

G1				
رعایت فرایند همویزیلانس از ۸۰٪ به ۸۵٪ تا پایان سال ۹۷				O1
بهبود فرایند همویزیلانس از درخواست تا تزریق فرآورده خون				S1
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	نظارت تکمیل فرم درخواست خون و فرآورده های آن	بخش درخواست کننده	مسئول اجرایی بانک خون	دوره ای
2	نظارت نمونه خون ارسالی جهت کراس ماچ با مشخصات قابل قبول همویزیلانس	بخش درخواست کننده	مسئول اجرایی بانک خون	دوره ای
3	نظارت چک فرآورده از نظر کیفی و مطابقت فرآورده با درخواست خون و بیمار (شناسایی صحیح بیمار)	بخش درخواست کننده	مسئول اجرایی بانک خون	دوره ای
4	نظارت تزریق با کنترل علائم حیاتی بیمار	بخش درخواست کننده	مسئول اجرایی بانک خون	دوره ای
5	طرح نتایج پایش در کمیته بانک خون	اعضای کمیته	مسئول اجرایی بانک خون	دوماهه
6	انجام اقدامات اصلاحی	بخش مرتبط	اعضای کمیته	دوماهه
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				
G1				
رعایت فرایند همویزیلانس از ۸۰٪ به ۸۵٪ تا پایان سال ۹۷				O1
بهره وری از شاخص های بانک خون				S2
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	احصای شاخص های بانک خون (تعریف شده) (عوارض خون، خون تزریق شده)	بانک خون	مسئول اجرایی بانک خون	ماهانه

فروردین تیر مهر دی	مسئول اجرایی بانک خون	دفتر بهبود کیفیت	تحلیل شاخص در دفتر بهبود کیفیت	2
دو ماهه	مسئول اجرایی بانک خون	کمیته بانک خون	طرح نتایج تحلیل در کمیته بانک خون	3
دو ماهه	اعضای کمیته	بخش های کمیته	انجام اقدام اصلاحی / برنامه بهبود	4
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				

شناسنامه شاخص :			
منبع ا	تعریف		نام شاخص
	مخرج	صورت	
چک لیست	کل امتیازات	مجموع امتیازات مکتسبه	درصد رعایت فرایند همویژیلانس

				G1
ارتقای فرایند های کنترل عفونت در بخش های درمانی از ۳۸.۹٪ تا ۵۵٪ تا پایان سال ۹۷				O2
بهبود بهداشت دست				S1
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	انجام ارزیابی چک لیست بهداشت دست	کارکنان	مسئول بخش	فصلی
2	انجام ارزیابی چک لیست بهداشت دست	کارکنان	کارشناس کنترل عفونت	شش ماه
3	احصاء شاخص و تحلیل آن	بخشها	کارشناس کنترل عفونت	پایان هر فصل
4	طرح نتایج تحلیل در کمیته کنترل عفونت و انجام مداخلات	کارکنان	کارشناس کنترل عفونت	پایان هر فصل
5	استفاده از عوامل انگیزشی برای کارکنان	کارکنان	مسئول بخش	پایان هر فصل

6	نظارت بر اجرای ۵ موقعیت بهداشت دست	کارکنان	سوپروایزرهای بالینی	فصلی
7	گزارش سوپروایزرهای بالینی از اجرای بهداشت دست به دفتر پرستاری و کنترل عفونت	کارکنان	سوپروایزرهای بالینی	فصلی
	جمع کل فعالیت			
	فعالیت انجام شده			
	درصد فعالیت انجام شده			
	علت عدم انجام فعالیت			
G1				
O2	ارتقای فرایند های کنترل عفونت در بخش های درمانی از ۳۸.۹٪ تا ۵۵٪ تا پایان سال ۹۷			
S2	کاهش عفونت های بیمارستانی			
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	تهیه امکانات وملزومات جهت انجام صحیح فرایند های کنترل عفونت در ارتباط با تهویه موثر (فیلتر هپا و ایزوله معمولی و منفی)	بیمارستان	تدارکات	شهریور
2	تهیه امکانات وملزومات جهت انجام صحیح فرایند های کنترل عفونت در ارتباط با ضدعفونی ابزار	بیمارستان	تدارکات	شهریور
3	انجام بازدید نظارتی طبق چک لیست	بیمارستان	تیم کنترل عفونت	فصلی
4	طرح نتایج بازدید نظارتی در کمیته کنترل عفونت وانجام اقدامات اصلاحی	اعضای کمیته	دبیر کمیته کنترل عفونت	فصلی
5	گزارش مصوبات کمیته براساس نتایج به تیم مدیریت اجرایی در صورت نیاز	تیم مدیریت اجرایی	دبیر کمیته کنترل عفونت	فصلی
	جمع کل فعالیت			
	فعالیت انجام شده			
	درصد فعالیت انجام شده			
	علت عدم انجام فعالیت			
G1				
O2	ارتقای فرایند های کنترل عفونت در بخش های درمانی از ۳۸.۹٪ تا ۵۵٪ تا پایان سال ۹۷			
S3	افزایش شاخص گزارش دهی عفونت های بیمارستانی			
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع

1	طرح اهمیت موارد مشکوک گزارش دهی عفونت بیمارستانی در کمیته پایش و سنجش	اعضای کمیته (مدیر گروه)	دبیر کمیته پایش و سنجش	شهریور
2	نصب برنامه گزارش گیری کشت های مثبت از HIS	آزمایشگاه	کارشناس فناوری اطلاعات	مهر
3	نصب و آموزش برنامه هونت در آزمایشگاه	آزمایشگاه	آزمایشگاه	آبان
	جمع کل فعالیت			
	فعالیت انجام شده			
	درصد فعالیت انجام شده			
	علت عدم انجام فعالیت			

شناسنامه شاخص :

منبع	تعریف		نام شاخص
	مخرج	صورت	
چک لیست	کل امتیازات	مجموع امتیازات مکتسبه در یک دوره زمانی معین	درصد رعایت فرایندهای کنترل عفونت در بیمارستان

G1			
ارتقای فرایند تفکیک و جمع آوری زباله از ۵۰٪ تا ۷۰٪ تا پایان سال ۹۷			
O3			
کاهش حجم پسماندها و دستیابی به میزان استاندارد تولید			
S1			
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا
1	جلب مشارکت کارکنان و همچنین مدیران و ایجاد فرهنگ سازی لازم جهت کاهش تولید پسماند از طریق بازدیداز بخش ها همراه با گروه مدیریت (مدیر . مسئول خدمات . کنترل عفونت و ...)	کارکنان و مدیران	کارشناس بهداشت محیط
2	تهیه لوازم مصرفی پزشکی و مواد مصرفی بخش با کیفیت مرغوب و به تعداد لازم و استفاده بهینه از آنها	تدارکات مسئول بخش بهداشت محیط مدیریت	تدارکات مسئول بخش بهداشت محیط مدیریت

3	توجه به تاریخ مصرف اقلام در حین خرید و ذخیره سازی و انبار داری صحیح آنها در انبار مرکزی و انبار استوک بخش ها	تدارکات مسئول بخش مسئول بهداشت محیط	تدارکات مسئول بخش مسئول بهداشت محیط	به طور مستمر
4	استفاده مجدد از اقلامی که به عنوان پسماند تولید میشوند. مثل کاغذهای یک رو سفید و ...	مسئولین و کارکنان تمامی واحدها	مسئولین واحدها مسئول بهداشت محیط	به طور مستمر
5	استفاده از سطل های سبز (کارتون پلاس) جهت تفکیک کاغذ	مسئولین و کارکنان تمامی واحدها	کارشناس بهداشت محیط	به طور مستمر
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				
G1				
O3	ارتقای فرایند تفکیک و جمع آوری از ۵۰٪ تا ۷۰٪ تا پایان سال ۹۷			
S2	تفکیک صحیح پسماند ها در بخش های درمانی			
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	تامین بموقع و کافی کیسه های زباله با رعایت اصول رنگبندی و انجام پیگیری مسئول خدمات و بهداشت محیط در جهت تامین بموقع آن	تدارکات، مسئول	تدارکات، مسئول خدمات	به طور مستمر
2	مجهز کردن کلیه ترالی های دارو و پانسمان به سیفتی باکس، جهت دفع پسماندهای تیز و برنده و سطل زباله عفونی	کارکنان واحد های درمانی	کارکنان واحد های درمانی	پاییز ۹۷
3	تهیه برجسب های الصاق به کیسه های زباله (شیمیایی . دارویی) هنگام جمع آموری زباله	خدمات مسئول خدمات	تدارکات مسئولین بخش ها	پاییز ۹۷
4	تهیه سطلهای زباله با شرایط استاندارد بهداشتی در کلیه بخشها به تعداد کافی با رعایت کالر کدینگ(سطل های زرد،آبی و قهوه ای)	تدارکات. بهداشت	تدارکات. بهداشت محیط	پاییز ۹۷
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				

منبع اطلاعات	تعریف		نام شاخص
	مخرج	صورت	
چک لیست	کل امتیازات	مجموع امتیازات مکتسبه در یک دوره زمانی معین	درصد رعایت فرایند تفکیک و جمع آوری

				G1
ارتقای خدمات رسانی اورژانس از ۶۰٪ تا ۸۰٪ تا پایان سال ۹۷				O4
افتتاح و راه اندازی بخش جدید اورژانس				S1
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	تجهیز نمودن بخش اورژانس	بخش اورژانس	گروه مدیریت	فروردین ۹۷
2	تامین نیرو	.	دفتر پرستاری	تیر ۹۷
3	بهره برداری و شروع به کار بخش اورژانس جدید	.	سرپرستار بخش اورژانس	تیر ۹۷
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				
				G1
ارتقای خدمات رسانی اورژانس از ۶۰٪ تا ۸۰٪ تا پایان سال ۹۷				O4
مدیریت واحد تریاژ				S2
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	مجهز نمودن واحد تریاژ طبق دستورالعمل اورژانس کشور	بخش اورژانس	سرپرستار بخش اورژانس	خرداد ۹۷
2	تحویل تجهیزات و وسایل واحد تریاژ در هر شیفت کاری	بخش اورژانس	سرپرستار بخش اورژانس	روزانه

