

فهرست

صفحه	عنوان
۲.....	پزشک واحد
۳.....	سوپروایزر واحد
۵.....	خط مشی ها و روش ها.....
۲۱.....	امکانات و ملزومات

واحد کنترل عفونت

۱) پزشک کنترل عفونت

۱-۱) شرایط احراز پزشک کنترل عفونت، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:

۱-۱-۱) دارا بودن مدرک دکترای تخصصی عفونی

۱-۱-۲) دارا بودن مدرک دکترای تخصصی داخلی

۱-۱-۳) دارا بودن مدرک دکترای تخصصی علوم آزمایشگاهی یا متخصص علوم آزمایشگاهی

۱-۱-۴) دارا بودن مدرک دکترای تخصصی پاتولوژی یا میکروبیولوژی یا اپیدمیولوژی

سنجه. فردی واجد معلومات و تجربیات منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده به عنوان پزشک کنترل عفونت، طی حکمی از سوی رییس بیمارستان یا مسئول پست متناظر* آن انتخاب شده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز
	الف	موارد مندرج در متن استاندارد	ه		ی		دارا بودن مدرک دکترای تخصصی عفونی (۶ امتیاز)
	ب		و		ک		دارا بودن مدرک دکترای تخصصی داخلی (۴ امتیاز)
	ج	در پرونده پرسنلی رییس واحد	ز		ل		دارا بودن مدرک دکترای علوم آزمایشگاهی یا متخصص علوم آزمایشگاهی (۳ امتیاز)
	د		ح		م		دارا بودن مدرک دکترای تخصصی پاتولوژی یا میکروبیولوژی یا اپیدمیولوژی (۲ امتیاز)
			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.

سنجه ۲. پزشک کنترل عفونت به صورت تمام وقت در این پست فعالیت می کند.*

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۲	الف	حکم انتصاب پزشک کنترل عفونت	ه		ی				
	ب	با امضای رییس بیمارستان و به صورت تمام وقت	و		ک	حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود نباشد			
	ج		ز		ل	حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود باشد			
	د		ح		م				
			ط						

*براساس بخش نامه شماره ۳۰۰/۸۶۷۸ د مورخ ۱۳۹۳/۶/۱۹

۲) سوپروایزر کنترل عفونت

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

۱-۲-۱) دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد پرستاری با گرایش آموزشی و گذراندن دوره های آموزشی کنترل عفونت بیمارستانی و حداقل سه سال سابقه کار در بخش های بالینی

۱-۲-۲) دارا بودن مدرک کارشناسی پرستاری و گذراندن دوره های آموزشی کنترل عفونت بیمارستانی و حداقل پنج سال سابقه کار در بخش های بالینی بیمارستان

سنجه ۱. فردی واجد معلومات و تجربیات منطبق با ارجحیت های تعیین شده به عنوان سوپروایزر* کنترل عفونت طی حکمی از سوی رییس بیمارستان یا مسئول پست* متناظر آن انتخاب شده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۱	الف	موارد مندرج در متن استاندارد	ه		ی	در صورتی که سوپروایزر واحد حکم مکتوب با امضا رییس بیمارستان را نداشته باشد هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی گیرد و در صورتی که حکم وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می شود:			
	ب		و		ک	- دارا بودن مدرک کارشناسی پرستاری با گرایش آموزشی (۲ امتیاز)			
	ج	در پرونده پرسنلی سوپروایزر واحد	ز		ل	- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری (۱/۵ امتیاز)			
	د		ح		م	- مدارک گذراندن دوره های آموزشی کنترل عفونت بیمارستانی (۰/۵ امتیاز)			
			ط			- سابقه کار ۳ سال در واحد کنترل عفونت (۰/۵ امتیاز)			

*براساس بخش نامه شماره ۵۰۳/۸۷۶۸ د مورخ ۳۹۳۱/۶/۹۱

واحد کنترل عفونت

سنجه ۲. سوپروایزر کنترل عفونت به صورت تمام وقت در این پست فعالیت می کند.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.ا	۲	۱	۰							
	حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود باشد و منحصر پرستار کنترل عفونت باشد.		حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود نباشد یا در بخش بالینی انجام وظیفه نماید		ی		ه	حکم انتصاب سوپروایزر	الف	۲
					ک		و	با امضای رییس بیمارستان و به صورت تمام وقت	ب	
					ل		ز		ج	
					م		ح		د	
							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.

