



خط مشی و روش های اجرایی سبج های اعتبار بخشی آموزشی

مرکز آموزشی درمانی کودکان حضرت امام حسین (ع)

تاریخ آخرین بازنگری: مرداد ماه ۱۴۰۲

تاریخ ابلاغ: مرداد ماه ۱۴۰۲

بازنگری بعدی: مرداد ۱۴۰۳



فهرست

ردیف	موضوع خط مشی و روش اجرایی	محور	شماره صفحه
۱	ارزیابی و نظارت بر عملکرد سیستم آموزشی و پژوهشی و درمانی هیئت علمی	پایش و ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی	۳
۲	بازخورد نتایج ارزشیابی عملکرد <u>یاد دهی</u> در عرصه های دانش، توانمندی بالینی، مهارت‌های ارتباطی و رفتار حرفه ای	پایش و ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی	۶
۳	بازخورد نتایج ارزشیابی عملکرد <u>یاد گیری</u> در عرصه های دانش، توانمندی بالینی	پایش و ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی	۹
۴	توانمندسازی اعضای هیات علمی بر اساس اولویت ها و نیاز آموزشی بیمارستان	هیئت علمی	۱۲
۵	سیستم پایش حضور اعضای هیئت علمی پزشک	هیئت علمی	۱۴
۶	آموزش به بیمار توسط فراگیران در کلیه بخش های آموزش بالینی	برنامه ها و فرایندهای آموزشی	۱۶
۷	رعایت اخلاق حرفه ای و پزشکی توسط فراگیران	فراگیران	۲۰
۸	فرایند ثبت ، گزارش دهی و تحلیل خطای فراگیران	رعایت حقوق بیمار در فرایندهای آموزشی	۲۲



عنوان خط مشی و روش اجرایی: ارزیابی و نظارت بر عملکرد سیستم آموزشی و پژوهشی و درمانی هیئت علمی

شماره خط مشی و روش اجرایی: ۳/۱ / اعتباربخشی آموزشی (پایش و ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی)

تاریخ آخرین بازنگری: مرداد ماه ۱۴۰۲	تاریخ ابلاغ: مرداد ماه ۱۴۰۲	تاریخ بازنگری مجدد: مرداد ماه ۱۴۰۳
--	------------------------------------	---

بیانیه سیاست (خط مشی):

با توجه به اینکه ارتقای سطح دانش و مهارت‌های شغلی منابع انسانی در راستای انجام وظایف و مأموریت‌ها جهت دستیابی به اهداف موسسه ضروری است از این رو با هدف ایجاد وحدت رویه، نظارت و همسوسازی امور آموزش، پژوهش و درمان و توانمندسازی منابع انسانی سیاست‌های ذیل در این خط مشی تدوین گردیده است:

➤ دریافت برنامه آموزشی گروه‌های مختلف بالینی و برنامه حضور پزشکان در مرکز

➤ حضور پزشکان عضو هیات علمی در کشیک‌های مقیم و ویزیت بیماران

➤ سنجش عملکرد اعضای هیات علمی

دامنه: مدیریت و رهبری - معاون آموزشی - واحد EDO

ذینفعان: اساتید - فراگیران - بیماران

فرد پاسخگوی خط مشی: معاون آموزشی

روش نظارت بر اجرای خط مشی:

معاون آموزشی از طریق نظارت بر برنامه‌های آموزشی و دریافت گزارشات روسای بخش‌ها در خصوص وضعیت عملکرد آموزشی، پژوهشی و درمانی ایشان نسبت به حسن اجرای خط مشی ذیل اطمینان حاصل می‌نماید.

روش انجام کار:

۱- منشی گروه آموزشی برنامه حضور اساتید هیئت علمی گروه‌های مختلف درمانی را از دفتر گروه‌های آموزشی مربوطه در ابتدای هر ماه دریافت و بخش‌های بالینی تحویل می‌نماید.

۲- اساتید هیئت علمی گروه‌های مختلف درمانی در شیفت صبح طی راندهای آموزشی، آموزش‌های لازم را به فراگیران ارائه می‌نمایند.

۳- اساتید هیئت علمی گروه‌های مختلف درمانی در شیفت عصر و شب به صورت تلفنی به رزیدنت / فلوشیپ مربوطه آموزش‌های لازم را ارائه می‌نمایند و در صورت لزوم اتند آنکال (مطابق دستورالعمل آنکالی) در مرکز حضور می‌یابند.

- ۴- معاون آموزشی مرکز با همکاری حوزه مدیریت و روسای بخش های آموزشی در جلسات تیم مدیریت آموزشی پرسشنامه ای را جهت سنجش میزان رضایتمندی فراگیران (ابن ترن، رزیدنت، فلو) از عملکرد آموزشی اعضای هیات علمی تدوین و به تایید اعضای کمیته آموزش علوم پزشکی می رسانند.
- ۵- کارشناس خدمات آموزشی در دو بازه زمانی سال پرسشنامه مذکور را در اختیار آنان قرار داده و سپس نتایج مربوطه را جمع آوری می نماید.
- ۶- کارشناس خدمات آموزشی نتایج تحلیلی را از پرسشنامه های مذکور استخراج و جهت بهبود عملکرد اعضای هیات علمی به معاون آموزشی گزارش می نماید.
- ۷- معاون آموزشی مرکز با همکاری روسای بخش های آموزشی در جلسات تیم مدیریت آموزشی ضمن تجزیه و تحلیل نتایج رضایت سنجی فراگیران از عملکرد آموزشی اعضای هیات علمی و برنامه ریزی مداخلات اصلاحی/برنامه بهبود، گزارش عملکرد مربوطه را به ریاست و مدیر گروه آموزشی ارسال و بازخورد عملکرد را به استاد هیئت علمی مربوطه ارائه می نمایند.
- ۸- مدیر گروه آموزشی ضمن دریافت گزارش نتایج مربوطه، از نتایج بدست آمده جهت ارتقاء کیفیت برنامه آموزشی در دوره های بعدی استفاده می نماید.
- ۹- معاون آموزشی مرکز با توجه به دریافت گزارشات عملکرد آموزشی اساتید هیئت علمی نسبت به ارسال گزارش عملکرد به منظور اتخاذ تدابیر و اقدامات لازم به مدیر گروه آموزشی و ریاست مرکز اقدام می نماید.
- ۱۰- عملکرد آموزشی اعضای هیئت علمی در حیطه های دانش، توانمندی بالینی، مهارت های ارتباطی و رفتار حرفه ای توسط دانشگاه از طریق ارزیابی ۳۶۰ درجه (مطابق برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی) انجام می گردد.
- ۱۱- عملکرد درمانی اعضای هیئت علمی (مطابق برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی) انجام می گردد.
- ۱۲- عملکرد پژوهشی اعضای هیئت علمی (مطابق برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی) انجام می گردد.
- ۱۳- معاون پژوهشی مرکز با توجه به دریافت گزارشات عملکرد پژوهشی اساتید هیئت علمی نسبت به ارسال گزارش مربوطه به منظور اتخاذ تدابیر و اقدامات لازم (در جلسات تیم مدیریت آموزشی) به معاون آموزشی، مدیر گروه آموزشی و ریاست مرکز اقدام می نماید.
- ۱۴- ریاست مرکز از طریق دریافت گزارش شاخص های عملکردی رضایت سنجی بیمار/همراه در بازه زمانی هر فصل از عملکرد درمانی اساتید هیئت علمی اطلاع و ضمن بازخورد نتایج به ایشان در جلسات تیم مدیریتی اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود را برنامه ریزی و اجرا می نمایند.