3	تخصیص پرسنل واحد تریاژ با سابقه حداقل ۵ سال سابقه کار بالینی و حداقل یکسال در اورژانس	بخش اورژانس	سرپرستار بخش اورژانس	تیر ۹۷
4	حضور مداوم حداقل یک پرستار به عنوان پرستار تریاژ	بخش اورژانس	سرپرستار بخش اورژانس	خرداد ۹۷
5	آموزش روند انجام تریاژ طبق دستورالعمل به تمامی پرسنل	بخش اورژانس	سرپرستار بخش اورژانس	شهریور ۹۷
6	پایش واحد تریاژ به صورت روزانه و ارائه بازخورد به پرسنل در جلسه درون بخشی	بخش اورژانس	مسئول واحد تریاژ	روزانه
7	احصا شاخص های تریاژ و گزارش در کمیته اورژانس	بخش اورژانس	سرپرستار بخش اورژانس	ماهانه
8	تشکیل پرونده تحت نظر بیمار ان طبق دستورالعمل تریاژ	بخش اورژانس	سرپرستار بخش اورژانس	مستم 97
	جمع کل فعالیت			
	فعالیت انجام شده			
	درصد فعالیت انجام شده			
	علت عدم انجام فعالیت			
G1				
O4	ارتقای خدمات رسانی اورژانس از ۶۰٪ تا ۸۰٪ تا پایان سال ۹۷			
S3	اجرای کیس متد در متد پرستاری اورژانس			
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	جلسه توجیهی و آگاهی کارکنان در خصوص وظیفه محوله	سرپرستار اورژانس	سوپر وایزر آموزشی	مهر ۹۷
2	جلسه توجیهی و آگاهی کارکنان در خصوص وظیفه محوله	کارکنان بخش اورژانس	سرپرستار اورژانس	مهر ۹۷
3	تکمیل دفتر تقسیم کار توسط سرپرستار	کارکنان بخش اورژانس	سرپرستار اورژانس	مهر ۹۷
4	کنترل و نظارت بر فرایند کیس متد و گزارش در کمیته اورژانس	بخش اورژانس	دفتر پرستاری	ماهانه
5	انجام اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت	کارکنان بخش اورژانس	اعضای کمیته	ماهانه
	جمع کل فعالیت			

				فعالیت انجام شده
				درصد فعالیت انجام شده
				علت عدم انجام فعالیت
				G1
ارتقای خدمات رسانی اورژانس از ۶۰٪ تا ۸۰٪ تا پایان سال ۹۷				O4
فعال کردن واحد تحت نظر در بخش اورژانس				S4
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	تجهیز نمودن واحد تحت نظر	بخش اورژانس	مسئول بخش اورژانس	شهریور ۹۷
2	تخصیص نیرو جهت راه اندازی واحد تحت نظر	مدیریت پرستاری	مدیر خدمات پرستاری	آبان ۹۷
3	برگزاری دوره های آموزشی جهت کارکنان	کارکنان بخش اورژانس	سوپروایزر آموزشی	آذر ۹۷
4	بهره برداری از واحد تحت نظر	کارکنان بخش اورژانس	سرپرستار بخش اورژانس	دی ۹۷
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				

شناسنامه شاخص :			
منبع اطلاعات	تعریف		نام شاخص
صورت	مخرج	صورت	
چک لیست	کل امتیازات	مجموع امتیازات مکتسبه در یک	درصد ارائه خدمات استاندارد بخش اورژانس

				G1
توانمند سازی کارکنان (اجرای برنامه آموزشی کارکنان مطابق استانداردهای اعتبار بخشی) تا ۱۰۰٪ تا پایان سال ۷				O5
برگزاری دوره هموویژلانس (مراقبت از خون) جهت تمامی کارکنان بالینی و پزشکان و آزمایشگاه				S1
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	تدوین برنامه آموزشی متناسب با نیاز آموزشی گروههای هدف (کارکنان بالینی و پزشکان و آزمایشگاه)	کارکنان بالینی و پزشکان و آزمایشگاه	سوپروایزر آموزشی	بهار ۹۷
2	هماهنگی با سازمان انتقال خون شهرستان مبنی بر زمان و نحوه برگزاری دوره	کارکنان بالینی و پزشکان و آزمایشگاه	سوپروایزر آموزشی	تابستان ۹۷
3	هماهنگی با پزشک ارشد هموویژلانس مبنی بر زمان و نحوه برگزاری دوره	کارکنان بالینی و پزشکان و آزمایشگاه	سوپروایزر آموزشی	تابستان ۹۷
4	برگزاری دوره غیرحضورى جهت تمامی کارکنان گروه هدف	کارکنان بالینی و پزشکان و آزمایشگاه	سوپروایزر آموزشی	پاییز ۹۷
5	استخراج شاخص سطح دانش کارکنان و صدور گواهینامه جهت مشمولین (نمره قبولی بیشتر از ۱۲) و طرح در کمیته انتقال خون	کارکنان بالینی و پزشکان و آزمایشگاه	سوپروایزر آموزشی و مسئول بانک خون	پاییز ۹۷
6	برگزاری دوره حضورى جهت کارکنان جدیدالورود سال ۹۷ بعلاوه قبول نشدگان و غایبان دوره غیرحضورى	کارکنان بالینی و آزمایشگاه	سوپروایزر آموزشی	زمستان ۹۷
7	استخراج شاخص سطح دانش کارکنان و صدور گواهینامه جهت مشمولین (نمره قبولی بیشتر از ۱۲) و طرح در کمیته انتقال خون	کارکنان بالینی و آزمایشگاه	سوپروایزر آموزشی و مسئول بانک خون	زمستان ۹۷
8	ارسال مدارک و شاخص ها به سازمان انتقال خون استان جهت صدور تمدید گواهینامه استقرار هموویژلانس در بیمارستان و طرح در کمیته انتقال خون	کارکنان بالینی و پزشکان و آزمایشگاه	سوپروایزر آموزشی	زمستان ۹۷
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				

G1			
O5	توانمند سازی کارکنان (اجرای برنامه آموزشی کارکنان مطابق استانداردهای اعتبار بخشی) تا ۱۰۰٪ تا پایان سال ۷		
S2	برگزاری دوره آموزشی زایمان فیزیولوژیک جهت کارکنان مامایی		
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا
1	تدوین برنامه آموزشی متناسب با نیاز آموزشی گروههای هدف (کارشناسان مامایی)	کارشناسان مامایی	سوپروایزر آموزشی بهار ۹۷
2	هماهنگی با مدرس دوره مبنی بر زمان و نحوه اجرای دوره	کارشناسان مامایی	سوپروایزر آموزشی تابستان ۹۷
3	اطلاع رسانی به کارکنان و برگزاری دوره حضوری	کارشناسان مامایی	سوپروایزر آموزشی زمستان ۹۷
4	استخراج شاخص سطح دانش کارکنان و طرح در کمیته ترویج زایمان طبیعی	کارشناسان مامایی	سوپروایزر آموزشی و دبیر کمیته زمستان ۹۷
5	نظارت بر عملکرد کارکنان در بالین و استخراج تغییر رفتار کارکنان و گزارش به کمیته مدیریت اجرایی	کارشناسان مامایی	سوپروایزر بالین مترون زمستان ۹۷
	جمع کل فعالیت		
	فعالیت انجام شده		
	درصد فعالیت انجام شده		
	علت عدم انجام فعالیت		
G1			
O5	توانمند سازی کارکنان (اجرای برنامه آموزشی کارکنان مطابق استانداردهای اعتبار بخشی) تا ۱۰۰٪ تا پایان سال ۷		
S3	برگزاری دوره آموزشی نحوه کار با تجهیزات پزشکی جهت کارکنان بالینی		
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا
1	تدوین برنامه آموزشی متناسب با نیاز آموزشی گروههای هدف (کارکنان بالینی)	کارکنان بالینی	سوپروایزر آموزشی بهار ۹۷
2	هماهنگی با مدرس دوره مبنی بر زمان و نحوه اجرای دوره	کارکنان بالینی	سوپروایزر آموزشی بهار ۹۷
3	اطلاع رسانی به کارکنان و برگزاری دوره حضوری	کارکنان بالینی	سوپروایزر آموزشی و مسئول تجهیزات پزشکی پاییز ۹۷
4	استخراج شاخص سطح دانش کارکنان و طرح در کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی	کارکنان بالینی	سوپروایزر آموزشی و مسئول تجهیزات پزشکی پاییز ۹۷

5	نظارت بر عملکرد کارکنان در بالین و استخراج تغییر رفتار کارکنان و گزارش به کمیته مدیریت اجرایی	کارکنان بالینی	سوپروایزر بالینی و مسئول تجهیزات پزشکی و مترون	زمستان ۹۷
	جمع کل فعالیت			
	فعالیت انجام شده			
	درصد فعالیت انجام شده			
	علت عدم انجام فعالیت			
G1				
O5	توانمند سازی کارکنان (اجرای برنامه آموزشی کارکنان مطابق استانداردهای اعتبار بخشی) تا ۱۰۰٪ تا پایان سال ۷			
S4	برگزاری دوره اورژانس های پزشکی و ارتقای مهارت های رفتاری جهت کارکنان بالینی اورژانس			
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	تدوین برنامه آموزشی متناسب با نیاز آموزشی گروههای هدف (کارکنان بالینی اورژانس)	کارکنان بالینی اورژانس	سوپروایزر آموزشی	بهار ۹۷
2	هماهنگی با مدرسین دوره مبنی بر زمان و نحوه اجرای دوره	کارکنان بالینی اورژانس	سوپروایزر آموزشی	بهار ۹۷
3	اطلاع رسانی به کارکنان و برگزاری دوره حضوری	کارکنان بالینی اورژانس	سوپروایزر آموزشی و مدرسین دوره	تابستان ۹۷
4	استخراج شاخص سطح دانش کارکنان و طرح در کمیته اورژانس و صدور گواهینامه جهت کارکنان مشمول (نمره قبولی بیشتر از ۱۴)	کارکنان بالینی اورژانس	سوپروایزر آموزشی و مدرسین دوره	تابستان ۹۷
5	برگزاری دوره جهت کارکنانی که نمره قبولی را کسب نکردند و کارکنان جدیدالورود اورژانس بصورت حضوری / غیر حضوری و طرح در کمیته اورژانس و صدور گواهینامه جهت کارکنان مشمول (نمره قبولی بیشتر از ۱۴)	کارکنان بالینی اورژانس	سوپروایزر آموزشی و مدرسین دوره و پرستارخبره و رابط آموزش بخش اورژانس	تابستان ۹۷
	جمع کل فعالیت			
	فعالیت انجام شده			
	درصد فعالیت انجام شده			
	علت عدم انجام فعالیت			
G1				

05	توانمند سازی کارکنان (اجرای برنامه آموزشی کارکنان مطابق استانداردهای اعتبار بخشی) تا ۱۰۰٪ تا پایان سال ۷			
S5	برگزاری دوره آموزشی بهداشت محیط و مدیریت پسماند جهت کارکنان بالینی و پاراکلینیک			
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	تدوین برنامه آموزشی متناسب با نیاز آموزشی گروههای هدف (خدمات و کارکنان)	خدمات و کارکنان درمانی	مسئول آموزش	تابستان ۹۷
2	تهیه مطالب آموزشی در راستای مدیریت پسماند، مطابق با آخرین استانداردها و دستورالعملها	خدمات و کارکنان درمانی	کارشناس بهداشت محیط	تابستان ۹۷
3	ارائه آموزشهای مرتبط، از طریق برگزاری کلاس، ارائه جزوه، بروشور، پمفلتهای آموزشی و آموزش چهره به چهره، جهت تمامی گروه های هدف	خدمات و کارکنان درمانی	کارشناس بهداشت محیط	تابستان ۹۷
4	پایش آموزش ارائه شده و بررسی اثر بخشی آنها	خدمات و کارکنان درمانی	کارشناس بهداشت محیط	پاییز ۹۷
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				

شناسنامه شاخص :			
منبع اطلاعات	تعریف		نام شاخص
	مخرج	صورت	
برنامه زمانبندی شده	تعداد کل برنامه آموزشی برنامه ریزی شده در یک دوره زمانی معین	تعداد کل برنامه آموزشی اجرا شده در یک دوره زمانی معین	درصد اجرای برنامه آموزشی
صورت			

