف	مستندات تاییدیه انجام اصلاحات انجام شده در مهلت مقرر به تایید کارشناس بهداشت پرتوهای معاونت بهداشتی دانشگاه	ه		ی	مستندات مذکور با کلیه مشخصات خواسته شده موجود نیست			مستندات مذکور با کلیه مشخصات خواسته شده موجود است
	ب	مطابق بخش نامه	و		ک				
	ج	این بخش	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

۸-۹) درقسمت اتاق تاریکخانه / تهیه فیلم، یک هواکش برای تهویه هوا وجود دارد.

سنجه. شواهد نشان می دهند درقسمت اتاق تاریکخانه/تهیه فیلم، یک هواکش برای تهویه هوا وجود دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف		ه	هواکش / تهویه	ی	هواکش / تهویه درقسمت اتاق تاریکخانه وجود ندارد			هواکش / تهویه درقسمت اتاق تاریکخانه وجود دارد
	ب		و	تاریکخانه/تهیه فیلم	ک				
	ج		ز		ل				
	د		ح	صحت عملکرد آن	م				
			ط						

۸-۱۰) چراغ‌های هشداردهنده در بالای درب ورودی اتاق‌های تصویربرداری وجود دارد.

سنجه. شواهد نشان می‌دهند چراغ‌های هشداردهنده در بالای درب ورودی اتاق‌های تصویربرداری وجود دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف		ه	چراغ‌های هشدار دهنده	ی				
	ب		و	بالای درب ورودی اتاق‌های تصویربرداری	ک				در بالای درب ورودی تمام اتاق‌های تصویربرداری چراغ‌های هشدار دهنده وجود داشته باشد
	ج		ز		ل				حتی اگر در بالای درب ورودی یکی از اتاق‌های تصویربرداری چراغ‌های هشدار دهنده وجود نداشته باشد
	د		ح		م				
				ط					

۸-۱۱) چراغ‌های هشداردهنده بالای درب ورودی اتاق‌های تصویربرداری، هماهنگ با تابش دستگاهها عمل می‌نمایند.

سنجه. شواهد نشان می‌دهند چراغ‌های هشداردهنده در بالای درب ورودی اتاق‌های تصویربرداری هماهنگ با تابش دستگاهها عمل می‌کنند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف		ه	عملکرد صحیح چراغ‌های هشدار دهنده	ی				
	ب		و	بالای درب ورودی اتاق‌های تصویربرداری	ک				در بالای درب ورودی تمام اتاق‌های تصویر برداری چراغ‌های هشدار دهنده هماهنگ با تابش دستگاهها عمل می‌نمایند
	ج		ز	در تمام اتاق‌های تصویربرداری	ل				حتی در بالای درب ورودی یکی از اتاق‌های تصویربرداری چراغ‌های هشدار دهنده هماهنگ با تابش دستگاهها عمل نمی‌نمایند
	د		ح	در خواست انجام یک اکسپوز و مشاهده عملکرد چراغ هشدار دهنده	م				
				ط					

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۸-۱۲) شواهد پایش منظم و ثبت سطوح پرتو گیری برای پزشکان و کارکنان شامل آزمایش خون ۶ ماهه و عکس قفسه صدری سالیانه وجود دارد.

سنجه ۱. مستندات نشان می دهند که میزان پرتو گیری ثبت شده، از میزان مجاز در آیین نامه اجرائی قانون حفاظت در برابر اشعه تجاوز نمی کند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۱	الف	مستندات کنترل میزان دریافت اشعه توسط مراجع ذی صلاح	ه		ی	مستندات بند «الف» موجود نباشد			مستندات بند «الف» موجود باشد	
	ب		و		ک	یا			و	
	ج	این بخش	ز		ل	اقدامات لازم در خصوص مواردی که بیش از حد مجاز گزارش شده اند، انجام شده باشد			اقدامات لازم در خصوص مواردی که بیش از حد مجاز گزارش شده اند، انجام شده باشد	
	د		ح		م					
				ط						

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می دهند آزمایشات پزشکی شامل آزمایش خون مطابق دستورالعمل معاینه و آزمایشهای پزشکی کارکنان مراکز با پرتو برای پزشکان و کارکنان انجام می پذیرد و عکس قفسه صدری و سایر آزمایشات براساس صلاح دید پزشک انجام می شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۲	الف	مستندات آزمایشات و بررسی های انجام شده	ه		ی	حتی در یک مورد آزمایشات پزشکی مطابق دستورالعمل انجام نشده است			در تمام موارد آزمایشات پزشکی مطابق دستورالعمل انجام شده است	
	ب		و		ک					
	ج	در پرونده بهداشتی کارکنان این بخش	ز		ل					
	د	۵ پرونده	ح		م					
				ط						

منابع

1. Joint Commission International; Accreditation Standards For Hospital ; Fourth Edition; 2010.
2. Tehewy M, Hussaainy N, Kassous SA, et al. (Arab work team of experts). Arab Accreditation tool for Healthcare Organization.2008 .
3. Ravaghi H, Sadat SM, Mostofian F, Vazirian S, Heydarpoor p, translators. Assessment of Patient Safety in Hospitals: a manual for evaluation. Ministry of health and medical education of Iran, Medical affairs deputy, Hospital management and clinical excellence office. 2nd edition; 2012.
4. Un Resident Coordinator System In Lebanon; Hospital Accreditation Standards ; 2009.
5. United States Agency International Development; Egyptian Hospital Accreditation Program: Standards; 2006.
6. Direction De l Amelioration De La Qualite Et De La Securite Des Soins; Manuel De Certification Des Etablissements De Santé ; V2010, November 2008
7. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards In Malaysia ; 2003.
8. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards In Malaysia ; 5 March; 2011.
9. Comprehensive accreditation manual for hospital (CAMH); 2012
10. Joint Commission On The Accreditation Of Healthcare Organizations (JCAHO); Hospital Accreditation Standards: Accreditation Policies, Standards, Elements Of Performance (HAS) ;2010 Edition.
11. Evidence And Information For Policy Department Of Health Service Provision(OSD), World Health Organization. Quality And Accreditation In Health Care Service, Switzerland ; Geneva;2003 .
12. Anne L. Rooney; Paul R. Van Ostenberg. Licensure; Accreditation, And Certification: Approaches To Health Service Quality ; Center For Human Services (CHS); 1999.
13. Cerqueira, Marcos; A Literature Review On The Benefits; Challenges And Trends In Accreditation As A Quality Assurance System ; Ministry Of Children And Family Development Contact, P:1-66.