منابع، تسهیلات، امکانات:

- برنامه مقیمی، آنکالی و مشاوره پزشکان
- گزارش عملکرد روسای بخش های آموزشی
- گزارش نتایج شاخص های عملکردی رضایت سنجی بیمار/همراه از خدمات پزشک

محل امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی	
	ریاست مرکز	دکتر مهرداد معمارزاده	تهیه کنندگان
	مدیر مرکز	دکتر مصطفی امینی	
	معاون آموزشی / دبیر کمیته آموزش علوم پزشکی	دکتر محمدعلی پورمیرزایی	
	مدیر گروه آموزشی	دکتر بهزاد شمس	
	معاون پژوهشی	دکتر سیلوا هوسپان	
	مدیر پرستاری مرکز	دکتر روح انگیز محمدی	
	کارشناس اعتبار بخشی آموزشی	نورا رفیعی	
	منشی گروه آموزشی	محسن طهماسبی	
	معاون آموزشی / دبیر کمیته آموزش علوم پزشکی	دکتر محمدعلی پورمیرزایی	تایید کننده
		تیم مدیریتی (حاکمیتی - اجرایی)	تصویب کننده
	ریاست مرکز	دکتر مهرداد معمارزاده	ابلاغ کننده
۱- استانداردهای بازبینی شده مراکز آموزشی درمانی ۱۴۰۲ ۲- تجارب بیمارستانی			منابع / مراجع



عنوان خط مشی و روش اجرایی: بازخورد نتایج ارزشیابی عملکرد یاد دهنی در عرصه های دانش، توانمندی بالینی، مهارت های ارتباطی و رفتار حرفه ای		
شماره خط مشی و روش اجرایی: ۳/۲ / اعتباربخشی آموزشی (پایش و ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی)		
تاریخ آخرین بازنگری: مرداد ماه ۱۴۰۲	تاریخ ابلاغ: مرداد ماه ۱۴۰۲	تاریخ بازنگری مجدد: مرداد ماه ۱۴۰۳

بیانیه سیاست (خط مشی):

با توجه به اینکه ارزشیابی کیفیت فعالیت های آموزشی اعضای هیات علمی (عملکرد یاددهی) عاملی حیاتی در ارتقاء سطح آموزش فراگیران و جزء اصلی ترین فرآیندهای پایش می باشد از این رو با هدف ارتقاء کیفیت فعالیت آموزشی، ارتقاء سطح علمی اعضای هیات علمی سیاست های زیر در این خط مشی تدوین گردیده است:

- پایش فعالیت های آموزشی
- بررسی کیفیت (عملکرد یاددهی) اعضا هیات علمی

دامنه:

واحد مدیریت و رهبری - واحد EDO - معاونت آموزشی

ذینفعان: فراگیران - اساتید هیئت علمی

فرد پاسخگوی خط مشی: معاون آموزشی

روش نظارت بر اجرای خط مشی:

معاون آموزشی از طریق کنترل و نظارت بر انجام شرح وظایف آموزشی روسای بخش ها و اساتید هیئت علمی و دریافت گزارشات عملکرد آموزشی روسای بخش ها در دو بازه زمانی سال (هر شش ماه یکبار) بر حسن اجرای خط مشی مذکور نظارت دارد.

روش انجام کار:

- ۱- کارشناس دفتر ارتقاء هیئت علمی بهمن ماه هر سال فرم های خام ارزشیابی (فرم ارزیابی آموزش بالینی اعضای هیئت علمی (پیوست ۱)، فرم کمیته ارزشیابی گروه (پیوست ۲)، فرم نظرخواهی از مسئولین دانشکده در خصوص اساتید (پیوست ۳) و جدول امتیازدهی به نظم و انضباط آموزشی و شئون استاد (پیوست ۴)) را از EDC تحویل می گیرد. تبصره. این فرم ها حیطه های عملکرد آموزشی را مورد ارزیابی قرار می دهند.
- ۲- کارشناس دفتر ارتقاء هیئت علمی فرم ارزیابی آموزش بالینی اعضای هیئت علمی را در اختیار دستیار ارشد هر گروه قرار می دهد.
- ۳- دستیار ارشد هر گروه فرم ارزیابی آموزش بالینی اعضای هیئت علمی را بین دستیاران دیگر توزیع کرده و پس از تکمیل جمع اوری نموده و به دفتر ارتقاء هیئت علمی تحویل می دهد.
- ۴- کارشناس دفتر ارتقاء هیئت علمی فرم کمیته ارزشیابی گروه را در اختیار مدیر گروه قرار می دهد
- ۵- مدیر گروه فرم کمیته ارزشیابی گروه را در اختیار همکاران هیئت علمی قرار می دهد
- ۶- مدیر گروه و همکاران هیئت علمی فرم را تکمیل می کنند.

- ۷- تبصره ۱: برای گروه های مساوی و بیشتر از ۱۰ نفر، حداقل ۴ نفر فرم کمیته ارزشیابی گروه را تکمیل و میانگین گرفته می شود. نمره مدیر گروه با ضریب ۲ محاسبه می شود.
- ۸- تبصره ۲: برای گروه های کمتر از ۱۰ نفر حداقل دو نفر از افراد کمیته ارزشیابی فرم را تکمیل نمایند.
- ۹- تبصره ۳: یکی از این ۴ نفر یا ۲ نفر حتما مدیر گروه می باشد.
- ۱۰- کمیته ارزشیابی گروه متشکل از مدیر گروه، معاون گروه، یکی از مسئولین آموزشی گروه، معاون پژوهشی گروه و مسئول امور هیئت علمی گروه نمره نهایی را محاسبه و فرم را امضاء می کنند.
- ۱۱- مدیر گروه فرم نهایی را در اختیار کارشناس دفتر ارتقاء هیئت علمی قرار می دهد.
- ۱۲- کارشناس دفتر ارتقاء هیئت علمی فرم نظرخواهی از مسئولین دانشکده در خصوص اساتید را در اختیار ریاست دانشکده قرار می دهد
- ۱۳- ریاست دانشکده طی جلسه ای با حضور معاون تخصصی دانشکده، معاون پژوهشی دانشکده و معاون آموزشی بیمارستان فرم را تکمیل می نماید.
- ۱۴- تبصره ۱: ۳ نفر از ۴ نفر فوق فرم را امضاء می کنند.
- ۱۵- تبصره ۲: امضاء ریاست دانشکده برای تمامی فرم ها ضروری است.
- ۱۶- کارشناس دفتر ارتقاء هیئت علمی فرم های تکمیل شده را جمع اوری می کند.
- ۱۷- کارشناس دفتر ارتقاء هیئت علمی فرم جدول امتیازدهی به نظم و انضباط آموزشی و شئون استاد را در اختیار مدیر گروه قرار می دهد
- ۱۸- مدیر گروه فرم فوق را تکمیل می کند
- ۱۹- ریاست بخش، معاون آموزشی بیمارستان و رئیس دانشکده فرم تکمیل شده را تایید می کنند
- ۲۰- کارشناس دفتر ارتقاء هیئت علمی فرم های تکمیل شده را جمع اوری می کند.
- ۲۱- کارشناس دفتر ارتقاء هیئت علمی فرم های مربوط به هر یک از اعضای هیئت علمی را جمع آوری کرده و برای دفتر EDC ارسال می کند.
- ۲۲- آنالیز نهایی فرم ها در دفتر EDC انجام شده و امتیاز نهایی به دفتر ارتقاء هیئت علمی ارسال می شود.
- ۲۳- دفتر ارتقاء هیئت علمی محل مربوطه در فرم جمع بندی فعالیت های سالیانه اعضای محترم هیئت علمی جهت ترفیع پایه (پیوست ۵) را تکمیل و فرم را در اختیار کارگزینی قرار می دهد.
- ۲۴- یک رونوشت از فرم جمع بندی فعالیت های سالیانه اعضای محترم هیئت علمی جهت ترفیع پایه در اختیار معاون آموزشی بیمارستان قرار می گیرد.
- ۲۵- اعضای هیئت علمی از طریق مراجعه به دفتر ارتقاء هیئت علمی در جریان عملکرد آموزشی خود قرار می گیرند.