				G1
بهسازی و توسعه پروژه های فضای فیزیکی بیمارستان از ۲۵٪ تا ۶۳٪ تا پایان سال ۹۷				O6
اجرای برنامه هتلینگ در بهسازی بخش جراحی زنان تا ۵۰٪				S1
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	طراحی و تصویب طراحی بهسازی بخش جراحی زنان	بخش جراحی زنان	مدیریت بیمارستان	مهر ۹۷
۲	تخلیه لاین یک جراحی زنان (بیماران و تجهیزات وامکانات)	بخش جراحی زنان	مسئول پروژه های عمرانی	آبان ۹۷
۳	محصور کردن لاین یک بخش جراحی زنان (از راهرو بیمارستان ، لاین دو جراحی زنان و راه پله خروج اضطراری بخش) با کناف	بخش جراحی زنان	مسئول پروژه های عمرانی	آبان ۹۷
4	تخریب کامل فضای فیزیکی دیوارهای داخلی و بیرونی و دیوارهای حائل اتاق ها و تخلیه نخاله های ساختمانی	بخش جراحی زنان	مسئول پروژه های عمرانی	آبان ۹۷
۵	ساخت فضای فیزیکی مطابق نقشه	بخش جراحی زنان	مسئول پروژه های عمرانی	آذر ۹۷
۶	انجام کارهای تاسیساتی	بخش جراحی زنان	مسئول پروژه های عمرانی	بهمن ۹۷
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				
				G1
بهسازی و توسعه پروژه های فضای فیزیکی بیمارستان از ۲۵٪ تا ۶۳٪ تا پایان سال ۹۷				O6
اجرای برنامه هتلینگ در توسعه و بهسازی لابی بیمارستان (ورودی یک)				S2
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع

1	جابه جایی محل کار کارشناسان مستقر در راهرو بیمارستان به مکان جدید	لابی بیمارستان	مدیریت بیمارستان و مسئول پروژه های عمرانی	شهریور ۹۷
2	طراحی و تصویب طراحی توسعه و بهسازی لابی بیمارستان (ورودی یک)	لابی بیمارستان	مدیریت بیمارستان	مهر ۹۷
3	محصور کردن لابی از قسمت اداری و درمانی	لابی بیمارستان	مسئول پروژه های عمرانی	مهر ۹۷
4	تخریب کامل فضای فیزیکی و تخلیه نخاله های ساختمانی	لابی بیمارستان	مسئول پروژه های عمرانی	مهر ۹۷
5	ساخت فضای فیزیکی مطابق نقشه	لابی بیمارستان	مسئول پروژه های عمرانی	آبان ۹۷
6	انجام کارهای تاسیساتی	لابی بیمارستان	مسئول پروژه های عمرانی	دی ۹۷
7	انجام سیستم های روشنایی و تابلوی برق و احضار پرستار و اعلان حریق	لابی بیمارستان	مسئول پروژه های عمرانی	بهمن ۹۷
8	رنگ آمیزی و نصب کف پوش و میلمان	لابی بیمارستان	مسئول پروژه های عمرانی	اسفند ۹۷
9	تحويل پروژه به مدیریت	لابی بیمارستان	مسئول پروژه های عمرانی	اسفند ۹۷
	جمع کل فعالیت			
	فعالیت انجام شده			
	درصد فعالیت انجام شده			
	علت عدم انجام فعالیت			
G1				
O6	بهسازی و توسعه پروژه های فضای فیزیکی بیمارستان از ۲۵٪ تا ۶۳٪ تا پایان سال ۹۷			
S3	اجرای برنامه هتلینگ در بهسازی فضای فیزیکی cssd (جداسازی فضای شستشو از پکینگ)			
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع

1	تخلیه فضای فیزیکی از تجهیزات و امکانات موجود	بخش cssd	بخش cssd	شهریور ۹۷
2	دیوار چینی و کاشی کاری	بخش cssd	مسئول پروژه های عمرانی	شهریور ۹۷
3	تحويل پروژه به بخش cssd	بخش cssd	مسئول پروژه های عمرانی	شهریور ۹۷
	جمع کل فعالیت			
	فعالیت انجام شده			
	درصد فعالیت انجام شده			
	علت عدم انجام فعالیت			

شناسنامه شاخص :

منبع ا	تعریف		نام شاخص
	صورت	مخرج	
چک لیست	کل امتیازات	مجموع امتیازات مکتسبه	درصد اجرای پروژه های فضای فیزیکی

				G1
افزایش پوشش امنیتی دوربین های مدار بسته از ۴۴٪ تا ۴۸٪... تا پایان سال ۹۷				O7
نصب دوربین در اورژانس و پارکینک بیماران				S1
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	طرح موضوع در تیم مدیریت اجرایی	تیم مدیریت اجرا	مسئول حراست	مرداد ۹۷
2	هماهنگی با تدارکات جهت برگزاری مناقصه در صورت موافقت تیم اجرایی	تدارکات	مسئول حراست	مرداد ۹۷
3	برگزاری مناقصه	شرکت های ذنصلاح	تدارکات	شهریور ۹۷
4	انتخاب شرکت معتبر	شرکت های ذنصلاح	تدارکات	شهریور ۹۷

5	عقد قرارداد با شرکت منتخب	شرکت منتخب	تدارکات	شهریور ۹۷
3	نصب دوربین در مکان های تعیین شده	اورزانی و پارکینیک	شرکت منتخب	مهر ۹۷
	جمع کل فعالیت			
	فعالیت انجام شده			
	درصد فعالیت انجام شده			
	علت عدم انجام فعالیت			

شناسنامه شاخص :			
منبع ا	تعریف		نام شاخص
	مخرج	صورت	
چک لیست	کل امتیازات	مجموع امتیازات مکتسه	درصد پوشش امنیتی دوربین های مدار بسته

				G1
افزایش نیروی انسانی واحد حفاظت فیزیکی از ۱۰ نفر تا ۱۶ نفر تا پایان سال ۹۷				O8
عقد قرارداد با شرکت های انتظامی				S1
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	طرح موضوع در تیم مدیریت اجرایی	تیم مدیریت اجرایی	مسئول حراست	مرداد ۹۷
2	هماهنگی با تدارکات جهت برگزاری مناقصه در صورت موافقت تیم اجرایی	تدارکات	مسئول حراست	مرداد ۹۷

3	برگزاری مناقصه	شرکت های ذیصلاح	تدارکات	مهر ۹۷
4	انتخاب شرکت معتبر	شرکت های ذیصلاح	تدارکات	مهر ۹۷
5	عقد قرارداد با شرکت منتخب	شرکت منتخب	تدارکات	مهر ۹۷
3	تامین وبکارگیری نیروها	واحد حفاظت فنی	شرکت منتخب	آبان ۹۷
	جمع کل فعالیت			
	فعالیت انجام شده			
	درصد فعالیت انجام شده			
	علت عدم انجام فعالیت			

شناسنامه شاخص :			
منبع ا	تعریف		نام شاخص
	مخرج	صورت	
منابع انسانی	تعداد نیروی مورد نیاز	تعداد نیروی موجود	نیروی انسانی واحد حفاظت فیزیکی

				G1
			ارتقای کیفیت مستندسازی پرونده بیماران از ۷۳.۵٪ تا ۷۸٪ تا پایان سال ۹۷	O9
			افزایش آگاهی کارکنان در خصوص دستورالعمل ها و..	S1
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع

1	ابلاغ دستورالعمل ها، راهنماها و فرم های پرونده پزشکی	مستند سازان	مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	ماهانه
2	برگزاری دوره آموزشی مستندسازی پرونده بیماران در دو گروه پرستاری و پزشکی	مستند سازان	مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	تیر / آذر
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				
G1				
O9	ارتقای کیفیت مستندسازی پرونده بیماران از ۷۳.۵٪ تا ۷۸٪ تا پایان سال ۹۷			
S2	کنترل و نظارت بر مستند سازان			
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	پایش آموزش مستند سازی پرونده بیماران (پرستاران و پزشکان)	مستند سازان	مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	مهر/ بهمن
2	تحلیل پایش به عمل آمده	مستند سازان	مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	آبان/ اسفند
3	طرح نتایج پایش در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت	اعضای کمیته	مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	آبان/ اسفند
4	انجام اقدامات اصلاحی و فیدبک به مسئولین اجرایی	مستند سازان	اعضای کمیته	آبان/ اسفند
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				

شناسنامه شاخص :

منبع ا	تعریف		نام شاخص
	صورت	مخرج	
چک لیست	کل امتیازات	مجموع امتیازات مکتسبه در یک دوره زمانی معین	درصد رعایت فرایند مستند سازی

				G2
ارتقای شاخص درصد زایمان طبیعی از ۴۸.۷٪ تا ۵۲٪ تا پایان سال ۹۷				O1
اجرای اقدامات بند ۲ استاندارد دوستدار مادر (زایمان فیزیولوژیک)				S1
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	توسعه فضای فیزیکی کلاس آمادگی زایمان فیزیولوژیک	مادران باردار	مدیریت	تیر
2	تامین تجهیزات کافی جهت برگزاری کلاس	مادران باردار	تدارکات	مهر
3	افزایش تعداد روز های کلاس های آموزشی زایمان فیزیولوژیک جهت مادران باردار	مادران باردار	مدیر خدمات پرستاری	فروردین
4	حضور فعال مامای همراه در بخش زایشگاه	بخش زایشگاه	ماما مسئول زایشگاه	فروردین
5	برگزاری آموزش زایمان فیزیولوژیک جهت کارکنان	ماماها	سوپروایزر آموزشی	دی
6	انجام زایمان توسط نیروی جدید الورد در بخش زایشگاه پس از تایید مامای با تجربه	ماماها	ماما مسئول زایشگاه	فروردین
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				

				علت عدم انجام فعالیت	
				G2	
				رتقای شاخص درصد زایمان طبیعی از ۴۸.۷٪ تا ۵۲٪ تا پایان سال ۹۷	O1
				اجرای اقدامات بند ۵ استاندارد دوستدار مادر (فرهنگ سازی)	S2
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع	
1	اطلاع رسانی به عموم جامعه از طریق برد روان و بنر های تبلیغاتی	مادران باردار	روابط عمومی	اردیبهشت	
2	آموزش به مادران مراجعه کننده به درمانگاه زنان در خصوص برگزاری کلاس زایمان فیزیولوژیک	مادران باردار	ماما مسئول درمانگاه	اردیبهشت	
3	ایجاد کانال ارتباطی از طریق تلگرام برای آگاهی بیشتر مادران باردار	مادران باردار	مسئول کلینیک زایمان فیزیولوژیک	فروردین	
4	اجرای فرایند زایمان متناسب با فرهنگ ومذهب مادر باردار	مادران باردار	ماما مسئول زایشگاه	اردیبهشت	
جمع کل فعالیت					
فعالیت انجام شده					
درصد فعالیت انجام شده					
علت عدم انجام فعالیت					
				G2	
				رتقای شاخص درصد زایمان طبیعی از ۴۸.۷٪ تا ۵۲٪ تا پایان سال ۹۷	O1
				تکمیل پروژه در دست احداث ساختمان بلوک زایمان (LDR)	S3
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع	
1	اتمام سازه (از ۴۰٪ تا ۱۰۰)	بخش زایشگاه	گروه مدیریت	مهر	
2	انجام پروژه های تاسیساتی (تا ۸۰٪)	بخش زایشگاه	پیمانکار	زمستان ۹۷	
3	اجرای پروژه های برق	بخش زایشگاه	پیمانکار	زمستان ۹۷	