۳) خط مشی‌ها و روش‌ها

۳-۱) کتابچه/مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها در بیمارستان وجود دارد و کارکنان این واحد و رابطین کنترل عفونت به موضوعات مربوط به خود، دسترسی دارند:

۳-۱-۱) خط مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواختی هستند.

۳-۱-۲) خط مشی‌ها و روش‌ها به طور منظم بازنگری می‌شوند.

۳-۱-۳) خط مشی‌ها به روشنی مشخص هستند.

۳-۱-۴) روش‌ها به روشنی مشخص هستند.

۳-۱-۵) کتابچه/مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.

۳-۱-۶) کتابچه/مجموعه دارای نمایه مشخص است.

سنجه. کتابچه/مجموعه (کاغذی/الکترونیکی)* خط مشی‌ها و روش‌ها با مشخصات مندرج در استاندارد ۳-۱ 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
	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 در استاندارد ۳-۱ 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 این واحد	ز		ل	در این واحد	۰-۱ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند	۲-۳ 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
	د		ح		م	۵ نفر			
			ط						

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

**تذکر: منظور کتابچه/مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها ی بیمارستان است که به شکل کاغذی/الکترونیک 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.

۳-۲) 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 مثلا 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 دسته بندی و قابل شناسایی نماید که می‌تواند مجموعه‌ای 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 ندوین 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 پاسخ‌گویی 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 و ۴... نوشته شود و لازم است ذکر شود که مراحل مختلف کار توسط چه افرادی انجام می‌شود تا کارکنان در زمان اجرا دچار ابهام نشوند مگر آن که چند مرحله پشت سر هم توسط یک فرد انجام می‌شود 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 تهیه‌کنندگان، 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 می‌شود، تجربه بیمارستان).
 - استفاده از فونت، اندازه و فرمت یکسان برای نوشتن خط مشی‌ها و روش‌های بخش‌ها و واحدهای مختلف (به‌عنوان 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 می‌تواند، مشخصات مشترک را در ابتدای کتابچه بیاورد. به‌عنوان 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 تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش‌های یک بخش یا واحد یک گروه ثابت هستند، می‌تواند یک‌بار در ابتدای آن بخش و واحد فهرست آن‌ها را آورد و لازم نیست برای هر بخش و واحد آن را تکرار کرد.
- **تذکر: تایید کننده یا تاییدکنندگان (می‌تواند 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 این‌که اولویت با مجموعه خط مشی‌ها و روش‌های الکترونیک است، برای امضای افراد در جدول اسامی تهیه‌کنندگان، تاییدکننده و ابلاغ کننده، اسکن امضا یا امضای الکترونیک افراد کفایت می‌نماید.

۳-۲-۱) مراقبت از بیماران درمقابل عفونت‌های بیمارستانی

سنجه. خط مشی و روش مراقبت از بیماران درمقابل عفونت‌های بیمارستانی، 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	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 نباشند یا 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	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ 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 ۳-۲-۱	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ 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	یا ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و 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
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان			
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد			
			ط						

* تذکر: به‌عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

۳-۲-۲) مراقبت از کارکنان درمقابل عفونت‌های بیمارستانی و ارتقای مهارت‌های آنان در راستای محافظت از خود شامل پیشگیری از عفونت‌های منتقله از راه خون درمیان کارکنان بیمارستان و دفع صحیح اجسام تیز و برنده