منابع، تسهیلات، امکانات:

- گزارش عملکرد روسای بخش های آموزشی
- پرسشنامه رضایت سنجی فراگیر (اینترن، رزیدنت، فلو) از عملکرد آموزشی اساتید هیئت علمی

محل امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی	
	مدیر گروه آموزشی	دکتر بهزاد شمس	تهیه کنندگان
	معاون آموزشی/دبیر کمیته آموزش علوم پزشکی	دکتر محمدعلی پورمیرزایی	
	کارشناس خدمات آموزشی	نورا رفیعی	
	معاون آموزشی/دبیر کمیته آموزش علوم پزشکی	دکتر محمدعلی پورمیرزایی	تایید کننده
		تیم مدیریتی (حاکمیتی - اجرایی)	تصویب کننده
	ریاست مرکز	دکتر مهرداد معمارزاده	ابلاغ کننده
۳- استانداردهای بازیابی شده مراکز آموزشی درمانی ۱۴۰۲			منابع/مراجع
۴- تجارب بیمارستانی			



عنوان خط مشی و روش اجرایی: بازخورد نتایج ارزشیابی عملکرد یادگیری در عرصه های دانش و توانمندی بالینی

شماره خط مشی و روش اجرایی: ۳/۳ / اعتباربخشی آموزشی (پایش و ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی)

تاریخ آخرین بازنگری: مرداد ماه ۱۴۰۲	تاریخ ابلاغ: مرداد ماه ۱۴۰۲	تاریخ بازنگری مجدد: مرداد ماه ۱۴۰۳
--	------------------------------------	---

بیانیه سیاست(خط مشی):

با توجه به اینکه مهارت‌های علمی فراگیران و ارزیابی عملکرد یادگیری آنها طی کارآموزی و کارورزی جهت دستیابی به اهداف آموزشی و بهبود عملکرد حائز اهمیت است از این رو با هدف یادگیری مناسب فراگیران، افزایش توانمندی های بالینی آنها و پایش این توانمندی ها سیاست های زیر در این خط مشی تدوین گردیده است:

- ارزشیابی یادگیری فراگیران
- بررسی توانمندی های بالینی

دامنه:

واحد EDO - معاونت آموزشی

ذینفعان: فراگیران

فرد پاسخگوی خط مشی: معاون آموزشی / سوپروایزر آموزشی

روش نظارت بر اجرای خط مشی:

معاون آموزشی / سوپروایزر آموزشی از طریق دریافت گزارشات مرتبط با نتایج ارزشیابی عملکرد یادگیری فراگیران نسبت به حسن اجرای خط مشی ذیل اطمینان حاصل می نماید.

روش انجام کار:

۱- اساتید هیئت علمی ارزشیابی عملکرد یادگیری فراگیران را مطابق روش های سنجش و ارزشیابی عملکرد ذکر شده در برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی فراگیران به شرح ذیل انجام می نمایند.

- Log book
- "objective structural clinical Examination" OSCE "آزمون بالینی عینی
- Essay آزمون تشریحی
- "Multiple choice question" "MCQ" سوالات چند گزینه ای
- "short case assessment" سنجش توسط موارد بالینی کوتاه
- "long case assessment" سنجش توسط موارد بالینی مفصل
- "port folio" کارپوشه

- مشاهده مستقیم فراگیر در حال انجام پروسیجر "Direct observation of procedure skill"
- بررسی همه جانبه ۳۶۰ درجه و

۲- اساتید هیئت علمی ارزشیابی گروه های مختلف فراگیران را در بازه های زمانی ذیل با استفاده از روش های سنجش و ارزشیابی ذکر شده در بند فوق انجام و ضمن ارسال نتایج ارزیابی عملکرد به مدیر گروه آموزشی مربوطه ، بازخورد کتبی نتایج ارزشیابی (از طریق منشی دفتر گروه های آموزشی) رابه فراگیر مربوطه ارائه می نمایند.

- **دانشجو پزشکی:** هر دو هفته یکبار(داخل بخشی) و در پایان دوره(۲ ماه یکبار)
- **اکسترن:** هر دو هفته یکبار(داخل بخشی) و در پایان دوره(ماهیهانه)
- **اینترن:** هر دو هفته یکبار(داخل بخشی) و در پایان دوره (۳ ماه یکبار)
- **رزیدنت:**

-امتحان ارتقاء : سالانه

-امتحان معرفی به ارتقاء : سالانه

-امتحان تنوری: هر شش ماه یکبار

-امتحان آسکی: سالانه

-امتحان KFP : سالانه

-نمره ارزشیابی بخش و اخلاق حرفه ای: سالانه

- کیس ریپورت و ژورنال کلاب: هفتگی

-ارزشیابی توسط اتند مربوطه: ماهیهانه

- **فلو:** هر ۲ سال یکبار

-ارزشیابی توسط اتند مربوطه: ماهیهانه

-امتحان بورد پایان دوره

- **دانشجویان پرستاری، اطاق عمل ، هوشبری، فوریت های پزشکی، تغذیه و آزمایشگاه:** در طول دوره(از طریق تکمیل Log book) و پایان دوره

منابع، تسهیلات، امکانات:

- فرم های ارزشیابی عملکرد
- آزمون های گروه های بالینی

محل امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی	
	مدیر گروه آموزشی	دکتر بهزاد شمس	تهیه کنندگان
	معاون آموزشی/دبیر کمیته آموزش علوم پزشکی	دکتر محمدعلی پورمیرزایی	
	منشی گروه آموزشی	مریم عقیلی	
	سوپروایزر آموزشی	مولود لرستانی	
	معاون آموزشی/دبیر کمیته آموزش علوم پزشکی	دکتر محمدعلی پورمیرزایی	تایید کننده
		تیم مدیریتی (حاکمیتی - اجرایی)	تصویب کننده
	ریاست مرکز	دکتر مهرداد معمارزاده	ابلاغ کننده
	۵- استانداردهای بازیابی شده مراکز آموزشی درمانی ۱۴۰۲ ۶- تجارب بیمارستانی		منابع/مراجع



عنوان خط مشی و روش اجرایی: توانمندسازی اعضای هیات علمی بر اساس اولویت ها و نیاز آموزشی بیمارستان

شماره خط مشی و روش اجرایی: ۲/۴ / اعتباربخشی آموزشی (هیئت علمی)

تاریخ آخرین بازنگری: مرداد ماه ۱۴۰۲	تاریخ ابلاغ: مرداد ماه ۱۴۰۲	تاریخ بازنگری مجدد: مرداد ماه ۱۴۰۳
--	------------------------------------	---

بیانیه سیاست (خط مشی):

با توجه به اینکه ارتقای سطح دانش و مهارت های شغلی اعضای هیات علمی در راستای انجام وظایف و نیل به اهداف آموزشی و پژوهشی ضروری است از این رو با هدف افزایش و بهبود سطح شایستگی و توانمندسازی اعضای هیات علمی و ارتقاء بهره وری کیفیت خدمات آموزشی و درمانی سیاست های زیر در این خط مشی تدوین گردیده است:

➤ ارتقای علمی اعضا هیات علمی از طریق شرکت در فعالیت های آموزشی و پژوهشی

دامنه:

واحد EDO - معاونت آموزشی

ذینفعان: اساتید هیئت علمی - فراگیران

فرد پاسخگوی خط مشی: معاون آموزشی

روش نظارت بر اجرای خط مشی:

معاون آموزشی از طریق مشاهده و نظارت بر مستندات دوره های آموزشی اعضای هیات علمی نسبت به حسن اجرای خط مشی ذیل اطمینان حاصل می نماید.