جمع کل فعالیت	
فعالیت انجام شده	
درصد فعالیت انجام شده	
علت عدم انجام فعالیت	

شناسنامه شاخص :			
منبع ا	تعریف		نام شاخص
	صورت	مخرج	
HIS	تعداد کل زایمان	تعداد کل زایمان طبیعی	درصد شاخص زایمان طبیعی

				G2
دستیابی به میزان شاخص سزارین نخست زا به ۲۷٪ تا پایان سال ۹۷				O2
بررسی پرونده های سزارین با اندیکاسیون عدم پیشرفت				S1
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	انتخاب پرونده های عدم پیشرفت به صورت رندوم (۵ پرونده)	متخصصین زنان	ماما مسئول زایشگاه	ماهانه
2	بررسی پرونده و طرح نتایج بررسی در کمیته زایمان ایمن	اعضای کمیته	ماما مسئول زایشگاه	ماهانه
3	انجام اقدامات اصلاحی در صورت نیاز	بیماران	اعضای کمیته	ماهانه
4	ابلاغ اقدامات اصلاحی به مسئولین اجرایی	مسئولین اجرایی	ریاست	ماهانه
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				
				G2

دستیابی به میزان شاخص سزارین نخست زا به ۲۷٪ تا پایان سال ۹۷				O2
آموزش کارکنان در زمینه زایمان فیزیولوژیک				
S2				
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	هماهنگی با سوپروایزر آموزشی جهت برگزاری کلاس	سوپروایزر آموزشی	ماما مسئول زایشگاه	فروردین
2	تدوین برنامه زمانبندی و اطلاع رسانی به کارکنان	ما ما ها	سوپروایزر آموزشی	فروردین
3	هماهنگی با مدرس و تهیه مطالب آموزشی	مدرس	سوپروایزر آموزشی	شهریور
4	برگزاری کلاس آموزشی	ما ما ها	سوپروایزر آموزشی	دی
5	احصای شاخص سطح دانش کارکنان	ما ما ها	سوپروایزر آموزشی	دی
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				
G2				
دستیابی به میزان شاخص سزارین نخست زا به ۲۷٪ تا پایان سال ۹۷				O2
بررسی پرونده های سزارین الکتیو (شکم اول) G1				
S3				
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	انتخاب پرونده های سزارین شکم اول	متخصصین زنان	ماما مسئول زایشگاه	ماهانه
2	بررسی پرونده و طرح نتایج بررسی در کمیته زایمان ایمن	اعضای کمیته	ماما مسئول زایشگاه	ماهانه
3	انجام اقدامات اصلاحی در صورت نیاز	بیماران	اعضای کمیته	ماهانه
4	ابلاغ اقدامات اصلاحی به مسئولین اجرایی	مسئولین اجرایی	ریاست	ماهانه
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				

شناسنامه شاخص :

منبع	تعریف	نام شاخص
------	-------	----------

صورت	مخرج	صورت	
HIS	تعداد کل زایمان- تعداد سزارین تکراری	تعداد سزارین- تعداد سزارین تکراری	درصد شاخص سزارین نخست زا

G2

O3 ارتقای و حفظ استاندارد های دوستدار کودک از ۸۶٪ تا ۹۰٪ تا پایان سال ۹۷

S1 ارتقای مهارت کارکنان در زمینه ترویج تغذیه با شیر مادر

ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	هماهنگی با سوپروایزر آموزشی جهت برگزاری کلاس	سوپروایزر آموزشی	مسئول کلینیک شیر مادر	فروردین
2	تدوین برنامه زمانبندی و اطلاع رسانی به کارکنان	کارکنان بخش های مرتبط با	سوپروایزر آموزشی	فروردین
3	هماهنگی با مدرس و تهیه مطالب آموزشی	مدرس	سوپروایزر آموزشی	خرداد
4	برگزاری کلاس آموزشی	ما ما ها	سوپروایزر آموزشی	مرداد
5	احصای شاخص سطح دانش کارکنان	ما ما ها	سوپروایزر آموزشی	مرداد
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				

G2

O3 ارتقای و حفظ استاندارد های دوستدار کودک از ۸۶٪ تا ۹۰٪ تا پایان سال ۹۷

S2 اجرای اقدام بند ۴ استاندارد های دوستدار کودک

ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	هماهنگی با مسئولین بخشها جهت اجرایی نمودن تماس پوست با پوست و شیر دهی ساعت اول	بخش های مرتبط	مسئول کلینیک شیر مادر	فروردین
2	کنترل و نظارت بر اجرای بند ۴	بخش های مرتبط	مسئول کلینیک شیر مادر	مستم
3	طرح نتایج پایش در کمیته شیر مادر	اعضای کمیته	مسئول کلینیک شیر مادر	ماهانه
4	انجام اقدامات اصلاحی در صورت نیاز	بیماران	اعضای کمیته	ماهانه

5	ابلاغ اقدامات اصلاحی به مسئولین اجرایی	مسئولین اجرایی	ریاست	ماهانه
	جمع کل فعالیت			
	فعالیت انجام شده			
	درصد فعالیت انجام شده			
	علت عدم انجام فعالیت			
G2				
O3	ارتقای و حفظ استاندارد های دوستدار کودک از ۸۶٪ تا ۹۰٪ تا پایان سال ۹۷			
S3	اجرای اقدام بند ۹ استاندارد های دوستدار کودک			
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	ابلاغ منع مصرف شیشه شیر و پستانک به بخش های مرتبط	بخش های مرتبط	ریاست بیمارستان	مرداد
2	کنترل و نظارت بر اجرای بند ۹	بخش های مرتبط	اعضای کمیته	ماهانه
3	طرح نتایج پایش در کمیته شیر مادر	اعضای کمیته	مسئول کلینیک شیر مادر	ماهانه
4	انجام اقدامات اصلاحی در صورت نیاز	بیماران	اعضای کمیته	ماهانه
5	ابلاغ اقدامات اصلاحی به مسئولین اجرایی	مسئولین	ریاست	ماهانه
	جمع کل فعالیت			
	فعالیت انجام شده			
	درصد فعالیت انجام شده			
	علت عدم انجام فعالیت			

شناسنامه شاخص :

منبع ا	تعریف		نام شاخص
	صورت	مخرج	
چک لیست	کل سئوالات	مجموع امتیازات مکتسبه	درصد رعایت استاندارد های دوستدار کودک

G3				
O1	بهبود استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار از ۸۷.۵٪ تا ۱۰۰٪ پایان سال ۹۷			
S1	بهره برداری از بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار			
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع

1	تدیون برنامه زمانبندی باز دیده های مدیریتی ایمنی بخش ها و واحدها	بخش های درمانی	دفتر بهبود کیفیت	فروردین ۹۷
2	ابلاغ برنامه زمانبندی به بخش ها و واحد ها	بخش های درمانی	ریاست بیمارستان	فروردین ۹۷
3	هماهنگی جهت شرکت در بازدیدها با اعضای باز دید کننده تیم ایمنی و گروه بازدید شونده	بخش های درمانی و تیم	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	فروردین ۹۷
4	انجام بازدید در زمان مقرر و برگزاری جلسه جمع بندی و اتخاذ تصمیمات و مداخلات لازم مرتبط با واحد بازدید شونده	بخش های درمانی	تیم ایمنی بیمار	فروردین ۹۷
6	طرح تصمیمات در کمیته اجرایی	اعضای کمیته	دفتر بهبود کیفیت	فروردین ۹۷
5	ابلاغ تصمیمات به مداخلات اتخاذ شده در قالب نامه بازخورد به افراد مطرح کننده مشکلات ایمنی در روز بازدید	بخش های درمانی	تیم ایمنی بیمار	فروردین ۹۷
7	تجمیع دوره ای مداخلات اجرا نشده بازدید های ایمنی و طرح در کمیته اجرایی	اعضای کمیته	دفتر بهبود کیفیت	فصلی (تیر مهر، دی)
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				

G3

O1	بهبود استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار از ۸۷.۵٪ تا ۱۰۰٪ پایان سال ۹۷
----	---

S2	مدیریت تامین تجهیزات پزشکی ضروری و پشتیبان بخش های درمانی
----	---

ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	بازنگری فهرست تجهیزات ضروری هر بخش	بخش های درمانی	مسئول بخش بالینی و پاراکلینکی	تیر ۹۷
2	بررسی و تایید فهرست تجهیزات ضروری هر بخش	بخش های درمانی	کارشناس تجهیزات پزشکی	مرداد ۹۷
3	تدیون فهرست تجهیزات پشتیبان هر بخش	بخش های درمانی	کارشناس تجهیزات پزشکی	مرداد ۹۸
4	تدیون لیست نهایی و ابلاغ به بخش ها جهت اجرا	بخش های درمانی	کارشناس تجهیزات پزشکی	مرداد ۹۹
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				

G3				
بهبود استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار از ۸۷.۵٪ تا ۱۰۰٪ پایان سال ۹۷				
اجرای صحیح فرایند اخذ آگاهانه بیماران				
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	رایزنی با مدیر گروه پزشکان به تفکیک تخصص ها جهت بازنگری اقدامات نیازمند اخذ رضایت آگاهانه مطابق دستورالعمل سال ۹۵	بخش های بالینی	دفتر بهبود کیفیت	تیر ۹۷
2	ابلاغ آخرین بازنگری لیست اقدامات نیازمند اخذ رضایت آگاهانه به تفکیک هر بخش	بخش های بالینی	ریاست بیمارستان	تیر ۹۷
3	نظارت بر حسن اجرای اخذ رضایت آگاهانه از بیماران بستری	گروه پزشکان	مسئولین بخش های بالینی	فروردین ۹۷
4	گزارش نتایج نظارت از نحوه اجرای اخذ رضایت آگاهانه در تیم اجرایی	بخش های بالینی	دفتر بهبود کیفیت	فصلی
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				
G3				
بهبود استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار از ۸۷.۵٪ تا ۱۰۰٪ پایان سال ۹۷				
اجرای صحیح فرایند شناسایی هویت بیمار قبل از انجام پروسیجرها				
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	بازنگری حداقل های شناسایی هویت بیمار (بزرگسال، اطفال و نوزاد) مطابق آخرین دستورالعمل ابلاغی	بخش های درمانی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	خرداد ۹۷
2	ابلاغ حداقل های شناسایی هویت به بخش های بالینی	بخش های درمانی	ریاست بیمارستان	تیر ۹۷
3	آموزش شناسایی صحیح هویت بیمار به کارکنان جدیدالورود در بدو ورود و کارکنان ثابت به صورت سالانه	بخش های درمانی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	فروردین ۹۷
4	نظارت بر حسن اجرای شناسایی بیمار قبل از انجام اقدامات به کمک مچ بند شناسایی و پرسش فعالانه از بیمار	کارکنان درمانی	مسئولین بخش های بالینی و سوپروایزر	فروردین ۹۷
5	پایش اجرای شناسایی هویت بیمار (در قالب نه راه حل ایمنی بیمار)	بخش های درمانی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	فصلی (تابستان) پاییز (وزمستان) ۹۷