سنجه. خط مشی و روش مراقبت از کارکنان درمقابل عفونت‌های بیمارستانی و ارتقای مهارت‌های آنان در راستای محافظت از خود شامل پیشگیری از عفونت‌های منتقله از راه خون درمیان کارکنان بیمارستان و دفع صحیح اجسام تیز و برنده 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	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف	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 ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ 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 ۳-۲-۲	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ 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 بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان			
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد			
			ط						

۳-۲-۳ رعایت موارد مرتبط با کنترل عفونت در نگهداری و مراقبت اقلام پارچه‌ای

سنجه. خط مشی و روش رعایت موارد مرتبط با کنترل عفونت در نگهداری و مراقبت اقلام پارچه ایبا 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.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	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 ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۱۰-۷ 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 ۳-۲-۳	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ 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 بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د			ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد			
			ط							

۳-۲-۴) نظارت بر رعایت موازین کنترل عفونت در دفع پسماندها (عفونی، خون و مایعات بدن و....)

سنجه. خط مشی و روش نظارت بر رعایت موازین کنترل عفونت در دفع پسماندها (عفونی، خون و مایعات بدن و....) 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.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 خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا امکانات موجود باشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۱۰-۷ 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.۱	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۳-۲-۴	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۶-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد			
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	در بیمارستان	ل		۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد		
	د			ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد		
				ط				یا نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد		

۳-۲-۵) مدیریت و حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی در برابر عفونت‌ها

سنجه. خط مشی و روش مدیریت و حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی در برابر عفونت‌ها 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.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	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	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ 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 ۳-۲-۵	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ 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 بیمارستان	ز	۱۰ مورد	در بیمارستان	ل		یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ 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	۱۰ مورد			
			ط							

۳-۲-۶) پیشگیری از عفونت محل جراحی یا محل نمونه برداری

سنجه. خط مشی و روش پیشگیری از عفونت محل جراحی یا محل نمونه برداری 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	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۲ 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 ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ 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 ۳-۲-۶	و		ک	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ 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 بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د			ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد			
			ط							

۳-۲-۷) خط مشی ایزولاسیون، شامل اداره و گزارش بیمارانی با بیماری‌های واگیر احتمالی و نظارت بر استاندارد بودن شرایط اتاق‌های ایزوله عفونی بیمارستان

سنجه. خط مشی و روش ایزولاسیون، شامل اداره و گزارش بیمارانی با بیماری‌های واگیر احتمالی و نظارت بر استاندارد بودن شرایط اتاق‌های ایزوله عفونی بیمارستان 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.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	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود باشند یا مستندات موجود نباشند	بخشی از مستندات موجود باشند یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	غ.ق.۱	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۳-۲-۷	و		ک	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	بخشی از امکانات موجود باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و نشانگر تطابق عملکرد باشد		
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان	۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا	بخشی از امکانات موجود باشد یا نشانگر تطابق عملکرد باشد	۷-۱۰ 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		
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد	یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	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			
				ط							

۳-۲-۸) پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی، ایجاد شده باشد.

سنجه. خط مشی و روش پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی، ایجاد شده باشد 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 عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف	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	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۱۰-۷ 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 ۳-۲-۸	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ 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 بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د			ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد			
			ط							

۳-۲-۹) اقدامات درمانی و اسکوپ‌های مربوط به بیمار(مانند کاتتریزاسیون ورید مرکزی و کاتترهای ادراری)

سنجه. خط مشی و روش اقدامات درمانی و اسکوپ‌های مربوط به بیمار(مانند کاتتریزاسیون ورید مرکزی و کاتترهای ادراری) 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	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا امکانات موجود باشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ 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.۱
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۳-۲-۹	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان	۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد	
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ 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	
			ط						

۳-۲-۱۱) نظارت بر به‌کارگیری ضدعفونی‌کننده‌ها و گندزداها

سنجه. خط مشی و روش نظارت بر به‌کارگیری ضدعفونی‌کننده‌ها و گندزداها 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 بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ 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	غ.ق.ا	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۳-۲-۱۱	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد	یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ 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	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان				
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد				
				ط						