روش انجام کار:

- ۱- مرکز توسعه آموزش پزشکی دانشگاه EDC بمنظور ارتقاء توانمندی و بهبود فعالیت های آموزشی اساتید هیات علمی لیست کارگاه های آموزشی را بر حسب نیازهایی که شرایط جدید پاندمی کووید ۱۹ ایجاب می کند و نیاز سنجی که از بیمارستان های آموزشی هر ساله انجام می دهد تدوین نموده و پس از برنامه ریزی جهت ارائه بصورت وینار از طریق مختلف اطلاع رسانی می نماید.
- ۲- معاونت پژوهشی دانشگاه بمنظور ارتقاء توانمندی و بهبود فعالیت های پژوهشی اساتید هیات علمی لیست کارگاه های پژوهشی را بر حسب نیازهایی که شرایط جدید پاندمی کووید ۱۹ ایجاب می کند و نیاز سنجی که از بیمارستان های آموزشی هر ساله انجام می دهد تدوین نموده و پس از برنامه ریزی جهت ارائه بصورت وینار از طریق مختلف اطلاع رسانی می نماید.
- ۳- نهاد مقام معظم رهبری دانشگاه بمنظور معرفت افزایی اساتید بر حسب نیازهایی که شرایط پاندمی کووید ۱۹ ایجاب می کند و همچنین بر اساس نیاز سنجی میدانی پس از برنامه ریزی و وینارهای مختلف به طرق مختلف اطلاع رسانی می نماید.
- ۴- مسئول واحد EDO بیمارستان از منابع مختلف مرتبط با معاونت پژوهشی، EDC و نهاد مقام معظم رهبری فهرست کلیه وینارها را تهیه نموده و به کلیه اعضای هیات علمی اطلاع رسانی می نماید.

۵- اساتید هیات علمی طبق برنامه های مصوب ارتقاء اساتید هیئت علمی دانشگاه جهت کسب رتبه ارتقاء گروه و پایه موظف به کسب امتیاز ذکر شده در این نامه ارتقاء اساتید هیئت علمی از طریق شرکت در برنامه های کارگاه های آموزشی و دوره های باز آموزی تخصصی و... می باشند.

۶- اساتید هیات علمی با اطلاع از برنامه های توانمندسازی پس از برنامه ریزی بصورت غیر حضوری در این وبینارها شرکت می نمایند.

منابع، تسهیلات، امکانات:

فرم ارتقاء اساتید هیئت علمی

محل امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی	
	مدیر گروه آموزشی	دکتر بهزاد شمس	تهیه کنندگان
	معاون آموزشی/دبیر کمیته آموزش علوم پزشکی	دکتر محمدعلی پورمیرزایی	
	معاون آموزشی/دبیر کمیته آموزش علوم پزشکی	دکتر محمدعلی پورمیرزایی	تایید کننده
		تیم مدیریتی (حاکمیتی - اجرایی)	تصویب کننده
	ریاست مرکز	دکتر مهرداد معمارزاده	ابلاغ کننده
		۷- استانداردهای بازمینی شده مراکز آموزشی درمانی ۱۴۰۲ ۸- تجارب بیمارستانی	منابع/مراجع

**مرکز آموزشی درمانی کودکان حضرت امام حسین(ع)**

کد: FO/QI/Pro-5/R:5

عنوان خط مشی و روش اجرایی: سیستم پایش حضور اعضای هیئت علمی پزشک**شماره خط مشی و روش اجرایی:** ۲/۵ / اعتباربخشی آموزشی (اعضای هیئت علمی)**تاریخ بازنگری مجدد:** مرداد ماه ۱۴۰۳**تاریخ ابلاغ:** مرداد ماه ۱۴۰۲**تاریخ آخرین بازنگری:** مرداد ماه ۱۴۰۲**بیانیه سیاست(خط مشی):**

با توجه به اینکه پایش حضور پزشکان در مراکز آموزشی و درمانی برای ارائه خدمات مستمر ضرورت دارد از این رو با هدف جلوگیری از سردرگمی بیماران، کارکنان و فراگیران آموزشی، افزایش ایمنی بیماران و کاهش بروز خطاهای درمانی و ارائه خدمات بدون وقفه در مرکز سیاست های ذیل در این خط مشی تدوین گردیده است:

➤ تعیین پزشک جایگزین در صورت مرخصی پزشکان

➤ کنترل حضور اساتید هیئت علمی پزشک در جلسات Morning

دامنه: دفتر گروه های آموزشی کودکان- دفتر پرستاری**ذینفعان:** اساتید- فراگیران- بیماران**فرد پاسخگوی خط مشی:** مدیر گروه آموزشی- سوپروایزر آموزشی**روش نظارت بر اجرای خط مشی:**

منشی دفتر گروه های آموزشی از طریق کنترل حضور اساتید در جلسات Morning و ارائه بازخورد به مدیر گروه آموزشی مربوطه بر حسن اجرای خط مشی ذیل نظارت می نماید.

روش انجام کار:

۱۵- اساتید هیئت علمی در صورت نیاز به مرخصی، با منشی دفتر گروه های آموزشی اطفال هماهنگ و پس از تعیین جایگزین مرخصی خود را در سامانه تردد ثبت می نمایند.

۱۶- منشی دفتر گروه های آموزشی اطفال پس از تایید فرد جایگزین درخواست مرخصی را جهت مدیر گروه ارجاع مینماید.

۱۷- مدیر گروه قبل از ارجاع مرخصی به دانشکده لیست مرخصی را به ریاست مرکز ارجاع و اطلاع رسانی مینماید.

۱۸- منشی دفتر گروه های آموزشی اطفال لیست افراد درخواست مرخصی را به معاون آموزشی مرکز اطلاع رسانی مینماید.

۱۹- منشی دفتر گروه های آموزشی اطفال حضور اساتید هیئت علمی را در جلسات Morning کنترل می نماید.

۲۰- منشی دفتر گروه های آموزشی اطفال در صورت عدم حضور اساتید هیئت علمی در جلسات Morning اسامی ایشان را در فرم مربوطه قید و به مدیر گروه اطفال ارائه می نماید.



۲۱- اساتید هیئت علمی در صورت عدم توانایی جهت حضور در جلسات Morning، قبل از جلسه به منشی دفتر گروه‌های آموزشی اطفال اطلاع می‌دهند.