جمع کل فعالیت
فعالیت انجام شده
درصد فعالیت انجام شده
علت عدم انجام فعالیت

G3

O1	بهبود استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار از ۸۷.۵٪ تا ۱۰۰٪ پایان سال ۹۷
----	---

S5	اجرای صحیح فرایند اعلام نتایج بحرانی آزمایشگاه
----	--

ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	بازنگری لیست نتایج بحرانی آزمایشگاه با مشارکت مدیر گروه متخصصین	مدیر گروه متخصصین	سوپروایزر فنی آزمایشگاه	مرداد
2	به روز رسانی خطوط تلفن یک طرفه بخش ها	بخش ها آزمایشگاه	مسئول تاسیسات	مرداد
3	ابلاغ لیست نتایج بحرانی واعلام لیست شماره تلفن ها به مسئولین اجرایی	بخش ها آزمایشگاه	مسئول تاسیسات ریاست بیمارستان	شهریور
4	کنترل ونظارت بر گزارش نتایج بحرانی	آزمایشگاه	سوپروایزر فنی آزمایشگاه	روزانه
5	کنترل تصادفی خطوط یک طرفه بحران	آزمایشگاه بخش ها	سوپروایزر فنی آزمایشگاه	رندوم
6	طرح نتایج کنترل ونظارت در کمیته پایش وسنجش کیفیت	اعضای کمیته	سوپروایزر فنی آزمایشگاه	فصلی (در صورت لزوم)
7	ابلاغ اقدامات اصلاحی	آزمایشگاه	ریاست بیمارستان	فصلی

جمع کل فعالیت
فعالیت انجام شده
درصد فعالیت انجام شده
علت عدم انجام فعالیت

G3

O1	بهبود استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار از ۸۷.۵٪ تا ۱۰۰٪ پایان سال ۹۷
----	---

S6	بهره برداری از شاخص اعلام نتایج بحرانی آزمایشگاه
----	--

ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	تدوین شناسنامه شاخص نتایج بحرانی	آزمایشگاه	سوپروایزر فنی آزمایشگاه	مرداد

2	احصاء شاخص	آزمایشگاه	سوپروایزر فنی آزمایشگاه	فصلی
3	تحلیل شاخص در دفتر بهبود کیفیت	دفتر بهبود کیفیت	سوپروایزر فنی آزمایشگاه	فصلی
4	طرح نتایج تحلیل در کمیته پایش سنجش کیفیت	اعضای کمیته	دفتر بهبود کیفیت	فصلی
5	ابلاغ اقدامات اصلاحی	مسئولین	دفتر بهبود کیفیت	فصلی

جمع کل فعالیت

فعالیت انجام شده

درصد فعالیت انجام شده

علت عدم انجام فعالیت

G3

O1 بهبود استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار از ۸۷.۵٪ تا ۱۰۰٪ پایان سال ۹۷

S7 اجرای صحیح فرایند نتایج تست های پاراکلینیک معوقه

ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	بازنگری خط مشی اعلام نتایج تست های پاراکلینیک معوقه	بخش های درمانی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	شهریور ۹۷
2	ابلاغ خط مشی بازنگری شده اعلام نتایج تست های پاراکلینیک معوقه	بخش های درمانی	دفتر بهبود کیفیت	شهریور ۹۷
3	کنترل و نظارت بر اجرای خط مشی	بخش های درمانی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	ماهانه
4	طرح نتایج در تیم مدیریت اجرایی	اعضای کمیته	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	ماهانه
5	ابلاغ اقدامات اصلاحی	مسئولین اجرایی	دفتر بهبود کیفیت	ماهانه

جمع کل فعالیت

فعالیت انجام شده

درصد فعالیت انجام شده

علت عدم انجام فعالیت

G3

O1 بهبود استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار از ۸۷.۵٪ تا ۱۰۰٪ پایان سال ۹۷

S8 مدیریت دفع ایمن پسماندهای پزشکی

ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
------	--------------	----------	------------	-----------

1	تدوین سوالات پره تست ،توزیع وجمع بندی نتایج	مسئولین خش ها	کارشناس بهداشت محیط	مرداد
2	تحلیل نتایج آزمون	مسئولین خش ها	کارشناس بهداشت محیط	مرداد
3	تدوین مطالب آموزش بر اساس نتایج	مسئولین خش ها	کارشناس بهداشت محیط	مرداد
4	نشست مشترک با مسئولین بخش ها و طرح موارد آموزشی	مسئولین خش ها	کارشناس بهداشت محیط	شهریور
5	برگزاری آزمون پست تست و،توزیع وجمع بندی نتایج	مسئولین خش ها	کارشناس بهداشت محیط	شهریور
6	تحلیل نتایج آزمون و طرح در کمیته بهداشت محیط و ارائه مداخلات اصلاحی در صورت نیاز	مسئولین خش ها	کارشناس بهداشت محیط	شهریور
	جمع کل فعالیت			
	فعالیت انجام شده			
	درصد فعالیت انجام شده			
	علت عدم انجام فعالیت			
G3				
O1	بهبود استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار از ۸۷.۵٪ تا ۱۰۰٪ پایان سال ۹۷			
S9	اصلاح فرایند دارو دهی			
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	بازدید از بخش های بالینی در زمینه فرایند دارو دهی جهت کسب وضعیت موجود بخش ها و یادآوری موارد نقض به سرپرستار	سرپرستار و کارکنان بالینی بخش ها	مسئول فنی داروخانه و سوپروایزر آموزشی	بهار ۹۷
2	تهیه باکس های دارویی و سبدهای لوازم مصرفی پزشکی جهت بخش های بالینی	بخش های بالینی	سوپروایزر آموزشی تدارکات	بهار ۹۷
3	برگزاری دوره آموزشی فرایند دارویی . خطای دارویی و استخراج شاخص دانشی از کارکنان	سرپرستار و کارکنان بالینی بخش ها	مسئول فنی داروخانه و سوپروایزر آموزشی	بهار ۹۷
4	نظارت بر چینش و نگهداری داروها در باکس ها و لوازم مصرفی پزشکی در تریتمنت ، ترالی اورژانس ، یخچال دارویی	سرپرستار و کارکنان بالینی بخش ها	سوپروایزر آموزشی	بهار ۹۷
5	کاهش تعداد داروهای ترالی اورژانس در بخش های بالینی به جز اورژانس مطابق استاندارد اعتباربخشی بخش اورژانس	سرپرستار و کارکنان بالینی	سوپروایزر آموزشی	بهار ۹۷
6	تهیه لمینت بخشنامه برچسب گذاری داروهای با هشدار بالا جهت بخش های بالینی	سرپرستار و کارکنان بالینی	سوپروایزر آموزشی	بهار ۹۷
7	بازنگری داروهای هم شکل و هم آوا (لازا) جهت بخش های بالینی و انبار دارویی مرکزی و داروخانه سرپایی	سرپرستار و کارکنان بالینی بخش ها	مسئول فنی داروخانه	بهار ۹۷

8	تهیه لیست داروهای یخچالی بخش ها و نصب روی یخچالها	سرپرستار و کارکنان بالینی بخش ها	مسئول فنی داروخانه و سوپروایزر آموزشی و سرپرستار	تابستان ۹۷
9	برگزاری جلسه ای با مسئول فنی داروخانه و مسئول انبار مرکزی دارویی در خصوص نحوه تحویل دارو ها بخصوص داروهای خوراکی به بخش های بالینی جهت اجرایی نمودن قانون R۱۰ در زمینه داروی درست (خواندن نان و تاریخ انقضای دارو)	سرپرستار و کارکنان بالینی بخش ها	سوپروایزر آموزشی	تابستان ۹۷
10	نظارت بر برچسب گذاری داروها مطابق دستورالعمل و بخشنامه در بخش های بالینی	سرپرستار و کارکنان بالینی بخش ها	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	تابستان ۹۷
11	پیگیری و اطلاع رسانی ثبت نام و شرکت کارکنان در دوره آموزش پودمانی محاسبات دارویی و فرایند دارو دهی	سرپرستار و کارکنان بالینی بخش ها	سوپروایزر آموزشی	پاییز ۹۷
12	استخراج شاخص تغییر رفتار کارکنان و سرپرستار با استفاده از چک لیست به عنوان پایش اول	سرپرستار و کارکنان بالینی بخش ها	مسئول فنی داروخانه و سوپروایزر آموزشی و سرپرستار	پاییز ۹۷
13	بازخورد نتیجه پایش اول به بخش ها و طرح نتایج تحلیل شاخص در کمیته های مرتبط (مدیریت اجرایی ، دارو و درمان ، تجهیزات پزشکی) و طرح اقدامات اصلاحی	سرپرستار و کارکنان بالینی بخش ها	مسئول فنی داروخانه و سوپروایزر آموزشی	پاییز ۹۷
14	تهیه تالی و سینی دارویی جهت بخش های بالینی (حداقل یک تالی و سینی برای هر بخش)	سرپرستار و کارکنان بالینی بخش ها	مسئول فنی داروخانه و سوپروایزر آموزشی و مسئول تجهیزات پزشکی و تدارکات	پاییز ۹۷
15	استخراج شاخص تغییر رفتار کارکنان و سرپرستار با استفاده از چک لیست به عنوان پایش دوم	سرپرستار و کارکنان بالینی بخش ها	مسئول فنی داروخانه و سوپروایزر آموزشی و سرپرستار	زمستان ۹۷
16	بازخورد نتیجه پایش دوم به بخش ها و طرح نتایج تحلیل شاخص در کمیته های مرتبط (مدیریت اجرایی ، دارو و درمان ، تجهیزات پزشکی) و طرح اقدامات اصلاحی	سرپرستار و کارکنان بالینی بخش ها	مسئول فنی داروخانه و سوپروایزر آموزشی	زمستان ۹۷
	جمع کل فعالیت			
	فعالیت انجام شده			
	درصد فعالیت انجام شده			

علت عدم انجام فعالیت	
----------------------	--

شناسنامه شاخص :

منبع اطلاعات	تعریف		نام شاخص
	صورت	مخرج	
چک لیست	کل امتیازات در همان دوره زمانی	مجموع امتیازات مکتسبه در یک دوره زمانی معین	درصد اجرای استانداردهای الزامی

G3

توسعه نظام مدیریت خطا از ۳۰٪ تا ۸۲٪ پایان سال ۹۷

آموزش مباحث ایمنی بیمار و بهبود ۹ راه حل ایمنی بیمار سازمان جهانی بهداشت

ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	آموزش مباحث ایمنی بیمار و 9 راه حل ایمنی بیمار و 28 مورد وقایع تهدید کننده ایمنی	بیمارستان	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	تیر ۹۷
2	پایش نه راه حل ایمنی	بخش های بالینی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	شهریور ۹۷ اسفند ۹۷
3	طرح در کمیته وفیدبک به بخش ها	بخش های بالینی	دفتر بهبود کیفیت	شهریور ۹۷ اسفند ۹۷