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۳-۲-۱۲) تهیه کشت و دوره انجام آن در قالب نظام مراقبت و مصوبات کمیته‌ی کنترل عفونت بیمارستان (مناطقى چون اتاق‌های عمل، اتاق‌های نوزادان، بخش‌های مراقبت ویژه و غیره)

سنجه. خط مشی و روش تهیه کشت و دوره انجام آن در قالب نظام مراقبت و مصوبات کمیته‌ی کنترل عفونت بیمارستان (مناطقى چون اتاق‌های عمل، اتاق‌های نوزادان، بخش‌های مراقبت ویژه و غیره) 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 عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	۱	بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	۲	غ.ق.ا	
	ب	حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۳-۲-۱۲	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک		۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد	۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	۳	مستنداتی که در روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۲	غ.ق.ا
	ج	در بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان	۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستنداتی که در روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد	۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد	۳	مستنداتی که در روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۲	غ.ق.ا
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد	یا مستنداتی که در روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	یا مستنداتی که در روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	یا مستنداتی که در روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۳	مستنداتی که در روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۲	غ.ق.ا
			ط				مستنداتی که در روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	یا مستنداتی که در روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	یا مستنداتی که در روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۳	مستنداتی که در روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	۲	غ.ق.ا

۳-۲-۱۳) رعایت نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی (جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل داده، ارائه‌ی پس‌خوراند، طراحی مداخلات و اجرای آن‌ها در قالب برنامه‌ها و طرح‌های عملیاتی زمان‌بندی شده)

سنجه. خط مشی و روش رعایت نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی (جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل داده، ارائه‌ی پس‌خوراند، طراحی مداخلات و اجرای آن‌ها در قالب برنامه‌ها و طرح‌های عملیاتی زمان‌بندی شده) 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 عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	بخشی از مستندات موجود نباشند یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود نباشند یا ۰-۲ 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 ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ 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 ۳-۲-۱۳	و	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	ک	۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا ۳-۶ 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 بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در بیمارستان	یا			
	د			ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ مورد			
			ط							

توجه: ارزیابان محترم در بررسی خط مشی‌ها و روش‌های کنترل عفونت دقت نمایند که ۳ تذکر ذیل رعایت شده باشد.

تذکر ۱: در تدوین خط مشی‌ها و روش‌های مذکور حتماً از کتاب نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی وزارت متبوع استفاده شود.

تذکر ۲: در تدوین خط مشی و روش مربوط به تهیه کشت، باید دقت شود که تهیه ماهانه کشت روتین از منابع مختلف توصیه نمی‌شود اما در مواقع بروز طغیان عفونت بیمارستانی، نمونه‌برداری هدف‌دار از منابع مشکوک باید انجام گیرد.

تذکر ۳: لازم است برای جمع‌آوری و تجزیه تحلیل داده‌های مرتبط با نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی از نرم افزار ارائه شده توسط مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت متبوع استفاده شود.

۴) امکانات و ملزومات

۴-۱) تمام دستشویی‌ها مجهز به صابون مایع، حوله، کاغذی و سطل‌های آشغال پدال دار است.

سنجه. شواهد نشان می‌دهند تمام دستشویی‌ها مجهز به صابون مایع، حوله ی کاغذی و سطل‌های آشغال پدال دار است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.۱	۲	۱
	الف		ه	امکانات موجود در سنجه موجود است	ی	کارکنان، بیماران و همراهان	براساس مشاهدات در ۰-۲ مورد امکانات مندرج در سنجه موجود باشند یا ۰-۲ نفر پاسخ مثبت بدهند	براساس مشاهدات در ۳-۶ مورد امکانات مندرج در سنجه موجود باشند یا ۳-۶ نفر پاسخ مثبت بدهند	براساس مشاهدات در ۷-۱۰ مورد امکانات مندرج در سنجه موجود باشند و ۷-۱۰ نفر پاسخ مثبت بدهند
	ب		و	در قسمت‌های مختلف بیمارستان	ک	آیا امکانات موجود در سنجه در دسترس شما هست؟			
	ج		ز	۱۰ مورد	ل	در قسمت‌های مختلف بیمارستان			
	د		ح	مشاهده مستقیم	م	۱۰ نفر			
				ط					