منابع، تسهیلات، امکانات:

- برنامه مقیمی، آنکالی و مشاوره پزشکان

- فرم مربوط به گزارش جلسات Morning

- برگه مرخصی

محل امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی	
	ریاست مرکز	دکتر مهرداد معمارزاده	
	مدیریت مرکز	دکتر مصطفی امینی	
	معاون آموزشی/دبیر کمیته آموزش علوم پزشکی	دکتر محمدعلی پورمیرزایی	
	سوپروایزر آموزشی	مولود لرستانی	
	منشی گروه آموزشی	مریم عقیلی	
	معاون آموزشی/دبیر کمیته آموزش علوم پزشکی	دکتر محمدعلی پورمیرزایی	تایید کننده
		تیم مدیریتی (حاکمیتی - اجرایی)	تصویب کننده
	ریاست مرکز	دکتر مهرداد معمارزاده	ابلاغ کننده
		۹- استانداردهای بازیابی شده مراکز آموزشی درمانی ۱۴۰۲ ۱۰- تجارب بیمارستانی	منابع/مراجع

عنوان خط مشی و روش اجرایی: آموزش به بیمار توسط فراگیران در کلیه بخش های آموزش بالینی

شماره خط مشی و روش اجرایی: ۴/۶ / اعتباربخشی آموزشی (برنامه ها و فرایندهای آموزشی)

تاریخ آخرین بازننگری: مرداد ماه ۱۴۰۲	تاریخ ابلاغ: مرداد ماه ۱۴۰۲	تاریخ بازننگری مجدد: مرداد ماه ۱۴۰۳
---	------------------------------------	--

بیانیه سیاست (خط مشی):

با توجه به اینکه آموزش به بیمار یکی از وظایف اصلی کادر درمانی مراکز آموزشی و درمانی است و پزشکان، پرستاران و سایر افراد مرتبط در فرایند درمان و مراقبت از جمله فراگیران، نقش ویژه ای در این زمینه دارند؛ ضروری است اصول آموزشی صحیح در این زمینه انجام گیرد از این رو با هدف ارتقای آگاهی بیمار/همراهان، افزایش رضایتمندی بیمار/همراهان، ارتقا و بهبود سطح خود مراقبتی بیمار/همراهان به وسیله آموزش به بیمار/همراهان و خانواده های آنان در مورد رفتارهای بهداشتی و خود مراقبتی سیاست های زیر در این خط مشی تدوین گردیده است:

- ارائه آموزش های لازم در بدو پذیرش، حین بستری و ترخیص به بیمار/همراه
- ثبت و مهر و امضای آموزش های ارائه شده در برگه آموزش به بیمار

دامنه:

بخش های بالینی - واحد آموزش به بیمار - معاونت آموزشی

ذینفعان: بیمار/همراهان

فرد پاسخگوی خط مشی: مسئول واحد آموزش به بیمار

روش نظارت بر اجرای خط مشی:

مسئول واحد آموزش به بیمار از طریق ارزیابی اثربخشی آموزشهای ارائه شده به بیمار/همراه بیمار (با استفاده از چک لیست) در دو بازه زمانی سال و گزارش به تیم مدیریتی (حاکمیتی و اجرایی) بر حسن اجرای خط مشی ذیل نظارت می نماید.

روش انجام کار:**آموزش به بیمار/همراه بیمار توسط فراگیر(اینترن/رزیدنت/فلو):**

۱- اطلاعات ذیل در بدو و حین بستری به بیمار / همراه بیمار به صورت قابل فهم توضیح و آموزش داده می شود:

- معرفی پزشک
- اطلاعات مربوط به بیماری و نحوه درمان
- مراحل و طول احتمالی درمان
- درمان های جایگزین، عوارض درمان یا عدم درمان، پیش آگهی
- داروهای مصرفی و عوارض احتمالی
- تغذیه و رژیم درمانی
- نکات خود مراقبتی و بازتوانی

۲- اطلاعات ذیل را در زمان ترخیص به بیمار / همراه بیمار به صورت قابل فهم توضیح و آموزش داده و در برگه آموزش به

بیمار حین ترخیص ثبت و مهر و امضاء می گردد.

- میزان، مدت زمان و نحوه صحیح مصرف دارو
- نوع رژیم و تغذیه
- مراقبتهای لازم در منزل
- مراجعه مجدد به پزشک و پیگیری های پس از ترخیص
- علائم هشدار دهنده جهت مراجعه فوری

آموزش به بیمار/همراه بیمار توسط فراگیر (دانشجوی پرستاری):

۳- اطلاعات ذیل را در بدو پذیرش به بیمار / همراه بیمار به صورت قابل فهم توضیح و آموزش داده و در گزارش پرستاری ثبت و مهر و

امضاء می گردد.

- معرفی خود و آشنایی بیمار با مقررات بخش
- توجیه ضرورت بر دست داشتن دستبند شناسایی
- نکات ایمنی و حفاظت (پیشگیری از سقوط به ویژه بالا بودن نرده های تخت و ...)
- انجام نیازسنجی آموزشی

۴- در هنگام پذیرش نیازهای آموزشی بیمار/همراه بیمار را ارزیابی، تعیین و بر اساس آن مداخلات اصلاحی لازم انجام می گردد.

۵- اطلاعات ذیل در زمان بستری به بیمار / همراه بیمار به صورت قابل فهم توضیح و آموزش داده و در گزارش پرستاری ثبت و مهر و

امضاء می گردد.

- آگاهی در مورد عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد با عوارض
- پوزیشن مناسب
- نحوه خود مراقبتی
- مدیریت درد
- استفاده ایمن از داروها
- راهنماهای تغذیه ای

- محدوده فعالیت بدنی و استراحت
- مراقبتهای خاص اتصالات بیمار (لوله بینی - معده، کاتترهای ادراری، استومی و...)
- رعایت موارد ایمنی و حفاظت فردی
- رعایت نکات بهداشتی و پیشگیری از عفونت در بیمارستان
- روشهای توانبخشی
- آشنایی بیمار با روش های تشخیصی
- روش های جایگزینی درمان
- و سایر موارد بر اساس نیاز سنجی

تذکر: آموزش موارد فوق با استفاده از ابزار کمک آموزشی پمفلت، آموزش چهره به چهره، آموزش گروهی، پرسش و پاسخ انجام می گردد.

۶- ضمن راهنمایی بیمار/همراه بیمار جهت دریافت پمفلت آموزش به بیمار در رابطه با بیماری مربوطه، اطلاعات لازم در رابطه با آن به ایشان ارائه می گردد.

۷- اطلاعات ذیل در زمان ترخیص به بیمار / همراه بیمار به صورت قابل فهم توضیح و آموزش داده و ضمن ثبت و مهر و امضاء در برگه آموزش به بیمار حین ترخیص از بیمار/همراه بیمار امضاء و اثر انگشت دریافت می گردد. (در برگه آموزش حین ترخیص)

- میزان، مدت زمان و نحوه صحیح مصرف دارو
- راهنماهای تغذیه ای
- مراقبتهای لازم در منزل
- مراجعه مجدد به پزشک و پیگیری های پس از ترخیص
- علائم هشدار دهنده جهت مراجعه فوری

۸- پس از اتمام آموزش از درک بیمار/همراه بیمار نسبت به فراگیری مطالب آموزش داده شده اطمینان حاصل می گردد.

۹- یک نسخه تکمیل شده برگه آموزش حین ترخیص به بیمار/همراه بیمار تحویل می گردد.

۱۰- در صورت لزوم و نیاز به پیگیری پس از ترخیص جهت بررسی نیازهای آموزشی بیمار با ایشان تماس گرفته می شود.

منابع، تسهیلات، امکانات:

- فرم آموزش به بیمار (حین ترخیص)
- فرم ترخیص ایمن SMART
- پمفلت های آموزشی
- لیست کد پمفلت ها
- پمفلت های لمینت و نصب شده در بخش

محل امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی	
	ریاست مرکز	دکتر مهرداد معمارزاده	
	مدیر مرکز	دکتر مصطفی امینی	
	مسئول آموزش به بیمار	فریبا ایزدی	تهیه کنندگان
	معاون آموزشی / دبیر کمیته آموزش علوم پزشکی	دکتر محمدعلی پورمیرزایی	
	معاون درمان	دکتر سیدناصرالدین مصطفوی	
	معاون آموزشی / دبیر کمیته آموزش علوم پزشکی	دکتر محمدعلی پورمیرزایی	تایید کننده
		تیم مدیریتی (حاکمیتی - اجرایی)	تصویب کننده
	ریاست مرکز	دکتر مهرداد معمارزاده	ابلاغ کننده
	۱۱- استانداردهای بازبینی شده مراکز آموزشی درمانی ۱۴۰۲ ۱۲- تجارب بیمارستانی		منابع / مراجع