جمع کل فعالیت

فعالیت انجام شده

درصد فعالیت انجام شده

علت عدم انجام فعالیت

G3

توسعه نظام مدیریت خطا از ۳۰٪ تا ۸۲٪ پایان سال ۹۷

بهره جویی از شاخص های کشوری ایمنی بیمار

ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
------	--------------	----------	------------	-----------

فصلی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	بخش های درمانی	جمع آوری داده های شاخص های ایمنی	1
فصلی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	دفتر بهبود کیفیت دانشگاه	تحلیل شاخص های ایمنی	2
فصلی	مسئول بهبود کیفیت	اعضای تیم	طرح نتایج شاخص ها در تیم مدیریت اجرایی	3
فصلی	اعضای تیم	بیمارستان	اخذ مداخلات اصلاحی /برنامه بهبود کیفیت	4
فصلی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	بخش های درمانی	نظارت کارشناس هماهنگ کننده بر اجرای اقدامات اصلاحی	5
فصلی	دبیر بهبود کیفیت	معاونت درمان دانشگاه	ارسال شاخص های ایمنی به معاونت درمان دانشگاه	6

جمع کل فعالیت

فعالیت انجام شده

درصد فعالیت انجام شده

علت عدم انجام فعالیت

G3

O2 توسعه نظام مدیریت خطا از ۳۰٪ تا ۸۲٪ پایان سال ۹۷

S3 بهره برداری از بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار

ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	بازنگری ابلاغ تیم ایمنی	بخش های درمانی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	مرداد
2	تدوین برنامه زمانبندی	بخش های مرتبط	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	اردیبهشت ۹۷
3	انجام ارزیابی میدانی	بخش های مرتبط	تیم ایمنی	مطابق برنامه زمانبندی
4	گزارش نتایج ارزیابی و طرح به تیم اجرایی وسایر کمیته های مرتبط	بخش های مرتبط	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	مطابق برنامه زمانبندی
5	اخذ مداخلات اصلاحی /برنامه بهبود کیفیت	بخش های مرتبط	اعضای کمیته	مستمر

6	نظارت کارشناس هماهنگ کننده بر اجرای اقدامات اصلاحی	بخش های مرتبط	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	مستمر
	جمع کل فعالیت			
	فعالیت انجام شده			
	درصد فعالیت انجام شده			
	علت عدم انجام فعالیت			
G3				
O2	توسعه نظام مدیریت خطا از ۳۰٪ تا ۸۲٪ پایان سال ۹۷			
S4	توسعه نظام مدیریت خطا واکنشی (RCA) جهت ایمنی بیماران			
ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	شناسایی وقایع ناگوار	بخش های درمانی	دفتر بهبود کیفیت / مدیریت پرستاری / ریاست	مستمر
2	اطلاع رسانی به معاونت درمان پس از حادثه رخ داده و شبکه بهداشت مطابق زمان تعیین شده در فلوچارت	معاونت درمان/ شبکه بهداشت	ریاست	مطابق فرایند
3	تشکیل کمیته بررسی موارد وقایع ناخواسته ظرف 24 ساعت با حضور و هماهنگی کارشناسان دانشگاه	اعضای کمیته	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	در صورت وقوع رخداد
5	بررسی و تجزیه و تحلیل وقایع به روش RCA ظرف ۷۲ ساعت	بیمارستان	اعضای تیم RCA	در صورت وقوع رخداد
6	انجام اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت بر اساس نتایج روش RCA با تاکید بر سیاست های غیر تنبیهی	بیمارستان	اعضای تیم RCA	در صورت وقوع رخداد
7	تصویب و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت	مسئولین اجرایی	اعضای تیم مدیریت اجرایی	در صورت وقوع رخداد
8	ارسال تجربیات و نتایج کسب شده به بخش ها و معاونت درمان دانشگاه	دفتر بهبود کیفیت دانشگاه	دفتر بهبود کیفیت	در صورت وقوع رخداد
	جمع کل فعالیت			
	فعالیت انجام شده			
	درصد فعالیت انجام شده			
	علت عدم انجام فعالیت			
G3				
O2	توسعه نظام مدیریت خطا از ۳۰٪ تا ۸۲٪ پایان سال ۹۷			
S5	استفاده بهینه از نظام گزارش دهی خطا			

ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مسئول اجرا	زمان شروع
1	بازنگری روش اجرایی نحوه گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی	بیمارستان	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	مرداد ۹۷
2	دریافت گزارش خطا از بخش ها و واحدها	بیمارستان	دفتر بهبود کیفیت	فروردین ۹۸
3	جمع بندی و تحلیل گزارش خطای ارسالی از بخش ها و واحدها	بخش های درمانی	دفتر بهبود کیفیت	فصلی
4	ارسال تحلیل خطا و نتایج آن ، شاخص خطا ، و سناریوی خطا به بخش های درمانی و معاونت درمان دانشگاه (جهت درسگیری وعدم تکرار در جای دیگر)	بخش های درمانی	دفتر بهبود کیفیت	فصلی
5	رگزاری کنفرانس داخل بخشی از خطاها جهت درس گیری	کارکنان	مسئول بخش های درمانی	فصلی
6	طرح تحلیل خطاهای گزارش شده در کمیته های مرتبط جهت انجام اقدامات اصلاحی و ارسال کمیته ها به بخش ها جهت آگاهی از مصوبات کاهش خطا	اعضای کمیته ها	دبیران کمیته ها	فصلی
7	برگزاری سمینار آموزشی در خصوص نتایج تحلیل خطا و تجربیات واقعی	بخش های درمانی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی /سوپروایزر آموزشی	فصلی
جمع کل فعالیت				
فعالیت انجام شده				
درصد فعالیت انجام شده				
علت عدم انجام فعالیت				

شناسنامه شاخص :			
منبع ا	تعریف		نام شاخص
	مخرج	صورت	
جمع نمرات چک لیست	جمع کل امتیاز چک لیست مدیریت خطا در یک دوره زمانی	جمع امتیاز مکتسبه چک لیست مدیریت خطا در یک دوره زمانی	درصد اجرای برنامه مدیریت خطا

	جمع کل فعالیت برنامه
	فعالیت انجام شده کل برنامه
	درصد فعالیت انجام شده کل برنامه

بهبود مستمر کیفیت

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
				*	*	*	*	*	*		مستند	دوره ای
				*	*	*	*	*	*		مشاهده	دوره ای
				*	*	*	*	*	*		مشاهده مستند	دوره ای
				*	*	*	*	*	*		مشاهده مستند	دوره ای
				*							مستند	دوماهه
				*							مستند	دوماهه
زمستان ۱	پاییز			تابستان: ۶			بهار: ۴					
				۶			۴					
				۱۰۰			۱۰۰					

بهبود مستمر کیفیت

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
				*	*	*	*	*	*		مستند	ماهانه

						*			*		مستند	فروردین تیر مهر دی
				*							مستند	دو ماهه
				*							مستند	دو ماهه
زمستان	پاییز			تابستان: ۴			بهار: ۲					
					۴			۲				
					۱۰۰			۱۰۰				



د	زمستان		پاییز		تابستان		بهار		حدانتظار	زیر گروه	بازه زمانی	اطلاعات مخرج
	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق				
						۰	۸۰	۰	۸۰	۱۰۰٪	بخش های درمانی ،بانک خون	چک لیست فصلی



دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
				*			*				مستند	پایان هر فصل
				*							مستند	شش ماه
				*			*				مستند	پایان هر فصل
				-			*				مستند	پایان هر فصل
				*			*				مستند	پایان هر فصل

				*			*				مشاهده	فصلی
				-			-				مستند	فصلی
زمستان	پاییز			تابستان ۷			بهار : ۶					
				۵			۵					
				۷۱			۸۳.۳					
				دومورد انجام نشده در مهر انجام می گردد			حجم کار بالا					

بهبود مستمر کیفیت

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
				-						۱۰۰۰۰۰۰۰	مشاهده	دی
				-						۱۵۰۰۰۰۰۰	مشاهده	دی
											مستند	فصلی
											مستند	فصلی
											مستند	فصلی
زمستان	پاییز			تابستان ۲			بهار : ۰					
				.								
				.								
				به علت مشکل مالی								

بهبود مستمر کیفیت

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
----	-----	------	-----	--------	-------	-----	-------	----------	---------	-------	-----------	------------

				*							مستند	شهریور
											مشاهده	مهر
											مستند	آذر
زمستان	پاییز			تابستان ۱			بهار : ۰					
				۱								
				۱۰۰								

د	زمستان		پاییز		تابستان		بهار		حدانتظار	زیر گروه	بازه زمانی	اطلاعات	
	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق				مخرج	
						۳۴.۱	۲۳/۴۷	۰	۳۸.۹	۵۵٪	بیمارستان	فصلی	چک لیست

بهبود مستمر کیفیت خدمات

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
				*	*	*	*	*	*		مستند مصاحبه	به طور مستمر
				-	-	-	-	-	-		مشاهده	به طور مستمر

				*	*	*	*	*	*		مشاهده	به طور مستمر
				*	*	*	*	*	*		مشاهده	به طور مستمر
				*	*	*	*	*	*		مشاهده	به طور مستمر
زمستان	پاییز :			تابستان: ۵			بهار : ۵					
				۴			۴					
				۸۰			۸۰					
				با مسئول فنی داروخانه رایزنی شد به مشکلات داوریی در کشور امکان پذیر نیست			با مسئول فنی داروخانه رایزنی شد به مشکلات داوریی در کشور امکان پذیر نیست					

بهبود مستمر کیفیت خدمات

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
				*	*	*	*	*	*		مشاهده	به طور مستمر
											مشاهده	زمستان ۹۷
											مشاهده	پاییز ۹۷
											مشاهده	زمستان ۹۷
زمستان	پاییز :			تابستان: ۱			بهار : ۱					
				۱			۱					
				۱۰۰			۱۰۰					

سال	زمستان		پاییز		تابستان		بهار		حدانتظار	زیر گروه	بازه زمانی	مخرج	
	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق					
						۷۱.۴۵	۶۴.۲۹	۰	۵۰٪	۷۰٪	بیمارستان	فصلی	چک لیست

بهبود مستمر کیفیت

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
							*	*	*	۳۰۰۰۰۰۰۰(اداری)	مشاهده	۹۷ خرداد
						*					.	۹۷ تیر
						*					.	۹۷ تیر
زمستان	پاییز			تابستان: ۲			بهار: ۱					
				۲			۱					
				۱۰۰			۱۰۰					

بهبود مستمر کیفیت

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
							*				مشاهده	۹۷ خرداد
				*	*	*	*	*	*		مشاهده	روزانه

						-					مستندات	تیر ۹۸
							*				مشاهده	خرداد ۹۸
				*							مستندات	۰
				*	*	*	*	*	*		مشاهده مستند	روزانه
				*	*	*	*	*	*		مستندات	ماهانه
				*	*	*	*	*	*		مستند	مستمر 97
زمستان	پاییز			تابستان ۶			بهار : ۶					
				۵			۶					
				۸۳			۱۰۰					
				به دلیل نا کافی بودن پرسنل با مهارت ۵ سال جهت پوشش در بخش تحت نظر و تریاژ								

بهبود مستمر کیفیت

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
											مصاحبه	مهر ۹۷
											مستندات	مهر ۹۷
											مستندات	مستمر
											مستندات	ماهانه
											مستندات	ماهانه
زمستان	پاییز			تابستان ۰			بهار : ۰					