۴-۲) دستکش‌ها، ماسک‌ها، حفاظ‌های چشم و سایر تجهیزات حفاظتی، صابون و ضد عفونی کننده‌ها، در دسترس بوده و در زمانی که نیاز می‌باشد، به‌طور صحیح مورد استفاده قرار می‌گیرند.

سنجه ۱. دستکش‌ها، ماسک‌ها، حفاظ‌های چشم و سایر تجهیزات حفاظتی، صابون و ضد عفونی کننده‌ها، در دسترس است و راهنماهای تصویری برای مشخص کردن موارد استفاده و روش صحیح به‌کارگیری موارد مندرج در استاندارد حداقل بر روی دیوار راهرو بخش‌ها و واحدهای مرتبط نصب شده است و تمام افرادی که با بیمار تماس دارند (شامل: پزشکان، پرستاران، دانشجویان، خدمه، همراهان، ملاقات کنندگان و...) از وسایل حفاظتی مندرج در استاندارد، در زمان مورد نیاز و به‌طور صحیح استفاده می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۱	الف	راهنماهای تصویری	ه	امکانات موجود در سنجه در دسترس می باشد نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی	ی	کارکنان بیمارستان	براساس مشاهدات در ۳-۶ مورد امکانات مندرج در سنجه در دسترس باشند	یا	براساس مشاهدات در ۷-۱۰ مورد امکانات مندرج در سنجه در دسترس باشند	و
	ب	مشخص کردن موارد استفاده و روش صحیح به کارگیری موارد مندرج در استاندارد	و	در قسمت‌های مختلف بیمارستان	ک	در خصوص دسترسی به امکانات مندرج در سنجه	و	۳-۶ نفر پاسخ مثبت بدهند	یا	۷-۱۰ نفر پاسخ مثبت بدهند
	ج	در قسمت‌های مختلف بیمارستان	ز	۱۰ مورد	ل	در قسمت‌های مختلف بیمارستان	یا	راهنمای تصویری شامل تمام مندرجات بند «ب» در ۳-۶ مورد موجود است	یا	راهنمای تصویری شامل تمام مندرجات بند «ب» در ۷-۱۰ مورد موجود است
	د	۱۰ مورد	ح	مشاهده مستقیم و غیرمستقیم	م	۱۰ نفر	یا	۰-۲ نفر پاسخ مثبت بدهند		
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. تمام افرادی که با بیمار تماس دارند (شامل پزشکان، پرستاران، دانشجویان، خدمه، همراهان، ملاقات کنندگان و...) از وسایل حفاظتی مندرج در استاندارد، صابون و ضدعفونی کننده‌ها در زمان مورد نیاز و به طور صحیح استفاده می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۲	الف		ه	نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی	ی				
	ب		و	در قسمت‌های مختلف بیمارستان	ک	در ۰-۲ مورد از وسایل حفاظت فردی به درستی و مطابق راهنمای تصویری استفاده می‌شود	در ۳-۶ مورد از وسایل حفاظت فردی به درستی و مطابق راهنمای تصویری استفاده می‌شود	در ۷-۱۰ مورد از وسایل حفاظت فردی به درستی و مطابق راهنمای تصویری استفاده می‌شود	
	ج		ز	۱۰ مورد	ل				
	د		ح	مستقیم و غیر مستقیم	م				
			ط						