عنوان خط مشی و روش اجرایی: رعایت اخلاق حرفه ای و پزشکی توسط فراگیران

شماره خط مشی و روش اجرایی: اعتباربخشی آموزشی (فراگیران)

تاریخ بازنگری مجدد: مرداد ماه ۱۴۰۳

تاریخ ابلاغ: مرداد ماه ۱۴۰۲

تاریخ آخرین بازنگری: مرداد ماه ۱۴۰۲

بیانیه سیاست(خط مشی):

با توجه به اینکه ارتقای سطح دانش و مهارت‌های شغلی منابع انسانی در راستای انجام وظایف و مأموریت‌ها جهت دستیابی به اهداف موسسه ضروری است از این رو با هدف ایجاد وحدت رویه، نظارت و همسوسازی امور آموزش، پژوهش و درمان و توانمندسازی منابع انسانی سیاست‌های ذیل در این خط مشی تدوین گردیده است:

- دریافت برنامه آموزشی گروه‌های مختلف بالینی و برنامه حضور پزشکان در مرکز
- حضور پزشکان عضو هیات علمی در کشیک‌های مقیم و ویزیت بیماران
- سنجش عملکرد اعضای هیات علمی

بیانیه سیاست(خط مشی):

با توجه به اینکه فراگیران جهت انجام وظایف نیاز به ورود به حریم خصوصی بیمار دارند ضرورت دارد به عنوان یک وظیفه شرعی و اخلاقی رفتاری کاملاً حرفه‌ای و متناسب با شأن انسان‌ها به بیمار/همراه بیمار احترام بگذارند از این رو با هدف رعایت اخلاق حرفه‌ای و پزشکی، افزایش رضایتمندی مراجعین و ارتقای کیفیت خدمات مرکز سیاست‌های زیر در این خط مشی تدوین گردیده است:

- ابلاغ دستورالعمل پایبندی به اصول و اخلاق حرفه‌ای به کلیه اساتید هیئت علمی جهت اطلاع رسانی به فراگیران مربوطه
- رعایت موارد مندرج در دستورالعمل پایبندی به اصول و اخلاق حرفه‌ای

دامنه:

معاونت آموزشی

ذینفعان: اساتید هیئت علمی - فراگیران - بیماران

فرد پاسخگوی خط مشی: معاون آموزشی

روش نظارت بر اجرای خط مشی:

معاون آموزشی از طریق شرکت در کمیته اخلاق پزشکی و رسیدگی به شکایات بیماران از فراگیران بر حسن اجرای دستورالعمل پایبندی به اصول و اخلاق حرفه‌ای اطمینان حاصل می‌نماید.

روش انجام کار:

- ۱- معاون آموزشی مرکز در جلسات تیم مدیریت آموزشی اطلاع رسانی لازم در رابطه با مفاد دستورالعمل پایبندی به اصول و اخلاق حرفه ای را به کلیه ی اساتید هیئت علمی (جهت اطلاع رسانی به فراگیران مربوطه) انجام می نماید.
 - ۲- مسئول واحد EDO با همکاری مسئولین برنامه ریزی آموزش گروه های درمانی در برنامه توجیهی بدو ورود فراگیران آموزش دستورالعمل پایبندی به اصول و اخلاق حرفه ای و آیین نامه پوشش فراگیران را لحاظ نموده و ایشان را در این زمینه توجیه می نمایند.
 - ۳- سوپروایزر کشیک مرکز بر رعایت قوانین پوشش فراگیران در زمان حضور فراگیران در مرکز نظارت می نماید.
 - ۴- فراگیران به منظور رعایت استانداردهای حقوق گیرنده خدمت و همراهان وی مفاد منشور حقوق بیمار را مطالعه و به آن عمل می نمایند.
- تذکر:
- از آن جایی که رعایت حریم شخصی و آرامش روحی بیمار در هر شرایطی برای فراگیران الزامی است، لذا ضروری است قبل از انجام هر گونه معاینه، آزمایش و... رضایت بیمار/همراه بیمار را اخذ نمایند.
 - فراگیران در صورتی که فعالیتی را به ضرر بیمار و یا ناقض مقررات بالینی و ایمنی بیمار ببینند باید در ابتدا آن را با مسئول ارشد خود در میان بگذارند.
 - حریم خصوصی بیماران در هنگام معاینه توسط فراگیران می بایست رعایت شود.
 - به حقوق بیماران در رابطه با روش درمانی در موارد غیر اورژانس می بایست احترام گذاشته شود.
 - فراگیران می بایست به مذهب و فرهنگ بیماران احترام بگذارند.
 - فراگیران می بایست اسرار بیماران را حفظ نمایند.
 - فراگیران می بایست در حین انجام وظیفه در مرکز، اتیکت شناسایی خود را به همراه داشته باشند.
 - فراگیران می بایست در طول مدت حضور در مرکز از لباس فرم مخصوص به خود (برطبق استانداردهای تعریف شده دانشگاه) و با رعایت کامل شئون اسلامی استفاده نمایند.
 - فراگیران مسئول ارائه مراقبت به بیمار می بایست در ابتدا خود را به بیمار معرفی نموده و رتبه حرفه ای و سمت خود در تیم مراقبتی را به بیمار و همراه وی اطلاع دهند.
- ۵- مسئول رسیدگی به شکایات با هماهنگی حوزه مدیریت نتایج شکایات حاصله از عملکرد فراگیران را به معاون درمان و معاون آموزشی ارائه می نماید.
 - ۶- سوپروایزر کشیک گزارش نتایج عدم رعایت اخلاق حرفه ای و پزشکی فراگیران را به اطلاع مدیر پرستاری جهت اطلاع رسانی به معاون آموزشی (به منظور طرح در کمیته اخلاق پزشکی و اتخاذ تدابیر و مداخلات اصلاحی/برنامه بهبود) ارائه می نماید.
 - ۷- معاون آموزشی با هماهنگی ریاست مرکز گزارش موارد عدم رعایت اخلاق حرفه ای و پزشکی فراگیران را به مدیر گروه مربوطه ارسال می نماید.

منابع، تسهیلات، امکانات:

- دستورالعمل پایبندی به اصول و اخلاق حرفه ای
- آیین نامه پوشش فراگیران

محل امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی	
	ریاست مرکز	دکتر مهرداد معمارزاده	تهیه کنندگان
	مدیر مرکز	دکتر مصطفی امینی	
	معاون آموزشی/دبیر کمیته آموزش علوم پزشکی	دکتر محمدعلی پورمیرزایی	
	مسئول پیگیری امور بیماران	مولود لرستانی	
	معاون درمان	دکتر سیدناصرالدین مصطفوی	
	سوپروایزر ارشد بالینی	منیرالسادات حسینی	
	معاون آموزشی/دبیر کمیته آموزش علوم پزشکی	دکتر محمدعلی پورمیرزایی	تایید کننده
		تیم مدیریتی (حاکمیتی - اجرایی)	تصویب کننده
	ریاست مرکز	دکتر مهرداد معمارزاده	ابلاغ کننده
	۱۳- استانداردهای بازبینی شده مراکز آموزشی درمانی ۱۴۰۲		منابع/مراجع
	۱۴- تجارب بیمارستانی		



عنوان خط مشی و روش اجرایی: فرایند ثبت، گزارش دهی و تحلیل خطای فراگیران

شماره خط مشی و روش اجرایی: ۵/۸ / اعتباربخشی آموزشی (رعایت حقوق بیمار در فرایندهای آموزشی)

تاریخ آخرین بازنگری: مرداد ماه ۱۴۰۲	تاریخ ابلاغ: مرداد ماه ۱۴۰۲	تاریخ بازنگری مجدد: مرداد ماه ۱۴۰۳
-------------------------------------	-----------------------------	------------------------------------