بهبود مستمر کیفیت

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
				*							مشاهده	آبان ۹۷
											مشاهده	آبان ۹۷
											مستندات	آذر ۹۷
											مشاهده	مستمر
زمستان			پاییز		تابستان ۱			بهار :				
					۱							
					۱۰۰							

مؤشرات کلیدی عملکرد

سال	زمستان		پاییز		تابستان		بهار		حدانتظار	زیر گروه	بازه زمانی	مخرج
	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی				
					۷۵	۷۵	۰	80%	۸۰٪	بخش اورژانس	فصلی	چک لیست

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
								*			مستند	بهار ۹۷
				*							مصاحبه	تابستان ۹۷
				*							مصاحبه	تابستان ۹۷
											مشاهده مستند	پاییز ۹۷
											مشاهده مستند	پاییز ۹۷
											مشاهده مستند	زمستان ۹۷
											مشاهده مستند	زمستان ۹۷
											مشاهده مستند	زمستان ۹۷
زمستان			پاییز :		تابستان : ۲			بهار : ۱				
					۲			۱				
					۱۰۰			۱۰۰				

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
								*			مستند	بهار ۹۷
				*						۲۰۰۰۰۰۰	مصاحبه	تابستان ۹۷
											مشاهده مستند	زمستان ۹۷
											مشاهده مستند	زمستان ۹۷
											مشاهده مستند	زمستان ۹۷
زمستان	پاییز			تابستان: ۱			بهار: ۱					
					۱			۱				
					۱۰۰			۱۰۰				

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
								*			مستند	بهار ۹۷
							*				مصاحبه	بهار ۹۷
											مشاهده مستند	پاییز ۹۷
											مشاهده مستند	پاییز ۹۷

										مشاهده مستند	زمستان ۹۷
زمستان	پاییز:			تابستان: ۰			بهار: ۲				
							۲				
							۱۰۰				

۹۱

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پیش	زمان پایان
								*			مستند	بهار ۹۷
							*				مصاحبه	بهار ۹۷
				*	*						مشاهده مستند	تابستان ۹۷
				*							مشاهده مستند	تابستان ۹۷
				*							مشاهده مستند	زمستان ۹۷
زمستان	پاییز:			تابستان: ۴			بهار: ۲					
							۴			۲		
							۱۰۰			۱۰۰		

بهبود مستمر کیفیت خدمات

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
				*	*	*					مستند	تابستان ۹۷
				*	*	*					مستند	تابستان ۹۷
				*	*	*					مصاحبه	پاییز ۹۷
											مستند	پاییز ۹۷
زمستان	پاییز			تابستان: ۳			بهار: ۰					
				۳								
				۱۰۰								

سال	زمستان		پاییز		تابستان		بهار		حدانتظار	زیر گروه	بازه زمانی	مخرج
	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی				
					۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰٪	بیمارستان	فصلی	ات برگزاری آمو

بهبود مستمر کیفیت

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
										۸۰۰۰۰۰۰۰	صور تجلسه	مهر ۹۷
										۱۰۰۰۰۰۰۰	مشاهده	آبان ۹۷
										۳۰۰۰۰۰۰۰	مشاهده	آبان ۹۷
										۵۰۰۰۰۰۰۰۰	مشاهده	آبان ۹۷
											مشاهده	بهمن ۹۷
											مشاهده	اسفند ۹۷
زمستان			پاییز			تابستان			بهار :			

بهبود مستمر کیفیت

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
----	-----	------	-----	--------	-------	-----	-------	----------	---------	-------	-----------	------------

				-						۴۰۰۰۰۰۰۰	مشاهده	شهریور ۹۷
										۳۰۰۰۰۰۰۰	صورتجلسه	مهر ۹۷
										۱۰۰۰۰۰۰۰	مشاهده	مهر ۹۷
										۶۰۰۰۰۰۰۰	مشاهده	مهر ۹۷
										۱۲۰۰۰۰۰۰۰	مشاهده	دی ۹۷
										۳۰۰۰۰۰۰۰۰	مشاهده	دی ۹۷
										۱۵۰۰۰۰۰۰۰	مشاهده	بهمن ۹۷
										۶۵۰۰۰۰۰۰۰	مشاهده	اسفند ۹۷
											مشاهده	اسفند ۹۷

زمستان	پاییز	تابستان ۱	بهار :	
		.		
		.		
		به علت عدم تامین بودجه مورد نیاز انجام نشد		

بهبود مستمر کیفیت

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
----	-----	------	-----	--------	-------	-----	-------	----------	---------	-------	-----------	------------

				-							مشاهده	شهریور ۹۷
				-						۵۰۰۰۰۰۰۰	صور تجلسه	شهریور ۹۷
				-							مشاهده	شهریور ۹۷
زمستان	پاییز			تابستان ۳			بهار : ۰					



د	زمستان		پاییز		تابستان		بهار		حدانتظار	زیر گروه	بازه زمانی	اطلاعات
	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق				
						۰	۰.۶۳	۰	۶۳	۶۳%	بیمارستان	چک لیست سه ماهه



دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
					*						مستند	مرداد ۹۷
					*						مصاحبه	مرداد ۹۷
				*							مصاحبه	شهریور ۹۷
				*							مصاحبه	شهریور ۹۷

				*						۱۰۰۰۰۰۰۰	مستند	شهریور ۹۷
											مشاهده	مهر ۹۷
زمستان	پاییز			تابستان ۵			بهار : ۰					
						۵						
						۱۰۰						

اطلاعات												
د	زمستان		پاییز		تابستان		بهار		حدانتظار	زیر گروه	بازه زمانی	مخرج
	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق				
					۱۰۰	۴۸	۰	۴۴	۴۸٪	بیمارستان	سه ماهه	چک لیست

بهبود مستمر کیفیت

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
					*						مستند	مرداد ۹۷
					*						مصاحبه	مرداد ۹۷

											مصاحبه	مهر ۹۷
											مصاحبه	مهر ۹۸
										۸۰۰۰۰۰۰۰	مستند	مهر ۹۸
											مشاهده	آبان ۹۷
زمستان	پاییز		تابستان ۲		بهار : ۰							
			۲									
			۱۰۰									



م	زمستان		پاییز		تابستان		بهار		حدانتظار	زیر گروه	بازه زمانی	اطلاعات
	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق				مخرج
						۰	۱۰ نفر	۰	۱۰ نفر	٪۱۶	بیمارستان	منابع انسانی
											سه ماهه	



دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
----	-----	------	-----	--------	-------	-----	-------	----------	---------	-------	-----------	------------

ر												
مخارج	بازه زمانی	زیر گروه	حدانتظار	بهار		تابستان		پاییز		زمستان		د
				درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	
چک لیست	فصلی	بیمارستان	۷۸٪	۷۳.۵۰٪	۰	۶۷.۶۰٪	۰					

ارتقای تسهیلات و خدمات زنان و نوزادان

زمان پایان	شیوه پایش	هزینه	فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی
شهریور	مشاهده	۱۰۰۰۰۰۰۰				-	-	-				
مهر	مشاهده	۲۰۰۰۰۰۰۰										
.....	مشاهده	۱۶۸۰۰۰۰	*	*	*	*	*	*				
اسفند	مشاهده		*	*	*	*	*	*				
دی	مستند	۲۰۰۰۰۰										
اسفند	مشاهده		*	*	*	*	*	*				
بهار : ۳			تابستان: ۴			پاییز:			زمستان:			
۳			۳			۷۵						
۱۰۰												

		به علت عدم تامین بودجه مورد نیاز انجام نشد		
--	--	--	--	--

ارتقای تسهیلات و خدمات زنان و نوزادان

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
								*		۱۰۰۰۰۰۰	مشاهده	اردیبهشت
				*	*	*	*	*			مصاحبه	مستمر
				*	*	*	*	*			مصاحبه	مستمر
				*	*	*					مشاهده	مستمر
زمستان:			پاییز:		تابستان: ۳			بهار : ۳				
					۳			۳				
					۱۰۰			۱۰۰				

ارتقای تسهیلات و خدمات زنان و نوزادان

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
				-						۴۰۰۰۰۰۰۰۰	مشاهده	اسفند
										۱۸۰۰۰۰۰۰۰۰	مشاهده	زمستان ۹۷
										۱۲۰۰۰۰۰۰۰۰	مشاهده	زمستان ۹۷

بهار : ۰	تابستان: ۱	پاییز: ۱	زمستان:
		۰	
		۰	
		به علت عدم تامین بودجه مورد نیاز انجام نشد	

اطلاعات													
مخرج	بازه زمانی	زیر گروه	حدانتظار	بهار			تابستان			پاییز			زمستان
				دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق		
HIS	فصلی	بیمارستان	۵۲٪	۴۸	۰	۴۷	۰						

ارتقای تسهیلات و خدمات زنان و نوزادان

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
				*	*	*	*	*	*		مستند	ماهانه
				*	*	*	*	*	*		مستند	ماهانه
				-	-	-	-	-	-		مستند	ماهانه
				-	-	-	-	-	-		مستند	ماهانه
بهار : ۴	تابستان: ۴			پاییز: ۲			زمستان:					
					۲			۲				
					۵۰			۵۰				

ارتقای تسهیلات و خدمات زنان و نوزادان

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
									*		مصاحبه	فروردین
									*		مستند	فروردین
				*							مصاحبه	شهریور
											مستند	دی
											مستند	دی
زمستان:	پاییز:			تابستان ۱			بهار: ۲					
				۱			۲					
				۱۰۰			۱۰۰					

ارتقای تسهیلات و خدمات زنان و نوزادان

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
				*	*	*	*	*	*		مستند	ماهانه
				*	*	*	*	*	*		مستند	ماهانه
				-	-	-	-	-	-		مستند	ماهانه
				-	-	-	-	-	-		مستند	ماهانه
زمستان:	پاییز:			تابستان ۴			بهار: ۴					
				۲			۲					
				۵۰			۵۰					

د	زمستان	پاییز	تابستان	بهار	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
---	--------	-------	---------	------	-------	----------	---------	-------	-----------	------------

				*	*	*	*	*	*		مستند	ماهانه
زمستان	پاییز: ۱			تابستان: ۴			بهار: ۵					
				۴			۵					
				۱۰۰			۱۰۰					

ارتقای تسهیلات و خدمات زنان و نوزادان

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
					*						مستند	مرداد
				*							مستند	ماهانه
				*							مستند	ماهانه
				*							مستند	ماهانه
				*							مستند	ماهانه
زمستان	پاییز:			تابستان: ۵			بهار:					
				۵								
				۱۰۰								

اطلاعات	مخرج	بازه زمانی	زیر گروه	حدانتظار	بهار		تابستان		پاییز		زمستان	
					درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی
چک لیست		شش ماهه	بیمارستان	۹۰٪	۱۶	۰	۹۲	۵۰				

ارتقاء ایمنی بیماران

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
----	-----	------	-----	--------	-------	-----	-------	----------	---------	-------	-----------	------------