۳-۴) جمع آوری منظم و تحلیل داده‌های نظام مراقبت عفونت‌های کسب شده از بیمارستان و اثربخشی برنامه

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته کنترل عفونت با مشارکت واحد کنترل عفونت داده‌های نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستان را به‌طور منظم جمع‌آوری و تحلیل کرده و اثر بخشی برنامه مذکور را می‌سنجد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	جمع‌آوری، تحلیل و اثر بخشی برنامه داده‌های عفونت بیمارستانی با استفاده از نرم افزار مراقبت عفونت‌های بیمارستانی ارائه شده از سوی مرکز مدیریت بیماری‌ها	ه	کارکنان و رابطین واحد کنترل عفونت	ی	جمع‌آوری، تحلیل و بررسی اثر بخشی داده‌های مذکور انجام می‌گیرد	جمع‌آوری، تحلیل و بررسی اثر بخشی داده‌های مذکور انجام می‌گیرد	جمع‌آوری، تحلیل و بررسی اثر بخشی داده‌های مذکور انجام می‌گیرد	
	ب	به‌طور منظم و با مشارکت واحد کنترل عفونت بیمارستان	و	در خصوص همکاری و مشارکت شان با این کمیته	ک	انجام نمی‌گیرد یا	در فواصل منظم نیست	و	
	ج		ز		ل	۰-۱ نفر اظهار کنند که در این زمینه مشارکت داشته‌اند	یا	و	
	د		ح	۵ نفر	م		۲-۳ نفر اظهار کنند که در این زمینه مشارکت داشته‌اند	و	
			ط				۴-۵ نفر اظهار کنند که در این زمینه مشارکت داشته‌اند	و	

۴-۴) نظارت بر انتقال نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته کنترل عفونت با مشارکت واحد کنترل عفونت، نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه گزارش می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	مستندات ارایه نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه	ه		ی	مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه	نتایج به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه گزارش می‌شود	نتایج به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه گزارش می‌شود	نتایج به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها / واحدهای مربوطه / واحدهای مربوطه گزارش می‌شود	
	ب		و		ک	آیا نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی از طرف کمیته مربوطه به شما گزارش می‌شود	یا	اما	و	
	ج		ز		ل	۱-۰ نفر اظهار کنند که گزارش به آنان ارائه می‌شود	۲-۳ نفر اظهار کنند که گزارش به آنان ارائه می‌شود	۳-۴ نفر اظهار کنند که گزارش به آنان ارائه می‌شود	۴-۵ نفر اظهار کنند که گزارش به آنان ارائه می‌شود	
	د		ح		م	۵ نفر از مسئولین				
				ط						

۴-۵) گزارش عفونت‌های بیمارستانی به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان (در چارچوب قوانین و مقررات)

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که کمیته کنترل عفونت، گزارش وضعیت عفونت‌های بیمارستانی را به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان مطابق با قوانین و مقررات ارائه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	فهرست سازمان‌هایی که نتایج عفونت‌های بیمارستانی باید به آن‌ها گزارش شود با ذکر فواصل زمانی مربوطه و مستندات ارایه گزارش عفونت‌های بیمارستانی به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان	ه		ی	فهرست مذکور موجود است یا گزارش به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان انجام نمی‌شود	فهرست مذکور موجود است اما گزارش به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان در فواصل زمانی تعیین شده انجام نمی‌شود	فهرست مذکور موجود است و گزارش به سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان در فواصل زمانی تعیین شده انجام می‌شود	
	ب		و		ک				
	ج		ز		ل				
	د		ح		م				
				ط					