بیانیه سیاست (خط مشی):

با توجه به این که یکی از راه‌های مدیریت خطا در حیطه درمان و پزشکی گزارش دهی و ثبت آن‌ها است و به عنوان یک منبع اطلاعاتی با ارزش برای جلوگیری از اشتباهات مشابه در آینده می‌باشد و در کل، گزارش دهی اشتباهات درمانی و مراقبتی باعث حفظ ایمنی بیمار می‌گردد، از این رو با هدف پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی از طریق به اشتراک گذاری تجربه‌ها، پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی از طریق تحلیلی ریشه ای علل بروز، ایجاد، حفظ و ارتقاء فرهنگ گزارش دهی عاری از تنبیه و سرزنش خطاها، تقویت و مشارکت کارکنان و فراگیران در گزارش دهی و کنترل خطاهای پزشکی و افزایش ایمنی بیمار سیاست‌های زیر در این خط مشی تدوین گردیده است:

- تدوین و پیاده سازی سیستم گزارش دهی اختیاری و اجباری خطاها
- تحلیل ریشه ای خطاها با مشارکت مسئولین مرتبط در دفتر بهبود کیفیت مرکز
- تجزیه و تحلیل خطاها و برنامه ریزی مداخلات اصلاحی در کمیته های مرتبط

دامنه:

بخش های بالینی - واحد بهبود کیفیت و ایمنی - معاونت آموزشی

تعاریف:

- خطاهای پزشکی: قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا که بطور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته می شود. این تعریف به طور مشخص حیطه های کلیدی عمل خطا (قصور با ارتکاب، برنامه ریزی و اجرا) را در برمی گیرد.
- خطای فعال (active): خطای فعال خطایی است که بالفعل بوده و رخ داده است. افراد از خطاهای فعال بیشتر آگاهی دارند چون بیشتر به چشم می آیند و نتایج فوری روی بیماران می گذارند.
- خطاهای مخفی (latent): خطاهای مخفی در نتیجه یکسری فاکتورهای سازمانی مانند ساختار، محیط، تجهیزات، فرآیندها، فرهنگ، مقررات و مدیریت به وقوع می پیوندند. این نوع از خطاها اغلب ریشه در فرهنگ سازمانی دارند ممکن است سال ها مخفی بمانند تا زمانی که مجموعه ای از شرایط اجازه بدهند تا خطا خود را آشکار کند.
- نزدیک به خطا (NEAR-MISS/CLOSE CALL): اشتباهی که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما به علت شانس متوقف شده و روی نداده است.
- حوادث مرگ آفرین و ناگوار (sentinel event): وقایع غیر منتظره منجر به مرگ یا صدمه جدی فیزیکی یا فیزیولوژیک.
- سیستم های گزارش دهی اختیاری خطا: برای شناسایی خطاهایی که به آسیب جدی منجر نشده اند (حوادث بدون عارضه و موارد نزدیک به خطا) به کار می روند.

- سیستم های گزارش دهی اجباری خطا: بیشتر برای خطاهایی که منجر به آسیب جدی شده اند بکار می رود و یک دایره ی قانونی که جزیی از پیکره ی دولت است موظف به گزارش آنها می باشد. این گونه خطاها که توسط فرایند ممیزی قابل کشف هستند، تنبیه های قانونی به دنبال دارند و جامعه حق دارد که در مورد آنها اطلاع داشته باشد. بطور کلی خطاهایی که کادر درمانی شامل (پزشک، پرستار، ماما، تکنسین اتاق عمل، تکنسین بیهوشی، بهیار و کمک بهیار) ملزم به گزارش دهی آنها می باشند از جمله موارد خطاهای
 - ❖ جراحی روی عضو اشتباه
 - ❖ جراحی روی بیمار اشتباه
 - ❖ باقی گذاشتن جسم خارجی در بدن پس از عمل جراحی
 - ❖ سقوط بیمار منجر به آسیب جدی
 - ❖ مرگ یا ناتوانی جدی ناشی از خطاهای دارویی (داروی اشتباه، دوز اشتباه، بیمار اشتباه، روش اشتباه، زمان اشتباه)
 - ❖ مرگ یا ناتوانی جدی ناشی از واکنش خونی در اثر تزریق خون و بررسی ناقص ABO (گروه خون) و ناسازگاری خون و...

دینفعان: بیماران

فرد پاسخگوی خط مشی: مسئول فنی بیمارستان (مسئول ایمنی)

روش نظارت بر اجرای خط مشی:

مسئول فنی بیمارستان (مسئول ایمنی) از طریق بازدیدهای مدیریتی برنامه ریزی شده و نشده، مصاحبه با پرسنل و نیز دریافت گزارشات شاخص های عملکردی خطاها، گزارشات RCA ارسالی از واحد بهبود کیفیت و انجام مداخله اصلاحی لازم بر روند اجرای خط مشی ذیل نظارت می نماید.

روش انجام کار:

- ۱- مسئول ایمنی با مشارکت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی، معاون آموزشی، سرپرستاران بخش های بالینی و مسئولین واحدهای مرکز که مرتبط در فرایند ارائه خدمات درمانی و مراقبتی می باشند روش اجرایی نحوه گزارش دهی اختیاری و اجباری خطاها و فرم های مربوطه را تدوین و جهت گزارش دهی خطاها در اختیار بخشهای بالینی و واحدهای مرتبط قرار می دهند.
- ۲- مسئول واحد EDO با همکاری مسئولین برنامه ریزی آموزش گروه های درمانی در برنامه توجیهی بدو ورود فراگیران آموزش شیوه گزارش دهی و ثبت اختیاری و اجباری خطاها را لحاظ نموده و ایشان را در این زمینه توجیه می نمایند.
- ۳- مسئول فنی بیمارستان (مسئول ایمنی) موانع گزارش دهی خطاها را از طریق بازدید از بخش ها و واحدها و نیز مصاحبه با پرسنل، کادر درمانی و فراگیران شناسایی می نماید.

➤ در صورت وجود مانع گزارش دهی "ترس از سرزنش و تنبیه" مسئول ایمنی با مشارکت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی، معاون آموزشی، سرپرستاران بخش های بالینی و مسئولین واحدهای مرکز که مرتبط در فرایند ارائه خدمات درمانی و مراقبتی می باشند اطمینان دهی لازم به فراگیران را در رابطه با این که گزارش دهی اختیاری خطا، هیچ گونه عواقبی را متوجه فرد گزارش دهنده ی خطا نخواهد داشت را انجام می نمایند.

➤ در صورت وجود مانع گزارش دهی "عدم وجود زمان کافی جهت گزارش دهی به دلیل حجم بالای کار" کارشناس ایمنی به منظور رفع موانع گزارش دهی کتبی و افزایش مشارکت پرسنل و فراگیران در امر گزارشدهی، خطاها را از طریق بازدید از بخش ها و واحدها و نیز مصاحبه حضوری یا تلفنی با پرسنل، کادر درمانی و فراگیران شناسایی و ثبت می نماید.