								*		مستندات	فروردین ۹۷
								*		مستندات	فروردین ۹۷
				-	-	*	*	*	*	مصاحبه	اسفند ۹۷
				-	-	*	*	*	*	مستندات	اسفند ۹۷
				-	-	*	*	*	*	مستندات	اسفند ۹۷
				-	-	*	*	*	*	مستندات	اسفند ۹۷
						*				مستندات	فصلی(تیر، مهر، دی)

زمستان	پاییز	تابستان: ۱۳			بهار: ۱۴		
		۵			۱۴		
		۳۹			۱۰۰		
		استعفای کارشناس ایمنی و عدم تعیین جانشین					

ارتقاء ایمنی بیماران

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
						*					مستندات	تیر ۹۷
					*						مستندات	مرداد ۹۷
					*						مستندات	مرداد ۹۸
					-						مستندات	مرداد ۹۹
زمستان	پاییز:			تابستان: ۴			بهار:					
				۳								
				۷۵								

ارتقاء ایمنی بیماران

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
						*					مستندات	تیر ۹۷
					-						مستندات	تیر ۹۷
				-	-	*	*	*	*		مصاحبه	اسفند ۹۷
				-							مستندات	فصلی
زمستان	پاییز			تابستان: ۴			بهار: ۱					
				۱			۱					
				۵۰			۱۰۰					
				استعفای کارشناس ایمنی و عدم تعیین جانشین								

ارتقاء ایمنی بیماران

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
							*				مستندات	خرداد ۹۷
						*					مستندات	تیر ۹۷
				*	*	*	*	*	*		مستندات	اسفند ۹۷
				*	*	*	*	*	*		مشاهده و مصاحبه	اسفند ۹۷
				-							مستندات	فصلی (تابستان پاییز وزمستان) ۹۷

زمستان	پاییز:	تابستان: ۴	بهار: ۳
		۳	۳
		۷۵	۱۰۰
		استعفای کارشناس ایمنی و عدم تعیین جانشین	

ارتقاء ایمنی بیماران

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
					—						مستندات	مرداد
					*					۵۰۰۰۰۰	مشاهده	مرداد
				*							مشاهده	شهریور
				*							مستندات	روزانه
				*							مستندات	رندوم
											مستندات	فصلی (در صورت لزوم)
											مستندات	فصلی

زمستان	پاییز:	تابستان: ۵	بهار: ۰
		۴	
		۸۰	
		به علت حجم کار بالا تجمیع صورت نگرفت	

ارتقاء ایمنی بیماران

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
					*						مستندات	مرداد

											مستندات	فصلی
											مستندات	فصلی
											مستندات	فصلی
											مستندات	فصلی
زمستان	پاییز:			تابستان: ۱			بهار: ۰					
						۱						
						۱۰۰						

ارتقاء ایمنی بیماران

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
				-							مستندات	شهریور ۹۸
				-							مشاهده و مصاحبه	شهریور ۹۸
											مستندات	ماهانه
											مستندات	ماهانه
											مستندات	ماهانه
زمستان	پاییز:			تابستان: ۲			بهار: ۰					
						۰						
						۰						
				به علت استعفا کارشناس همانگ کننده ایمنی بیمار انجام نشد								

ارتقاء ایمنی بیماران

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
----	-----	------	-----	--------	-------	-----	-------	----------	---------	-------	-----------	------------

				*					۶۰۰/۰۰۰	مستندات	مرداد
				*						مستندات	مرداد
				*						مستندات	مرداد
			*							مستندات	شهریور
			*						۶۰۰/۰۰۰	مستندات	شهریور
			-							مستندات	شهریور
زمستان	پاییز:			تابستان: ۶			بهار:				
				۵							
				۸۴							

ارتقاء ایمنی بیماران

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
									*		مشاهده مستند	بهار ۹۷
								*	*	۱۵۰۰۰۰۰۰	مشاهده	بهار ۹۷
								*			مشاهده مستند	بهار ۹۷
							*	*			مشاهده	بهار ۹۷
							*	*			مشاهده مستند	بهار ۹۷
							*				مشاهده مستند	بهار ۹۷
							*				مشاهده مستند	بهار ۹۷

						*					مشاهده مستند	تابستان ۹۷
						*					مصاحبه	تابستان ۹۷
						-					مشاهده مصاحبه	زمستان ۹۷
											مشاهده مستند	پاییز ۹۷
											مشاهده مستند	پاییز ۹۷
											مشاهده مستند	پاییز ۹۷
										۲۵۰۰۰۰۰۰	مشاهده	زمستان ۹۷
											مشاهده مستند	زمستان ۹۷
											مشاهده مستند	زمستان ۹۷
زمستان	پاییز			تابستان: ۳			بهار: ۷					
				۲			۷					
				۶۶.۷			۱۰۰					

		کارشناس هماهنگ کننده ایمنی پایش از دارو های هشدار بالا در بخش را انجام نداد		
--	--	--	--	--



سال	زمستان		پاییز		تابستان		بهار		حدانتظار	زیر گروه	بازه زمانی	مخرج
	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی				
					۰	۸۷.۵٪	۰	۸۷.۵٪	۱۰۰٪	بیمارستان	فصلی	چک لیست



دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
					*					۷۲۰۰۰۰۰	مستندات	تیر ۹۷
				-							مستندات	شهریور ۹۷ اسفند ۹۷
				-							مستندات	شهریور ۹۷ اسفند ۹۷
زمستان			پاییز :		تابستان: ۳			بهار :				
					۱							
					۳۳٪							
					استعفای کارشناس ایمنی و عدم تعیین جانشین							



دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
----	-----	------	-----	--------	-------	-----	-------	----------	---------	-------	-----------	------------

					*						مستند	فصلی
					*						مستند	فصلی
					*						مستند	فصلی
					*						مستند	فصلی
					*						مصاحبه	فصلی
					*						مستند	فصلی
زمستان	پاییز :			تابستان: ۶			بهار :					
				۶								
				۱۰۰								

ارتقاء ایمنی بیماران

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
					-						مستند	مرداد
								*			مستند	اردیبهشت ۹۷
				-	-	*	*				مستند	مطابق برنامه زمانبندی
				-	-	*	*				مستند	مطابق برنامه زمانبندی
				-	-	*					مستند	مستمر

					*	-	-					مستند	مستمر
زمستان	پاییز			تابستان: ۱۳				بهار: ۳					
						۴			۳				
						۳۰			۱۰۰				
						استعفای کارشناس ایمنی و عدم تعیین جانشین							

ارتقاء ایمنی بیماران

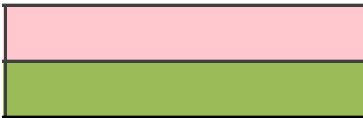
دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
				*	*	*	*	*	*		مصاحبه	مستمر
				*	*	*	*	*	*		مصاحبه	مطابق فرایند
				*	*	*	*	*	*		مستندات	در صورت وقوع رخداد
				*	*	*	*	*	*		مستندات	در صورت وقوع رخداد
				*	*	*	*	*	*		مستندات	در صورت وقوع رخداد
				*	*	*	*	*	*			در صورت وقوع رخداد
				*	*	*	*	*	*		مستندات	در صورت وقوع رخداد
زمستان	پاییز:			تابستان: ۸				بهار: ۸				
						۸			۸			
						۱۰۰			۱۰۰			

ارتقاء ایمنی بیماران

دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	هزینه	شیوه پایش	زمان پایان
					-						مستند	مرداد
				*	*	*	*	*	*		مستند	اسفند ۹۸
						*					مستند	فصلی
						*					مستند	فصلی
						*					مستند	فصلی
						*					مستند	فصلی
						*		*		۳۸/۰۰۰/۰۰۰	مستند	فصلی
زمستان	پاییز :			تابستان: ۷			بهار : ۲					
				۶			۲					
				۸۵.۷۲			۱۰۰					

اطلاعات												
ردیف	زمستان		پاییز		تابستان		بهار		حدانتظار	زیر گروه	بازه زمانی	مخرج
	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق	دستیابی	درصد تحقق				
					۰٪	۳۰٪	۰٪	۳۰٪	۸۲٪	بیمارستان	فصلی	جمع کل چک لیست

	پاییز :	تابستان:۱۶۵	بهار: ۹۴	
		۱۱۹	۹۰	
		۷۲.۱۳	۹۵.۷	



پایان سال	اسفند	بهمن

کل سال



پایان سال	اسفند	بهمن

کل سال		

سال
درصد تحقق

پایان سال	اسفند	بهمن

کل سال		

سال
درصد تحقق

پایان سال	اسفند	بهمن

کل سال	



--	--

پایان سال	اسفند	بهمن

کل سال	



درصد تحقق



پایان سال	اسفند	بهمن
-----------	-------	------

--	--	--

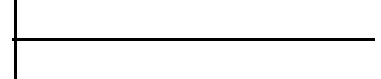
--	--	--

--	--	--

کل سال		
--------	--	--

--	--	--

--	--	--



پایان سال	اسفند	بهمن
-----------	-------	------

--	--	--

--	--	--



پایان سال	اسفند	بهمن
-----------	-------	------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

کل سال		
--------	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

پایان سال	اسفند	بهمن
کل سال		

درصد تحقق

پایان سال	اسفند	بهمن
کل سال		
پایان سال	اسفند	بهمن

	کل سال		

سال
درصد تحقق

	پایان سال	اسفند	بهمن

	کل سال		

سال
درصد تحقق

پایان سال	اسفند	بهمن

کل سال		

	سال
	درصد تحقق

پایان سال	اسفند	بهمن

کل سال		
پایان سال	اسفند	بهمن
کل سال		

سال
درصد تحقق

پایان سال	اسفند	بهمن
کل سال:		

--	--



--

--

پایان سال	اسفند	بهمن
-----------	-------	------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

کل سال:		
---------	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

پایان سال	اسفند	بهمن
-----------	-------	------

--	--	--

--	--	--

کل سال:	

سال
درصد تحقق

پایان سال	اسفند	بهمن
کل سال		

پایان سال	اسفند	بهمن
کل سال		



پایان سال	اسفند	بهمن
کل سال		

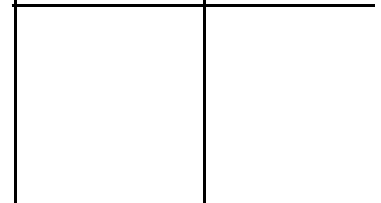
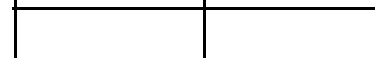
سال

درصد تحقق



پایان سال	اسفند	بهمن

کل سال



پایان سال	اسفند	بهمن

کل سال		



پایان سال	اسفند	بهمن
-----------	-------	------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

کل سال		
--------	--	--

--	--	--

--	--	--

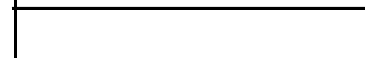
--	--	--



سال

درصد تحقق

--



پایان سال	اسفند	بهمن
-----------	-------	------

کل سال	



--	--

--	--

پایان سال	اسفند	بهمن
-----------	-------	------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

کل سال		
--------	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--



--	--	--

--	--	--

پایان سال	اسفند	بهمن
-----------	-------	------

--	--	--

کل سال



پایان سال	اسفند	بهمن
-----------	-------	------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

کل سال

--	--



پایان سال	اسفند	بهمن
-----------	-------	------

کل سال :	زمستان :