۴-۶) گزارش بیماری‌های واگیر، غیرواگیر و موارد جدید، مطابق دستورالعمل وزارت متبوع

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کمیته کنترل عفونت، با مشارکت واحد کنترل عفونت مواردی که گزارش بیماری‌های واگیر و غیرواگیر مطابق مقررات الزامی شده است را شناسایی نموده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
	الف	فهرست بیماری‌هایی که باید گزارش شود با ذکر نام سازمان‌های مربوطه و فواصل زمانی و مستندات گزارش بیماری‌های واگیر و غیرواگیر	ه		ی		فهرست موجود است	فهرست موجود است اما	فهرست موجود است و گزارش تمام بیماری واگیر و غیرواگیر در فواصل زمانی تعیین شده انجام می‌شود
	ب		و		ک		فهرست موجود نیست یا	گزارش برخی از بیماری واگیر و غیرواگیر در فواصل زمانی تعیین شده انجام می‌شود	گزارش هیچ بیماری واگیر و غیرواگیر انجام نمی‌شود
	ج		ز		ل				
	د		ح		م				
				ط					

۷-۴) یک ممیزی مستند سالیانه کنترل عفونت شامل حداقل موارد ذیل، موجود است:

۱-۷-۴) تقویم سالیانه برای تاریخ مقرر انجام فعالیتها

۲-۷-۴) برنامه ی فعالیت‌های اختصاصی برای هر بخش / واحد

۳-۷-۴) نتایج به دست آمده در هر فعالیت

۴-۷-۴) شواهد مداخله‌ی مؤثر در خصوص پاتوژن‌ها و پیروژن‌ها

۵-۷-۴) ثبت مداخلات متعاقب یافته‌ها

۶-۷-۴) آزمایش‌های پی‌گیری و کنترل مجدد

سنجه. برنامه ممیزی مستند براساس زمان بندی ارائه شده در برنامه عملیاتی کنترل عفونت حداقل به صورت سالانه برای اطمینان از رعایت موارد مندرج در استاندارد ۷-۴ وجود دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	برنامه ممیزی و مستندات انجام آن	ه		ی	کارکنان مرتبط براساس برنامه ممیزی	برنامه ممیزی وجود ندارد یا اظهارات ۲-۰ نفر براساس برنامه است	برنامه ممیزی وجود دارد اما حاوی بخشی از موارد مندرج در استاندارد است یا اظهارات ۳-۶ نفر براساس برنامه است	برنامه ممیزی وجود دارد و حاوی تمامی موارد مندرج در استاندارد است و اظهارات ۷-۱۰ نفر براساس برنامه است	
	ب	حاوی موارد مندرج در استاندارد ۷-۴	و		ک	در خصوص اجرای برنامه براساس وظیفه محول شده به آنان در برنامه				
	ج	این واحد	ز		ل	در قسمت‌های مختلف بیمارستان				
	د		ح		م	۱۰ نفر				
			ط							

۴-۸) کمیته کنترل عفونت بیمارستانی حداقل یکبار در ماه با ریاست رییس بیمارستان تشکیل جلسه می‌دهد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند کمیته کنترل عفونت بیمارستانی حداقل یکبار در ماه با ریاست رییس بیمارستان تشکیل جلسه می‌دهد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.ا	۲	۱
	الف	صورت‌جلسات کمیته کنترل عفونت بیمارستانی	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات براساس صورت‌جلسات موجود	کمیته کنترل عفونت بیمارستانی در بیمارستان تشکیل نمی‌شود یا ۱-۰ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته کنترل عفونت بیمارستانی در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل نمی‌شود یا ۳-۲ نفر آگاهی لازم را داشته باشند	کمیته کنترل عفونت بیمارستانی در فواصل زمانی ذکر شده تشکیل می‌شود و ۵-۴ نفر آگاهی لازم را داشته باشند
	ب	حداقل یکبار در ماه	و		ک	در خصوص موضوعات اصلی و مصوبات جلسات اخیر			
	ج	نزد دبیر این کمیته	ز		ل				
	د		ح		م	از ۵ نفر به صورت حضوری یا تلفنی			
			ط						

منابع

1. Joint Commission International; Accreditation Standards For Hospital ; Fourth Edition; 2010.
2. Tehewy M, Husaaainy 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 1 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.