- در صورت وجود مانع گزارش دهی "عدم وجود نگرش لازم جهت درک اهمیت و ضرورت گزارش دهی خطاها" مسئول ایمنی با مشارکت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی، معاون آموزشی، سرپرستاران بخش های بالینی و مسئولین واحدهای مرکز که مرتبط در فرایند ارائه خدمات درمانی و مراقبتی می باشند در جلسات، بازدیدها و راندهای خود در رابطه با آمار خطاها و پیامدهای حاصله که سبب اختلال در ایمنی بیمار و آسیب به وی گردیده و لزوم گزارش آنها به منظور پیشگیری از بروز خطاهای مشابه به تعامل و گفتگو با پرسنل و فراگیران جهت حساس سازی آنها به این امر می پردازند.
- ۴- مدیریت مرکز به منظور ایجاد و حفظ فرهنگ گزارش دهی عاری از تنبیه و سرزنش خطاها و همچنین افزایش مشارکت کارکنان و فراگیران در امر گزارشدهی از رویکردهایی نظیر تشویق کتبی، تشویق مالی و... استفاده می نماید.
- ۵- کارشناس ایمنی بیمار اسامی کارکنان و فراگیرانی که نسبت به گزارش دهی خطا اقدام نموده اند در دوره های شش ماهه جهت تشویق (اهدا جوایز، تشویق کتبی و...) به مدیریت مرکز ارسال می نماید.
- ❖ روش جمع آوری داده ها از طریق فرم های گزارش دهی اختیاری و اجباری خطاها که در اختیار بخش ها قرار داده شده می باشد.
- ❖ شیوه گزارش دهی خطاها به صورت کتبی، تلفنی، حضوری و مصاحبه می باشد.
- ۶- فرد گزارش دهنده ی خطا اعم از کارکنان/فراگیران، در گزارش دهی اختیاری خطاها، ملزم به افشای نام و نام خانوادگی خود و عامل خطا نمی باشد ولیکن در مورد خطاهایی که منجر به آسیب جدی برای بیمار شده اند (شامل گزارش دهی اجباری خطاها) فرد ملزم به گزارش دهی خطای خود با مشخصات دقیق می باشد.
- ۷- کارشناس ایمنی اسامی کارکنان/فراگیرانی که نسبت به گزارش دهی اختیاری خطاها اقدام می نمایند را به صورت محرمانه در واحد بهبود کیفیت نگه داری نموده و در هنگام ارائه گزارشات خطا از ذکر نام ایشان خودداری می نماید.
- ۸- کارکنان/فراگیران گزارش دهنده ی خطا، پس از تکمیل فرم گزارش دهی اختیاری خطا، آن را به دفتر بهبود کیفیت بیمارستان و در صورتی که خطا شامل سیستم گزارش دهی اجباری باشد پس از تکمیل فرم مربوط به خطاهای اجباری آن را تحویل دفتر مدیر پرستاری می نماید.
- ۹- مدیر پرستاری پس از پیگیری های لازم فرم های گزارش دهی اجباری خطا را به واحد بهبود کیفیت تحویل می نماید.
- ۱۰- مسئول واحد بهبود کیفیت و ایمنی هفتگی داده های مربوط به خطاهای کارکنان/فراگیران را جمع آوری و ضمن رعایت اصل محرمانه بودن خطاها، نوع خطاهای صورت گرفته را بدون ذکر نام و نام خانوادگی فرد عامل خطا و فرد گزارش دهنده به واحد دفتر مدیر پرستاری اعلام می نماید.
- ۱۱- مسئول واحد بهبود کیفیت و ایمنی به صورت فصلی ضمن تجزیه و تحلیل داده های حاصل از فرم های خطا، شاخص مربوطه را تدوین و گزارش آن را در جلسات تیم مدیریتی (حاکمیتی و اجرایی) ارائه می نماید.
- ۱۲- ریاست تیم مدیریتی (حاکمیتی و اجرایی) با مشارکت اعضای تیم ضمن بررسی نتایج شاخص خطاها برنامه ریزی مداخلات اصلاحی لازم را در صورت نیاز انجام و جهت اجرا به گروه های هدف مربوطه اطلاع رسانی می نماید.
- ۱۳- معاون آموزشی مرکز موظف است با همکاری روسای بخش های آموزشی و مسئولین برنامه ریزی آموزش گروه های درمانی در جلسات تیم مدیریت آموزشی ضمن بررسی و تجزیه و تحلیل جداگانه خطاهای فراگیران و برنامه ریزی مداخلات اصلاحی/برنامه بهبود، جهت تقویت فرهنگ گزارش دهی خطاها در نمره ارزشیابی فراگیر گزارش دهنده خطا امتیاز ویژه ای در نظر بگیرند.
- ۱۴- معاون آموزشی ضمن پیگیری و پایش اجرای مداخلات اصلاحی مرتبط با خطای فراگیران، گزارش شاخص های عملکردی خطاهای مربوطه را در جلسات Morning Report به منظور اطلاع فراگیران از خطاهای خود ارائه می نماید.

- ۱۵- مسئول واحد بهبود کیفیت پایش اجرای مداخلات اصلاحی برنامه ریزی شده جهت بهبود شاخص خطاها را طبق زمانبندی های تعیین شده انجام و گزارش آن را به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و تیم مدیریتی (حاکمیتی و اجرایی) ارائه می نماید.
- ۱۶- مسئول واحد بهبود کیفیت و ایمنی به منظور درس آموزی از خطاها و به اشتراک گذاری نتایج حاصل از خطا نسبت به تدوین پمفلت درس آموزی از خطاها (حداقل یک پمفلت در طول هر فصل) و نشریه درس آموزی از خطاها (حداقل سالیانه) اقدام و جهت مطالعه پرسنل و فراگیران تحویل سرپرستار بخش و منشی دفتر گروه های آموزشی می نماید.
- ۱۷- سرپرستار هر بخش/منشی گروه آموزشی به منظور حفظ محرمانگی مفاد پمفلت و نشریه درس آموزی از خطاها آن را در اتاق استراحت کارکنان/پاویون فراگیران نصب و به ایشان جهت مطالعه و درس آموزی از خطاها اطلاع رسانی می نماید.

منابع، تسهیلات، امکانات:

- فرم گزارش دهی اختیاری خطاها
- فرم گزارش دهی اجباری خطاها
- پمفلت درس آموزی از خطاها
- نشریه درس آموزی از خطاها

محل امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی	
	ریاست مرکز / مسئول فنی بیمارستان (مسئول ایمنی)	دکتر مهرداد معمارزاده	تهیه کنندگان
	مدیریت مرکز / دبیر کمیته دارو و درمان / مسئول فنی داروخانه	دکتر مصطفی امینی	
	معاون آموزشی / دبیر کمیته آموزش علوم پزشکی	دکتر محمدعلی پورمیرزایی	
	معاون درمان	دکتر سیدناصرالدین مصطفوی	
	مدیر خدمات پرستاری	دکتر روح انگیز محمدی	
	کارشناس اعتبار بخشی آموزشی	نورا رفیعی	
	مسئول بهبود کیفیت و	الهه محمدی	

	ایمنی		
	نماینده سرپرستاران	نوشین محمودی	
	دبیر کمیته و مسئول کنترل عفونت	سوده جمالی	
	دبیر کمیته طب انتقال خون / مسئول آزمایشگاه و بانک خون	احمد رضا شیروانی	
	سرپرستار درمانگاه	مریم فرازی	
	مسئول واحد پیگیری امور بیماران	مولود لرستانی	
	مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت / دبیر کمیته مدارک پزشکی	طاهره صادقی	
	دبیر کمیته مرگ و میر ۱-۵۹ ماه	آناهیتا پیشوا	
	منشی گروه آموزشی	مریم عقیلی	
	منشی گروه آموزشی	محسن طهماسبی	
	مسئول فنی / ایمنی	دکتر مهرداد معمارزاده	تایید کننده
		تیم مدیریتی (حاکمیتی - اجرایی)	تصویب کننده
	ریاست مرکز	دکتر مهرداد معمارزاده	ابلاغ کننده
	۱- بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار، رواقی و همکاران، ۱۳۹۰ ۲- استانداردهای بازبینی شده مراکز آموزشی درمانی ۱۴۰۲ ۳- تجربه بیمارستانی		منابع / مراجع